



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

UFR de Médecine et de Maïeutique

Lyon Sud – Charles Mérieux

SITE de FORMATION MAÏEUTIQUE DE BOURG-EN-BRESSE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BOURG-EN-BRESSE

GROSSESSE ET TABAC

DETERMINANTS DE LA POURSUITE DU TABAGISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Mémoire présenté et soutenu par

Aurélia DUPUIS

Née le 16 octobre 1983

En vue de l'obtention du diplôme de Sage-Femme

Promotion 2008-2012

« Mon premier soucis sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments (...) J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables, ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. » Serment de l'ordre français des médecins, Bulletin de l'Ordre des médecins, 1996, n°4.

« Une sage-femme qui se trouve en présence d'une femme enceinte, d'une parturiente, d'une accouchée ou d'un nouveau-né en danger immédiat ou qui est informée d'un tel danger doit lui porter assistance ou s'assurer que les soins nécessaires sont donnés. » Code de la santé publique, sous-section 1 : devoirs généraux des sages-femmes, Article R4127-315.

« Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né. » Code de la santé publique, sous-section 2 : Devoirs envers les patientes et les nouveau-nés, Article R4127-325.

Remerciements

Je remercie,

Mme Laurence Ferlay, sage-femme Cadre du service Salle d'accouchement, ainsi que Mme Sylvie Mathieux, sage-femme Cadre du service de Consultations Périnatales, pour avoir accueilli cette étude au Pôle Mère-Enfant de Bourg-en-Bresse.

Toutes les sages-femmes, secrétaires des services de Gynécologie Obstétrique et Consultations Périnatales, ainsi que les étudiants pour leur participation.

Les patientes qui ont accepté d'être interrogées.

Mme Nathalie QUEROL et toute l'équipe enseignante de l'école de sages-femmes de Bourg-en-Bresse.

Mme Catherine Laveissière, Sage-femme tabacologue, pour son implication auprès des femmes enceintes fumeuses et dont la rencontre fut des plus enrichissantes.

Mlle Camille Frappaz, sage-femme, pour soutien.

Des remerciements plus particuliers à Mr Pierre-Antoine Migeon, pour son investissement, son soutien et son aide précieuse qui ont permis à ce travail d'aboutir.

Table des Matières

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	3
ABREVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
RAPPELS	9
1 LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE A L'HOPITAL	10
1.1 ASPECTS LEGISLATIFS RELATIFS A LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE (1)	10
1.2 LE RESEAU HOPITAL SANS TABAC (2)	10
1.3 LA CONFERENCE DE CONSENSUS DES 7 ET 8 OCTOBRE 2004 (3)	11
1.4 LA CHARTE « MATERNITE SANS TABAC »	11
2 POURQUOI SE PREOCCUPER DE L'EXPOSITION TABAGIQUE PENDANT LA GROSSESSE ?	12
2.1 TOXICITE DE LA CIGARETTE PENDANT LA GROSSESSE (5)	12
2.1.1 LE MONOXYDE DE CARBONE, CE TUEUR SILENCIEUX (6) (7)	12
2.1.2 ACTION DES SUBSTANCES OXYDANTES PENDANT LA GROSSESSE	14
2.1.3 LES EFFETS DE LA NICOTINE PENDANT LA GROSSESSE (4)	14
2.1.4 LA NICOTINE, A L'ORIGINE DE LA DEPENDANCE (15) (6)	15
2.2 LES RISQUES LIES AU TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE (16)	17
2.2.1 CONSEQUENCES DU TABAGISME SUR LE DEROULEMENT DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT	17
2.2.2 CONSEQUENCES CLINIQUES DU TABAGISME SUR LE FCETUS	18
3 LA SPECIFICITE DE LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE	19
3.1 L'INFLUENCE DE L'ETAT DE GROSSESSE SUR LE TABAGISME	19
3.1.1 LA GROSSESSE EN TANT QUE PERIODE DE CHOIX POUR LE SEVRAGE TABAGIQUE	19
3.1.2 L'EVOLUTION NATURELLE DU TABAGISME APPLIQUEE A LA FEMME ENCEINTE	20
3.2 PRISE EN CHARGE DE LA FEMME ENCEINTE FUMEUSES : RECOMMANDATIONS (22), (23), (3)	20
3.2.1 INTERET DU SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LA FEMME ENCEINTE	20
3.2.2 DEPISTAGE DE L'INTOXICATION OXYCARBONEE CHEZ LA FEMME ENCEINTE	21
3.2.3 AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE CHEZ LA FEMME ENCEINTE	23
3.3 ACTIONS MISES EN PLACE AU POLE MERE-ENFANT DU CENTRE HOSPITALIER DE FLEYRIAT	25
4 EPIDEMIOLOGIE DU TABAGISME EN FRANCE	25

4.1	TENDANCES GENERALES	25
4.2	LES FEMMES ET LE TABAC	26
4.3	LES FEMMES, LE TABAC ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE	26

RESULTATS **27**

1 OBJECTIFS, HYPOTHESES, MATERIELS ET METHODES **28**

1.1	OBJECTIFS ET CONTEXTE DE L'ENQUETE	28
1.2	MATERIEL ET METHODOLOGIE :	29
1.2.1	TYPE D'ETUDE, METHODE D'ENQUETE ET METHODE DE RECRUTEMENT	29
1.2.2	DATE ET LIEU D'ETUDE	30
1.2.3	DEFINITION DE L'ECHANTILLON ETUDIE : CRITERES D'INCLUSION ET CRITERES D'EXCLUSION	30
1.2.4	PROCEDURE ETHIQUE	31
1.2.5	TRAITEMENT DE L'INFORMATION	31

2 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE **35**

2.1	STATUT TABAGIQUE	35
2.2	MESURE DU MONOXYDE DE CARBONE DANS L'AIR EXPIRE ET TABAGISME PASSIF	35
2.2.1	VALEURS DU TAUX DE CO EXPIRE	35
2.2.2	EXPOSITION AU TABAGISME PASSIF	37
2.3	TABAGISME PASSIF ET STATUT TABAGIQUE DU CONJOINT	37
2.4	AGE ET PARITE	38
2.4.1	AGE DES PATIENTES AU JOUR DE L'ENQUETE	38
2.4.2	PARITE DES PATIENTES AU JOUR DE L'ENQUETE	39
2.5	SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE ET FAMILIALE	39
2.5.1	SITUATION FAMILIALE	39
2.5.2	NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE DE LA POPULATION ETUDIEE	40
2.6	NIVEAU D'ETUDE	40
2.6.1	SITUATION PROFESSIONNELLE	41
2.6.2	CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE (CSP)	42
2.7	COUVERTURE SOCIALE ET COMPLEMENTAIRE	43

3 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DES FEMMES ENCEINTES FUMEUSES AU TROISIEME TRIMESTRE **44**

3.1	PROFIL TABAGIQUE	44
3.1.1	STATUT TABAGIQUE EN DEHORS DE LA GROSSESSE	44
3.1.2	CONSOMMATION GLOBALE DECLAREE EN DEHORS ET PENDANT LA GROSSESSE	44
3.1.3	DEPENDANCE PHARMACOLOGIQUE A LA NICOTINE	45
3.1.4	EVALUATION DE LA DEPENDANCE NICOTINIQUE DES PATIENTES FUMEUSES DE LA POPULATION ETUDIEE	45

3.1.5	CONSOMMATION GLOBALE DECLAREE PENDANT LA GROSSESSE EN FONCTION DU NIVEAU DE DEPENDANCE NICOTINIQUE	45
3.2	AGE DE DEBUT DE LA CONSOMMATION TABAGIQUE	46
3.2.1	CO-ADDICTIONS	46
3.2.2	EXPERIENCE D'UN TABAGISME GRAVIDIQUE ANTERIEUR ET IMPACT PERÇU SUR LA SANTE DE L'ENFANT	46
3.3	QUALITE DU MORAL ET VECU DE LA GROSSESSE ACTUELLE	47
3.3.1	AUTOEVALUATION DE LA QUALITE DU MORAL AVANT ET PENDANT LA GROSSESSE	47
3.3.2	ANTECEDENTS DE PRESCRIPTION D'ANXIOLYTIQUES ET/OU PSYCHOTROPES	48
3.3.3	PERCEPTION PAR LES PATIENTES FUMEUSES DE LA QUALITE DU SOUTIEN APORTE PAR LEUR ENTOURAGE	49
3.3.4	CARACTERE PROGRAMME OU NON PROGRAMME DE LA GROSSESSE ACTUELLE	49
3.3.5	AUTOEVALUATION DU VECU DE LA GROSSESSE ACTUELLE PAR LES PATIENTES FUMEUSES INTERROGEEES	49
3.4	POSITIONNEMENT VIS-A-VIS DU TABAGISME : DESIR D'ARRET, MOTIVATION AU SEVRAGE TABAGIQUE ET RAISONS EVOQUEES A LA POURSUITE DU TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE	49
3.4.1	DESIR DE SEVRAGE TABAGIQUE PENDANT LA GROSSESSE	49
3.4.2	NIVEAU DE MOTIVATION AU SEVRAGE TABAGIQUE ET CONSOMMATION TABAGIQUE	49
3.4.3	RAISONS EVOQUEES PAR LES PATIENTES A LA POURSUITE DU TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE	50
3.5	CONNAISSANCES DES FEMMES ENCEINTES FUMEUSES QUANT A L'IMPACT DU TABAGISME PER GRAVIDIQUE	52
3.5.1	COMPOSANT IDENTIFIE PAR LES PATIENTES COMME ETANT LE PLUS DANGEREUX DANS LA CIGARETTE LORS D'UNE GROSSESSE	52
3.5.2	CONNAISSANCES QUANT A L'IMPACT DU TABAGISME PER GRAVIDIQUE SUR LE DEROULEMENT DE LA GROSSESSE	53
3.5.3	CONNAISSANCES QUANT A L'IMPACT DU TABAGISME PER GRAVIDIQUE SUR LE FŒTUS	56
3.5.4	CONNAISSANCES QUANT A L'IMPACT DU TABAGISME PER GRAVIDIQUE SUR L'ACCOUCHEMENT	59
3.5.5	CONNAISSANCES QUANT AUX SUBSTITUTS NICOTINIQUES	60
3.6	PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES FUMEUSES PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE	62
 DISCUSSIONS		 65
<hr/>		
1	LIMITES ET INTERET DU SUJET :	66
1.1	CRITIQUE DE LA METHODE :	66
1.1.1	RECRUTEMENT DE LA POPULATION PAR LA MESURE DU TAUX DE CO EXPIRE	66
1.1.2	LE QUESTIONNAIRE	67
1.2	INTERETS DE CE TRAVAIL D'ENQUETE	67
 2 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE		 68
<hr/>		
2.1.1	STATUT TABAGIQUE DE LA POPULATION ETUDIEE	68
2.1.2	MESURE DU TAUX DE CO DANS L'AIR EXPIRE	68
2.1.3	TABAGISME PASSIF	70
2.1.4	IMPLICATIONS DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	71

3	<u>LES FEMMES ENCEINTES FUMEUSES AU TROISIEME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE :</u>	
	<u>DETERMINANTS DE LA POURSUITE DU TABAGISME</u>	73
3.1	CARACTERISTIQUES GENERALES DU GROUPE DES PATIENTES FUMEUSES DE LA POPULATION ETUDIEE	73
3.1.1	NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE	73
3.1.2	AGE	74
3.1.3	PARITE	75
3.1.4	CO ADDICTIONS	76
3.1.5	IMPLICATIONS QUANT A LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	76
3.2	DEPENDANCE ET MOTIVATION (23), (56)	78
3.3	QUALITE DU MORAL PENDANT LA GROSSESSE	80
3.4	CONNAISSANCES	82
3.5	ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE TABAGIQUE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE	83
3.5.1	CONSEIL MINIMAL	83
3.5.2	MESURE DU CO EXPIRE	84
3.5.3	INFORMATIONS SUR LA TOXICITE DE LA CIGARETTE, LES CONSEQUENCES DU TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE ET SUR LES OUTILS D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE	84
3.5.4	OUTILS D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE PROPOSES	86
3.5.5	IMPLICATIONS QUANT A LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	86
4	<u>IDEES RETENUES POUR LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES</u>	88
4.1.1	PREVENTION : PROMOUVOIR LA SANTE CHEZ LES JEUNES FEMMES ET CELLES EN AGE DE PROCREER	88
4.1.2	ETRE FORME...: ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LE TRAITEMENT GLOBAL DU TABAGISME DE LA FEMME ENCEINTE	90
4.1.3	...POUR POUVOIR INFORMER : PRECISER L'INFORMATION DELIVREE PENDANT LA GROSSESSE	91
4.1.4	« POPULARISER » LA MESURE DU TAUX DE CO EXPIRE	92
4.1.5	IDENTIFIER LES FACTEURS DE RISQUE DE LA POURSUITE DU TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE POUR PERMETTRE UNE PRISE EN CHARGE PLUS ADAPTEE	92
4.1.6	PRENDRE EN CHARGE LE TABAGISME PASSIF	93
4.1.7	TRAITER LA DEPENDANCE PHYSIQUE	94
	<u>CONCLUSION</u>	95
	<u>ANNEXE I : AUTO-QUESTIONNAIRE D'ENQUETE</u>	104
	<u>ANNEXE II : CHARTE MATERNITE SANS TABAC</u>	107
	<u>ANNEXE III : CYCLE DE PROCHASKA ET DI CLEMENTE, STADE DE PREPARATION A L'ARRET DU TABAC</u>	108

Abréviations

AFSSAPS :	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
APPRI :	Association Périnatalité Prévention Recherche Informations
ARCF :	Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal
AUDIPOG :	Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie, Obstétrique et Gynécologie
CO :	Monoxyde de Carbone
COexp :	Monoxyde de Carbone dans l'air expiré
CSP :	Catégorie Socio Professionnelle
FCS :	Fausse Couche Spontanée
GEU :	Grossesse Extra-Utérine
HAS :	Haute Autorité de la Santé
HbCO :	Carboxyhémoglobine
HRP :	Hématome Rétro Placentaire
INPES :	Institut National de Prévention et d'Education pour la santé
MFIU :	Mort Fœtale In Utero
OFDT :	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
PPM :	Particules Par Million (de particule d'air)
RCF :	Rythme Cardiaque Fœtal
RCIU :	Retard de Croissance Intra Utérin
RPM :	Rupture Prématuration des Membranes
TCC :	Thérapie comportementale et Cognitive
TSN :	Traitement de Substitution Nicotinique

Introduction

À la veille de la Journée mondiale sans tabac, L'INPES a rendu publics les premiers résultats du Baromètre santé 2010. 24 % des femmes enceintes déclarent fumer quotidiennement pendant leur grossesse. D'ailleurs, et toujours dans le contexte de la Journée mondiale sans tabac, l'association Droits des Non-Fumeurs a mené, à la demande du ministère de la Santé, une étude de la consommation de tabac de la femme enceinte via l'analyse des forums de discussion dédiés à la grossesse sur internet. Les résultats révèlent que 22% des femmes enceintes fument encore lors du dernier trimestre de leur grossesse.

Ces résultats sont dramatiques si l'on considère que le tabagisme est « le principal facteur de risque modifiable de morbidité et de la mortalité associées à la grossesse ».

On peut alors s'interroger sur les raisons de la poursuite du tabagisme tout le long de la grossesse.

Pour répondre à cette question, une étude a été menée, qui repose sur la mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré (CO expiré) chez les femmes dans leur troisième trimestre de la grossesse et sur un auto-questionnaire distribué à ces patientes. Les objectifs sont de mettre en évidence l'existence d'une intoxication oxycarbonée chez des femmes au troisième trimestre de la grossesse, de comprendre pourquoi celles qui sont fumeuses le sont encore et d'apprécier l'accompagnement qui leur a été proposé dans le cadre du sevrage tabagique.

Dans une première partie nous décrivons les éléments de la lutte contre le tabagisme à l'hôpital, puis, après avoir expliqué pourquoi il est important de se préoccuper de l'exposition tabagique pendant la grossesse, nous rappellerons les spécificités de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse. Nous terminerons par dresser un état des lieux du tabagisme en France, et en particulier chez les femmes et les femmes enceintes.

Dans une seconde partie, nous présenterons les résultats de l'étude qui s'est déroulée pendant quatre mois et demi au Pôle Mère-Enfant du centre Hospitalier Fleyriat de Bourg-en-Bresse (maternité de niveau IIb).

Dans une troisième et dernière partie nous discuterons des résultats de l'étude et nous envisagerons des propositions en termes d'amélioration de l'information sur le tabagisme gravidique et de l'accompagnement au sevrage tabagique.

Rappels

1 La lutte contre le tabagisme pendant la grossesse à l'hôpital

1.1 Aspects législatifs relatifs à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé (1)

C'est avec le deuxième temps de la mise en œuvre du décret du 15 novembre 2006 que l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, établie par la loi Evin du 10 janvier 1991, s'applique aux établissements de santé. Elle prend effet au 1^{er} février 2007.

En 2000 le Plan Kouchner encourage l'aide à l'arrêt du tabac. Un budget est attribué pour le développement et la création de consultations de tabacologie.

Le Plan de mobilisation nationale contre le cancer est lancé en 2003. Il comprend 70 mesures dont la mesure 10 prévoit un effort prioritaire en direction des femmes enceintes.

1.2 Le Réseau Hôpital Sans Tabac (2)

Depuis le début des années 1980, la Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des Personnels de Santé (M.N.H) s'est engagée dans une politique de prévention dans laquelle la lutte contre le tabagisme à l'hôpital a pris une place importante. En juillet 1996 l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et la Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des Personnels de Santé (M.N.H) unissent leurs efforts pour lutter contre le tabagisme à l'hôpital et permettent ainsi la création du Réseau Hôpital Sans Tabac.

Une Charte est rédigée, s'articulant autour de dix points, et qui vise à protéger patients fumeurs et non fumeurs ainsi que le personnel hospitalier. Elle impose également d'apporter une aide effective à tous les fumeurs susceptibles d'entreprendre un sevrage. Sa signature par un hôpital engage tous ses membres à œuvrer à son application et son respect.

1.3 La Conférence de consensus des 7 et 8 octobre 2004 (3)

Pour la première fois au monde, une conférence de consensus s'est intéressée à la relation entre la grossesse et le tabac. Cette conférence témoigne de la prise de conscience de ce problème de santé publique et de la nécessité d'une prise en charge spécifique de toutes les femmes enceintes soumises au tabagisme actif ou passif et de leurs futurs enfants.

Elle a été organisée par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) à Lille, les 7 et 8 octobre 2004.

A cette occasion les Réseaux français et européens des Hôpitaux et Maternités Sans Tabac, l'Alliance contre le tabac, l'Association Périnatalité Prévention Recherche Information (APPRI), et la Ligue Nationale Contre le Cancer se sont réunis afin de répondre à la mesure 10 du Plan Cancer : « lutter contre le tabagisme des femmes enceintes ».

A l'issue de cette conférence ont été élaborées des recommandations pour la mise en place de procédures efficaces pour le sevrage tabagique et l'amélioration des conditions de sécurité de la naissance. (Annexe II)

1.4 La charte « Maternité Sans Tabac »

La charte « Maternité sans tabac » est établie dans le cadre du Réseau Hôpital Sans Tabac, sur le modèle de la charte « Hôpital Sans Tabac ». (ANNEXE II)

En signant cette charte une maternité devient Maternité Sans Tabac. Il s'agit d'une maternité où va être appliquée la loi Evin, relative à la lutte contre le tabagisme, et le décret du 15 Novembre 2006, renforçant l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, ainsi que les recommandations de la conférence de consensus « Grossesse et tabac » ayant eu lieu à Lille en 2004. L'engagement « Maternité Sans Tabac » constitue un temps particulier d'appréciation réalisé entre professionnels des maternités au sein d'un processus d'amélioration de la qualité de prise en charge et de surveillance de la grossesse.

Afin de suivre les recommandations de la conférence de consensus de 2004 et d'évaluer les résultats en contrôlant le taux d'arrêt pendant la grossesse, un ensemble d'initiatives et d'actions administratives, organisationnelles et médicales sont mises en place au sein des maternités signataires de la charte « Maternité Sans Tabac ».

Les différents professionnels de santé exerçant au sein « maternité sans tabac » doivent agir dans le sens de la mise en œuvre des 10 points de cette charte.

2 Pourquoi se préoccuper de l'exposition tabagique pendant la grossesse ?

Lors de la Conférence de Consensus de 2004, l'accent a été mis sur le fait que « le tabagisme est le principal facteur de risque modifiable de la morbidité et de la mortalité associées à la grossesse dans les pays développés ». (4)

2.1 Toxicité de la cigarette pendant la grossesse (5)

Pendant la grossesse l'élément préoccupant n'est pas tant la composition en elle-même de la cigarette (2500 composés chimiques) que celle de la fumée produite par sa combustion.

Elle comporte plus de 4000 substances que va inhaler la femme enceinte fumeuse. Les plus importantes à prendre en compte sont le monoxyde de carbone (CO), les substances oxydantes et la nicotine.

2.1.1 Le monoxyde de carbone, ce tueur silencieux (6) (7)

Physiopathologie du CO

Le CO, gaz incolore et inodore, est le premier responsable de la toxicité de la fumée de cigarette pendant la grossesse et la substance la plus dangereuse pour le fœtus.

Il se fixe sur l'hémoglobine du fumeur (carboxyhémoglobine) avec une affinité 200 fois plus grande que celle de l'oxygène. Par phénomène de compétition il réduit la capacité des globules rouges à transporter ce dernier aux tissus. Le CO est donc à l'origine d'une diminution de l'apport d'oxygène au fœtus à travers le placenta.

De plus, la pression artérielle fœtale en oxygène étant physiologiquement basse, l'hémoglobine fœtale fixe encore mieux le CO qui a une affinité avec elle 250 fois supérieure

à celle de l'oxygène **(8)**. Cela, ajouté au fait que la décarboxylation fœtale est plus lente, implique que les taux de carboxyhémoglobine fœtaux sont supérieurs de 10 à 15% par rapport à ceux de la mère. Le fœtus est donc toujours plus intoxiqué que la mère.

Ces effets ont lieu lors d'un tabagisme actif et sont les mêmes lorsque la femme est exposée à un tabagisme passif.

Il est également important de retenir que le taux de CO augmente avec la force d'inhalation sur les cigarettes. Plus le fumeur tire fort sur sa cigarette plus le taux de CO est élevé. Lorsque la femme enceinte diminue sa consommation tabagique elle va aspirer plus fort sur sa cigarette afin d'obtenir le taux de nicotine qui lui est nécessaire pour ne pas sentir les effets du manque. Il est alors très fréquent qu'elle conserve le même taux de CO qu'avant la diminution. C'est le phénomène de l'autotitration.

Durée de vie du CO

La demi-vie d'élimination du CO est d'environ 4 à 6 heures **(5)**, ce qui fait qu'une femme enceinte qui fume toutes les 4 à 6 heures et le fœtus qu'elle porte sont exposés à des niveaux excessifs de CO 24/24h.

Effets du CO

Le tabagisme passif et actif chez la femme enceinte est responsable d'un oxycarbonisme chronique ou subaigu. La conséquence à long terme de cette intoxication est une hypoxie fœtale. Chez la femme enceinte fumeuse cette hypoxie chronique est sans doute un des mécanismes les plus préjudiciables au bon développement fœtal.

Une étude a démontré qu'il existe une bonne corrélation entre le taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré (COexp) maternel et le taux d'HbCO fœtale dans les intoxications d'origine tabagique. **(9)**

Il est établi l'existence d'une corrélation entre le taux d'HbCO néonatal et la fréquence des complications telles que le retard de croissance intra utérin (RCIU), les anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF), la mort fœtale intra utérine (MFIU),

l'hématome rétro-placentaire (HRP), les malformations et l'infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC). (7)

Enfin, une autre étude a pu mettre en évidence le retentissement de l'intoxication oxycarbonée par tabagisme actif et passif sur les principaux critères périnataux de l'enfant : rythme cardiaque fœtal (RCF), score d'Apgar, poids de naissance, périmètre crânien, taille (10). La perte du poids de naissance et les effets négatifs sur les autres paramètres examinés sont d'autant plus importants que le taux de CO expiré mesuré à l'accouchement est élevé.

2.1.2 Action des substances oxydantes pendant la grossesse

Il s'agit des oxydes d'azote et d'une grande variété de radicaux libres qui vont perturber la synthèse d'oxyde nitrique, ce qui a pour conséquence de diminuer la vasodilatation endothéliale. Le tabagisme contribue donc à une vasoconstriction maternelle et placentaire ainsi qu'au travail avant terme. (11)

De plus les gaz oxydants activent les plaquettes et augmentent les risques de thrombose, dont les thromboses placentaires responsables de complications de la grossesse. (12)

Ils vont également épuiser les antioxydants endogènes dont certains comme la vitamine C sont responsable de la biosynthèse du collagène. Il existe alors un risque accru de rupture prématurée des membranes chez la femme enceinte fumeuse. (13)

2.1.3 Les effets de la nicotine pendant la grossesse (4)

La nicotine est la substance responsable du développement de la dépendance à la cigarette chez tout fumeur. Ses effets nocifs en période de gestité n'ont été démontrés que par des études animales et avec des doses de nicotine sans commune mesure avec les nicotémies observées chez les fumeurs. Il n'existe donc, à ce jour, aucune preuve convaincante des dangers de la nicotine pure.

Effets délétères de la nicotine chez la femme enceinte et le fœtus

La nicotine a été suspectée d'être à l'origine d'une insuffisance utéroplacentaire qui pourrait contribuer au retard de croissance fœtale et à la prématurité. Il s'agit en effet d'une substance vasoconstrictrice de par son effet de libération de catécholamines et de réduction de la libération d'oxyde nitrique.

Cependant, chez la femme enceinte fumeuse ou utilisant une substitution nicotinique, les changements de vitesse des flux sanguins ombilical ou placentaire sont généralement faibles et demeurent dans les limites de la variabilité normale.

Chez le fœtus les effets indésirables concernent principalement le cœur, les poumons et le cerveau. La nicotine augmente ou diminue faiblement la fréquence cardiaque et diminue la variabilité de la fréquence cardiaque. En ce qui concerne les poumons, une modification de la fonction pulmonaire a été observée chez des nouveau-nés de femmes ayant fumé pendant leur grossesse (14). Enfin, à propos du développement cérébral, la nicotine aurait, selon des études chez les rongeurs, des effets neurotératogènes. Cependant ces études ne sont pas extrapolables chez l'homme.

2.1.4 La nicotine, à l'origine de la dépendance (15) (6)

Il existe trois composantes à la dépendance tabagique : une composante psychologique qui relève de la vulnérabilité personnelle du fumeur, une composante pharmacologique liée à la nicotine et une composante comportementale.

La dépendance pharmacologique ou physique

La fumée de tabac renferme des substances qui vont inhiber la capacité de protection des neurones vis-à-vis de la nicotine. Sans cette protection les neurones sont suractivés par la nicotine et vont, de part l'association CO-nicotine, se découpler. Le fumeur va donc devoir satisfaire toujours plus de récepteurs en nicotine sous peine de ressentir les effets du manque. De plus, en raison de sa demi-vie d'élimination relativement courte de 2 à 3 heures existe un besoin de fumer régulièrement dans la journée afin de maintenir un taux de nicotémie relativement constant.

Cela déclenche un processus de dépendance qui est proche voire même supérieure à celle provoquée par l'héroïne ou la cocaïne. Fumer entretient donc la dépendance physique qui elle-même entretient le comportement tabagique.

Le tabagisme peut être considéré comme une maladie chronique. Dans une démarche d'aide au sevrage tabagique il est primordial de déterminer le degré de dépendance pharmacologique de la patiente grâce au questionnaire de Fagerström.

La dépendance comportementale

La nicotine est responsable d'effets psychoactifs rapides (« shoot » de nicotine) : elle met huit secondes à arriver au cerveau et stimule particulièrement les neurones à dopamine, agissant ainsi sur le système de récompense. Après consommation, il existe en quelques secondes une action neuro-psycho-pharmacologique, procurant une sensation de plaisir et de détente que le fumeur va sans cesse chercher à reproduire. C'est le « renforcement positif » vis-à-vis de la substance. Le taux rapidement élevé de nicotine est à l'origine du plaisir de fumer et de la dépendance qui en découle.

Si l'arrêt du comportement est à l'origine de troubles avec un état de malaise, il est renouvelé pour supprimer cette sensation désagréable : c'est le renforcement négatif.

Cet effet renforçateur provoque une dépendance vis-à-vis de la cigarette.

La dépendance psychique

La dépendance psychique est elle liée au besoin de retrouver les sensations de plaisir, détente, bien-être, stimulation intellectuelle que le fait de fumer procure.

La cigarette a également un effet antalgique, anorexigène et régulateur de poids.

C'est aussi un soutien dans les situations de stress, un facteur de stimulation général lorsque le moral diminue, ou encore un moyen d'affirmation de soi en cas d'anxiété sociale. La nicotine peut être considérée comme un régulateur de l'équilibre psychologique.

2.2 Les risques liés au tabagisme pendant la grossesse (16)

Le tabagisme per gravidique, actif et passif, met en jeu la santé de l'enfant attendu et celle de la femme qui le porte. Ses effets délétères sont dose dépendants.

2.2.1 Conséquences du tabagisme sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement

Il a déjà été établi que le tabagisme majore toutes les complications relatives à la fécondité féminine et a un impact négatif sur les indicateurs de périnatalité.

Pendant la grossesse, les risques du tabagisme sont en relation directe avec l'inhalation par la mère des substances toxiques contenues dans la fumée de cigarette, soit parce qu'elle est fumeuse, soit parce qu'elle est exposée au tabagisme passif.

Il existe un lien de causalité entre le tabagisme maternel pendant la grossesse et la survenue d'anomalies du déroulement de la grossesse :

- Prématurité et rupture prématurée des membranes (RPM) : le risque relatif d'accouchement prématuré et de RPM est multiplié par deux chez les fumeuses par rapport aux non fumeuses.
- Métrorragies et hématome rétro placentaire (HRP) : 20 à 50% des HRP sont estimés être directement attribuables au tabac. Le risque relatif d'HRP en cas de tabagisme est multiplié par 1.5.
- Mort fœtale in utero (MFIU).

En l'absence de diagnostic de l'intoxication oxycarbonée et de traitements adaptés, les risques de l'hypoxie seront majorés en cas de travail spontané ou d'extraction par césarienne en urgence. Cette hypoxie va se révéler notamment par l'apparition ou l'accentuation d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) : tracés non réactifs ou peu réactifs, augmentation du rythme cardiaque de base.

2.2.2 Conséquences cliniques du tabagisme sur le fœtus

Circulation fœtale

Soixante à quatre-vingt dix minutes après inhalation de la fumée d'une cigarette on note une diminution significative des mouvements actifs fœtaux. (17)

Si l'on réalise la vélocimétrie des artères ombilicales, qui reflète la circulation foetoplacentaire, après la consommation d'une cigarette on constate une diminution du flux placentaire.

Rythme cardiaque fœtal (RCF)

En ce qui concerne le RCF, l'exposition à la fumée du tabac entraîne une réduction des périodes de RCF élevé, ainsi qu'une diminution des accélérations, de la variabilité et un rythme de base tachycarde.

Lors du travail, l'hypoxie chronique chez le fœtus de femme fumeuse se manifeste par l'apparition d'anomalies du RCF plus prononcées que chez les fœtus de femmes non fumeuses.

Poids fœtal

Lors de la naissance, une diminution du poids moyen de naissance est constatée. Ce phénomène est lié à la situation d'hypoxie tissulaire chronique. De plus, les shoots de nicotine provoqués par les bouffées de cigarette entraînent la vasoconstriction des artères utérines et donc une diminution de la perfusion placentaire.

Périmètre crânien

Une diminution significative du périmètre crânien a été également retrouvée. Cette diminution montre une incidence directe sur le développement du cerveau puisque in utero 60% de l'oxygène consommé pour la croissance sert directement au métabolisme du système nerveux central du fœtus.

Retard de croissance intra-utérin (RCIU)

Plus précisément à propos du RCIU, son taux est deux fois plus élevé chez les mères fumeuses que chez les non fumeuses et il existe de vrais RCIU d'origine toxique. La relation directe entre sévérité du RCIU et degré d'intoxication liée au tabagisme est désormais établie.

Malformations

Enfin, certaines malformations spécifiques sont plus nombreuses chez les femmes enceintes fumeuses. C'est le cas des fentes faciales dont le risque relatif est multiplié par 1.3 et des crâniosténoses dont le risque relatif est multiplié par 2.

3 La spécificité de la prise en charge du tabagisme chez la femme enceinte

3.1 L'influence de l'état de grossesse sur le tabagisme

3.1.1 La grossesse en tant que période de choix pour le sevrage tabagique

La grossesse semble représenter une période suspendue dans l'histoire du tabagisme à l'occasion de laquelle on voit se modifier le comportement tabagique de la femme enceinte fumeuse. Beaucoup de femmes enceintes sont motivées à l'arrêt du tabac puisque 30% diminuent ou suppriment spontanément leur consommation. **(18)**

Il est donc utile de profiter de cette motivation pour instaurer cet arrêt du tabac.

En effet la grossesse est un véritable bouleversement psychologique pour la femme, qui la plonge dans un état de préoccupation maternelle primaire, décrit par D.W.Winnicott **(19)**. Il s'agit d'un état psychologique particulier qui permet à la future mère de prendre soin de son bébé de manière suffisamment adéquate. Etant consciente que le tabagisme représente un danger pour leur santé et surtout celle de leur bébé, une partie des futures mères fumeuses suspendent leur consommation tabagique, au moins pour la durée de la grossesse. **(20)**

Pour celles qui poursuivent leur consommation, la grossesse reste tout de même une période propice à la mise en questionnement de leur comportement face au tabac. C'est

pourquoi ce moment peut représenter une porte ouverte à un accompagnement au sevrage tabagique.

Ce bouleversement psychologique que constitue la grossesse met la femme dans une situation de vulnérabilité. Chez la femme enceinte fumeuse, il est indispensable de rechercher un état anxiodépressif et d'y apporter une réponse spécifique avec l'aide, si besoin, d'un psychologue ou d'un psychiatre. Le test Hospital Anxiety Depression (HAD) peut être d'une grande utilité.

3.1.2 L'évolution naturelle du tabagisme appliquée à la femme enceinte

La particularité, chez la femme enceinte fumeuse, est que son état de grossesse ne lui permet pas, en règle générale, de passer par les différentes étapes nécessaires à l'entreprise d'un sevrage tabagique.

Ces étapes, qui sont six postures, sont illustrées par le cycle dit « de Prochaska et Diclemente » (Annexe VI).

Selon la posture dans laquelle se trouve la personne fumeuse dans ce cycle, elle entreprendra ou non un sevrage tabagique.

La femme enceinte, si elle veut s'arrêter de fumer, quelle que soit la posture qui était la sienne avant la grossesse, doit passer directement au stade de l'action.

Ceci constitue un risque de poursuite de la consommation tabagique ou de rechute, c'est-à-dire de reprise du tabagisme si la patiente s'était arrêté de fumer.

3.2 Prise en charge de la femme enceinte fumeuses : recommandations (22), (23), (3)

3.2.1 Intérêt du sevrage tabagique chez la femme enceinte

Le tabagisme de la femme enceinte est un problème de santé publique et il s'agit d'un problème médical durant la grossesse. La poursuite du tabagisme représente un risque majeur pour la femme enceinte et son futur enfant. C'est pourquoi tous les acteurs de santé doivent s'impliquer dans l'aide à l'arrêt du tabac.

L'aide à l'arrêt du tabac pendant la grossesse est l'une des actions de santé publique où le rapport coût/efficacité est le plus élevé.

Le sevrage est immédiatement bénéfique pour l'enfant à naître et sa mère puisqu'il fait chuter les risques auxquels le tabac expose pendant la grossesse. Cet arrêt doit intervenir le plus tôt possible pendant la grossesse. Plus l'arrêt intervient précocement, plus les bénéfices semblent importants pour la femme enceinte et pour le fœtus.

Cependant il n'est jamais trop tard pour arrêter, l'arrêt reste bénéfique à tout stade de la grossesse et pendant l'allaitement.

Le message à délivrer par les professionnels de santé est celui d'un arrêt complet du tabac, sans culpabiliser les femmes qui présentent des difficultés à arrêter ou si elles poursuivent leur tabagisme. Ce message doit être clair et univoque et le professionnel de santé doit proposer une aide à l'arrêt dès la première visite prénatale et tout au long de la grossesse. L'aide à l'arrêt du tabac doit être poursuivie après l'accouchement afin d'éviter une reprise du tabagisme, surtout lors de la reprise de l'activité professionnelle.

3.2.2 Dépistage de l'intoxication oxycarbonée chez la femme enceinte

Comme dans toute maladie, pour mieux traiter le tabagisme il faut diagnostiquer l'intoxication tabagique. Il s'agit d'un diagnostic positif ainsi que d'un diagnostic du stade de gravité, qui doit être réalisé chez toutes les femmes enceintes.

Ce sont les marqueurs du tabagisme qui vont permettre le dépistage de l'exposition tabagique active ou environnementale, d'apprécier l'intensité et le degré d'imprégnation tabagique, d'évaluer le degré de dépendance au tabac et d'accompagner l'arrêt du tabac au cours de la grossesse.

Deux sont pertinents chez la femme enceinte : la mesure du CO dans l'air expiré et le dosage de la cotinine plasmatique, urinaire ou salivaire. Ce dernier n'étant pas utilisable en routine, il existe un consensus professionnel pour reconnaître l'analyseur de CO comme un outil facilement intégrable dans toute consultation prénatale. En effet, la mesure du taux de CO dans l'air expiré présente un caractère non invasif, simple et rapide (moins de une minute) de réalisation pour le professionnel, et permet l'expression immédiate des résultats tout en

étant peu onéreuse une fois l'appareil acquis (de 286 euros à 597 euros un appareil et 1000 embouts TTC).

De plus, cette mesure présente à la fois une valeur diagnostique et une valeur thérapeutique car elle suscite l'intérêt et la prise de conscience des risques liés au tabac ainsi que des moyens faciles et concrets pour diminuer ces risques. C'est souvent à l'occasion de cette mesure que l'on débouche sur une demande d'aide au sevrage.

La mesure du CO expiré par CO testeur étant la seule réalisable en routine afin de diagnostiquer l'intoxication oxycarbonée, elle doit maintenant faire partie des mesures essentielles et obligatoires durant la grossesse au même titre que la prise de température, mesure de la pression artérielle et du poids de la patiente. L'objectif pour tout professionnel de santé est de la répéter à chaque consultation, depuis la déclaration de grossesse jusqu'à la consultation post-natale.

On détermine quatre niveaux de résultats lors de la mesure du taux de CO dans l'air expiré **(32)** :

- La valeur chez une non fumeuse, non exposée à une intoxication oxycarbonée environnementale ou liée à un tabagisme actif et/ou passif, est comprise entre 0 et 5 ppm.
- Un taux de CO compris entre 5 et 9 ppm signe une intoxication débutante qui correspond soit à un petit tabagisme actif ou à un tabagisme passif modéré, soit à une pollution par le CO peu importante.
- Un taux de CO compris entre 10 et 19 ppm signe une intoxication oxycarbonée importante en relation avec un tabagisme actif et/ou passif important. En l'absence de tabagisme il faut rechercher soigneusement la source de CO (pollution domestique, environnementale, industrielle).
- Un taux de CO supérieur à 20 ppm signe une intoxication majeure par tabagisme actif important ou intoxication au CO liée aux différents types de pollution cités auparavant.

3.2.3 Aide au sevrage tabagique chez la femme enceinte

Il existe différentes interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte.

Les approches psychologiques et/ou comportementales ont montré une efficacité significative et sont recommandées en première intention aux différentes étapes de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse ou qui vient d'accoucher :

Le conseil minimal

Il est composé de deux questions et la remise éventuelle d'une documentation :

- Fumez-vous ?
- Si oui, souhaitez-vous arrêter de fumer ?

L'intervention brève

Elle est constituée du conseil minimal suivi d'une information sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac, avec ou sans remise de documents.

L'entretien motivationnel

Il comporte des messages courts d'encouragement à l'arrêt du tabac et au maintien de celui-ci, adaptés au degré de motivation pour l'arrêt du tabac.

Pour cela on peut utiliser les recommandations internationales : les « 5A » :

- Ask : demander « fumez-vous » ?
- Advise : conseiller « vous devriez arrêter de fumer »
- Assess : évaluer la préparation à l'arrêt du tabac
- Assist : aider à l'arrêt
- Arrange : suivre la tentative d'arrêt

La thérapie comportementale et cognitive(TCC) :

Elle est pratiquée par des thérapeutes qui ont été formés à cette technique.

Les TCC peuvent être utiles si les tests d'anxiété dépression font suspecter un risque de décompensation psychologique à l'arrêt du tabac. Elles aideront la patiente à gérer son stress.

La consultation psychologique

Elle peut être proposée à la patiente également en cas de suspicion de fragilité psychologique.

L'efficacité du conseil minimal par les professionnels de santé chez la femme enceinte est moins bien démontrée que dans la population générale de fumeurs. Ceci est probablement dû au fait qu'une femme enceinte qui fume encore pendant sa grossesse présente une dépendance plus forte que la moyenne des fumeurs. Par contre, l'efficacité des interventions individuelles intensives par des tabacologues est démontrée tant pour promouvoir l'arrêt du tabac que sur la prématurité ou le retard de croissance fœtale. **(4)**

Les approches psychologiques et/ou comportementales sont la base du traitement mais très souvent elles doivent être complétées par des substituts nicotiques. Si la femme ne peut s'arrêter seule ou avec une approche psychologique et/ou comportementale, c'est le signe d'une dépendance tabagique importante et le recours à la pharmacologie peut lui permettre d'arrêter le tabac plus facilement. Les traitements substitutifs nicotiques (TSN) ont obtenus l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour les femmes enceintes en octobre 1997. **(24), (25)**

Ils peuvent être utilisés en première intention si la femme n'est pas motivée par une approche psychologique et/ou comportementale seule.

La forme ainsi que la posologie de la substitution nicotinique sera personnalisée, adaptée à chaque patiente.

3.3 Actions mises en place au Pôle Mère-Enfant du Centre Hospitalier de Fleyriat

Depuis 2006, la maternité du Centre Hospitalier de Fleyriat a signé la charte « Maternité sans tabac ».

Deux sages-femmes formées en tabacologie assurent des consultations spécialisées de tabacologie. Chacune d'elle consulte trois fois par semaine. Cela représente un demi équivalent temps plein et 400 consultations disponibles par an. Ces consultations sont considérées comme des consultations prénatales et sont prises en charge à 100% par l'Assurance maladie.

5 analyseurs de CO ont été acquis pour un peu plus de 2000 accouchements par an. Un est présent au service de Consultations prénatales, un au service de Grossesses Pathologiques, un est destiné aux sages-femmes tabacologue et 3 sont disponibles en salle d'accouchement.

Un protocole de prise en charge de l'intoxication oxycarbonée et de la prescription des traitements substitutifs nicotiques a été mis en place en salle d'accouchement et dans le service de Grossesses Pathologiques.

La formation, qui n'est pas obligatoire, s'adresse aux médecins et aux sages-femmes.

4 Epidémiologie du tabagisme en France

4.1 Tendances générales

L'Inpes a rendu public les résultats du Baromètre santé 2010 (26). Ceux consacrés à l'évolution de la prévalence du tabagisme depuis 2005 permettent de mettre en évidence trois grandes tendances.

Premièrement, une nette augmentation de la prévalence chez les femmes âgées de 15 à 75 ans entre 2005 et 2010, passant de 23.0% à 25.7%.

Deuxièmement, une baisse chez les jeunes hommes et une forte hausse (7 points) chez les femmes de 45 à 64 ans, la prévalence du tabagisme passant de 16.0% à 22.5% entre 2005 et 2010.

Enfin, une moindre consommation quotidienne de cigarettes, celle-ci passant de 15.4 cigarettes par jour en 2005 à 13.9 cigarettes par jour en 2010. Cette diminution semble plus importante chez les hommes que chez les femmes.

4.2 Les femmes et le tabac

Plus précisément, en ce qui concerne le tabagisme féminin, 35.6 % des femmes en âge de procréer (15 à 35 ans) sont fumeuses.

La France est le pays européen où il y a le plus de femmes enceintes fumeuses : 22% maintiennent leur consommation tabagique pendant la grossesse. **(27)**

Et même si un tiers arrivent à arrêter spontanément de fumer pendant leur grossesse, la plupart recommencent dans le post-partum.

4.3 Les femmes, le tabac et les professionnels de santé

Une étude européenne montre que la prise en charge du tabagisme de la femme enceinte en France est souvent inadaptée et corrélée à la morbidité **(28)**

Pourtant, le nombre de professionnels formés spécifiquement à la prise en charge du tabagisme maternel a plus que doublé : de 59 à 153 dont des gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, cadres, infirmières, internes, auxiliaires de puériculture. De plus, le nombre de maternités ayant signé la charte « Maternité Sans Tabac » est passé de 35 à 100% en 2008. **(29)** Cependant elles ne sont pas toutes dotées d'une consultation en tabacologie, et le personnel formé à l'accompagnement tabagique ne dispose pas toujours de heures de consultation spécifiques.

Résultats

1 Objectifs, hypothèses, matériels et méthodes

1.1 Objectifs et contexte de l'enquête

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence les déterminants de la poursuite du tabagisme jusqu'au troisième trimestre de la grossesse malgré l'accompagnement au sevrage tabagique mis en place au Pôle Mère-Enfant du centre hospitalier de Fleyriat.

Les sous-objectifs de l'enquête étaient :

Mettre en évidence l'existence d'une intoxication oxycarbonée chez des femmes au troisième trimestre de la grossesse.

Etablir le profil tabagique, socio-économique, démographique et psychologique des femmes enceintes recrutées au troisième trimestre de la grossesse.

Déterminer l'existence d'une exposition au tabagisme passif pour ces femmes.

Evaluer la connaissance de ces femmes sur les conséquences du tabagisme.

Apprécier l'accompagnement qui leur a été proposé de la part des professionnels qu'elles ont rencontrés.

Les hypothèses émises étaient les suivantes :

- Il existe une proportion non négligeable de patientes au troisième trimestre qui subissent une intoxication oxycarbonée.
- Les patientes qui poursuivent leur consommation tabagique pendant la grossesse sont plus jeunes que celles qui ne fument pas lors de cette période.
- Les fumeuses enceintes appartiennent à un niveau socio-économique plus faible que les non-fumeuses enceintes.
- Les femmes qui subissent une intoxication oxycarbonée au troisième trimestre de la grossesse, qu'elles soient fumeuses ou non, ont un entourage fumeur, surtout en ce qui concerne leur conjoint.
- Les femmes qui continuent de fumer au troisième trimestre sont des fumeuses régulières qui ont une dépendance significative à la nicotine (consommation déclarée avant la grossesse, délai réveil-première cigarette, âge début de consommation).
- Ces femmes diminuent leur consommation entre avant la grossesse et pendant la grossesse.

- L'association de co-addictions est un facteur de poursuite du tabagisme pendant la grossesse.
- Le fait d'avoir déjà eu un ou des enfants associé au fait d'avoir fumé pendant ces grossesses sans que la femme ne perçoive de conséquence va dans le sens d'une reproduction de ce comportement pour les grossesses ultérieures.
- Celles qui continuent de fumer ont un moins bon moral que celles qui ne fument pas. (femmes seules, grossesse non programmée, ne se sent pas soutenue par l'entourage, mauvais vécu de la grossesse).
- Leur motivation au sevrage tabagique est plutôt mauvaise.
- Les femmes qui fument encore au troisième trimestre manquent de connaissances en ce qui concerne l'influence du tabagisme sur le déroulement de la grossesse, le bien-être fœtal et le domaine de substituts nicotiques.
- Les femmes qui poursuivent leur consommation tabagique vont avoir tendance à sous-évaluer l'accompagnement qui leur a été proposé.

Cette étude s'est déroulée dans un contexte d'expérimentation. On retiendra donc, pour l'appréhension des résultats, que le lieu de l'étude a été restreint pour l'essentiel au service Bloc Obstétrical du Pôle Mère-Enfant du Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse, et pour une part moins importante au service de Consultations gynécologiques et obstétriques.

1.2 Matériel et méthodologie :

1.2.1 Type d'étude, méthode d'enquête et méthode de recrutement

Il s'agit d'une étude descriptive et étiologique s'appuyant sur une enquête réalisée par auto-questionnaire, associée à une mesure du CO expiré maternel faite par les sages-femmes ou les étudiants sage-femme accueillant les patientes au troisième trimestre de leur grossesse.

Les questionnaires ont été distribués au service Bloc Obstétrical par les sages-femmes ou les étudiants sage-femme. Au service de Consultations gynécologiques et obstétriques ce sont les secrétaires qui ont distribué le questionnaire à toutes les patientes venant consulter lors de leur septième, huitième ou neuvième mois. La mesure du COexp était réalisée ultérieurement par la sage-femme. En ce qui concerne les sages-femmes réalisant les

consultations prénatales au service d'Orthogénie la procédure a été la même que pour le service de Consultations gynécologiques et obstétriques.

1.2.2 Date et lieu d'étude

L'étude s'est déroulée du 15 octobre 2011 au 15 février 2012 au Pôle mère-enfant du Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse. Pour l'essentiel elle a eu lieu au service Bloc Obstétrical du Pôle Mère-Enfant lors de consultations programmées ou en urgence et au moment de l'admission en salle d'accouchement. Pour une part moins importante, l'étude s'est également déroulée au service de Consultations gynécologiques et obstétriques ainsi qu'au service d'Orthogénie à l'occasion des consultations prénatales du troisième trimestre de la grossesse.

1.2.3 Définition de l'échantillon étudié : critères d'inclusion et critères d'exclusion

L'enquête s'adresse aux femmes enceintes dont le terme est supérieur ou égal à 28 SA et dont le taux de monoxyde de carbone expiré est supérieur ou égal à 2ppm, quels que soient leur parité, gestité et motif de consultation.

Nous avons choisi la limite de 2 ppm en tenant compte du protocole appliqué au Pôle Mère-Enfant du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse et du fait que l'exposition au CO peut avoir eu lieu à distance de la consultation et donc être sous-estimé à ce moment. Cela nous a paru important pour ne pas perdre les patientes soumises à une intoxication par le tabagisme passif et ainsi nous permettre de travailler la question du tabagisme passif

On exclue de l'enquête les femmes dont le taux de COexp est inférieur à 2ppm, les femmes ayant refusé que l'on mesure leur taux de COexp ou de répondre au questionnaire et les questionnaires incomplets.

En ce qui concerne le service Bloc obstétrical, la mesure du COexp étant faite préalablement à la distribution du questionnaire, les patientes ne remplissant pas les critères d'inclusion ont été immédiatement exclues par les sages-femmes ou les étudiants sage-femme procédant à la mesure. Seules les patientes remplissant les critères d'inclusion se sont vues remettre un questionnaire.

En ce qui concerne le service de Consultations gynécologiques et obstétriques et celui d'Orthogénie, les questionnaires ont été distribués par les secrétaires que les patientes voient avant de consulter leur sage-femme pour leur septième, huitième ou neuvième mois. La mesure du COexp s'est donc faite après le remplissage du questionnaire en salle d'attente. On a donc procédé ultérieurement à l'exclusion des patientes ne remplissant pas tous les critères d'inclusion, après avoir récolté les questionnaires remplis.

1.2.4 Procédure éthique

L'enquête a été mise en place au sein des services Bloc Obstétrical et Consultations gynécologiques et Obstétriques après accord de la part des cadres de chacun de ces services.

Les sages-femmes dont la participation a été sollicitée ont été préalablement informées de l'étude lors d'une intervention à l'issue d'une réunion de service. Un document résumant les principes de l'enquête leur a été distribué. Chaque sage-femme de consultation s'est de plus vu remettre ultérieurement un courrier de rappel.

Un mail d'information, suivi de deux mails de rappel, a été envoyé à chaque étudiant afin de solliciter leur contribution de part leur présence au service Bloc Obstétrical.

Enfin, les questionnaires ont respecté l'anonymat des patientes participantes.

1.2.5 Traitement de l'information

Elaboration du questionnaire

Le questionnaire cherche à :

- mesurer le taux de CO dans l'air expiré des patientes au troisième trimestre
- étudier le profil tabagique des femmes de notre population : statut tabagique, consommation globale déclarée pendant la grossesse, degré de dépendance nicotinique.
- Estimer l'exposition au tabagisme passif des femmes et l'origine de cette exposition

- déterminer les caractéristiques psycho-socio-professionnelles et démographiques de cette population
- Mettre en évidence l'évolution de la consommation tabagique des femmes de notre population
- Etablir l'existence ou non de co-addictions
- Déterminer le degré de motivation des femmes fumeuses au sevrage tabagique
- Etablir l'existence ou non d'une expérience passée de tabagisme gravidique
- mettre en évidence la raison qu'elles donnent à la poursuite de leur consommation tabagique,
- évaluer la connaissance de ces femmes sur les conséquences du tabagisme sur la grossesse, l'accouchement et le développement du fœtus,
- apprécier l'accompagnement qui leur a été proposé

Ces différentes informations ont été recueillies afin de mettre en exergue les déterminants de la poursuite du tabagisme tout le long de la grossesse.

Le questionnaire a été construit après la recherche bibliographique.

Il comporte 37 questions dont 5 questions ouvertes et 32 fermées. Le temps de réponse est évalué à 10 minutes au plus.

Mesure du CO expiré

On associe à la distribution du questionnaire une mesure du CO expiré qui n'excède pas les 4 minutes.

Le service Bloc obstétrical disposait déjà de CO testeurs. Cependant leur utilisation restait très limitée et leur emplacement n'était pas fixe. Avec l'accord de la cadre du service les CO testeurs ont été placés sur les deux appareils mobiles de mesure de la pression artérielle. Un appareil supplémentaire se trouvant en salle de garde a été prêté au service d'Orthogénie où les sages-femmes de consultation en étaient dépourvues. En ce qui concerne le service de Consultations gynécologiques et obstétriques, un CO testeur était déjà disponible.

Afin de mettre en place cette mesure pour toute patiente se présentant au service Bloc obstétrical et pour les patientes consultant pour leur troisième trimestre au service de Consultations gynécologiques et obstétriques ou service d'Orthogénie, une présentation de

l'étude a été faite à l'occasion d'une réunion de service convoquant toutes les sages-femmes disponibles. Cette intervention a été l'occasion d'un rappel des modalités pratiques de la mesure et des raisons de la pratiquer de manière systématique. Un document récapitulatif a été distribué à chaque sage-femme présente. Ce même document a été envoyé à chaque étudiant présent au service Bloc obstétrical pendant la durée de l'étude. Ces derniers ont en outre reçu trois rappels par courrier électronique afin de les informer de la poursuite de l'enquête.

Au 15 décembre, lors de l'expansion de l'enquête au service de Consultations gynécologiques et obstétriques ainsi qu'au service d'Orthogénie, un courrier explicatif a été adressé à chaque sage-femme de ces services réalisant les consultations prénatales. Pour les secrétaires de ces services une explication leur a été faite de vive voix à chacune. Un document récapitulatif et explicatif figurait également sur chaque pochette qu'elles détenaient et qui contenaient les questionnaires à distribuer.

A cette occasion un courrier de rappel a également été distribué aux sages-femmes du service Bloc Obstétrical.

Informations recueillies

- Grâce au taux de CO dans l'air expiré mesuré chez toutes les femmes consultant au service Bloc Obstétrical on cherche à identifier la population sur laquelle porte l'étude, c'est à dire les parturientes qui subissent une intoxication au CO débutante (2 à 9ppm), importante (10 à 19) et très importante (supérieur ou égal à 20ppm). Cette donnée sera couplée avec le statut tabagique de la femme (fumeuse ou non fumeuse, quantité de cigarettes consommées par jour), celui du conjoint et celui de l'entourage (famille, amis, collègues) afin de ne retenir que les femmes fumeuses actives et celles qui subissent un tabagisme passif. Ces données nous permettront d'évaluer la prévalence du tabagisme chez ces parturientes et leur entourage proche, au Pôle mère-enfant de Bourg-en-Bresse.

- On recueille l'âge gestationnel des patientes afin de ne retenir que celles au-delà de 28 semaines d'aménorrhée.
- Les questions 5 à 11 recueillent les renseignements généraux concernant les parturientes sélectionnées.
- Les questions 1 à 4 et 25 permettent de définir le statut tabagique actuel des patientes et celui de leur conjoint. On évalue également l'exposition tabagique par l'entourage.
- Les questions 2 et 29 évaluent la motivation de la patiente à arrêter de fumer.
- Les questions 26 et 27 renseignent sur l'existence ou non de co-addictions
- Les questions 20 à 24 renseignent sur les habitudes tabagiques maternelles antérieures à la grossesse afin de déterminer le statut tabagique de l'échantillon et d'évaluer le degré de dépendance à la nicotine. Pour évaluer la dépendance des parturientes au tabac on a utilisé le minitest de Fagerström ou test H.S.I. (Oddoux et al, 2001). Il nous a permis d'évaluer la dépendance pharmacologique à la nicotine des patientes fumeuses.
- La question 24 permet de connaître, dans le cas où la patiente a déjà été enceinte, son statut tabagique pendant sa ou ses précédentes grossesses et, avec la question 12, si elle a perçu ou non l'impact de ce comportement sur la santé de son ou ses premiers enfants.
- Les questions 14 à 19 cherchent à évaluer la qualité de leur moral par le biais d'une autoévaluation de leur part en ce qui concerne leur moral, le soutien qu'elles ont reçu de la part de leur entourage et la manière dont elles vivent la grossesse. En ce qui concerne le traitement de l'autoévaluation de leur moral par les patientes, on leur demande de s'attribuer une note. Par la suite les notes de 0, 1, 2 et 3 correspondent à un moral de mauvaise qualité ; les notes de 4, 5 et 6 à un moral de moyenne qualité et les notes de 7, 8, 9 et 10 à un moral de bonne qualité.
- Les questions 13 et 31 permettent d'évaluer l'accompagnement au sevrage tabagique par les professionnels de santé qu'ont rencontrés les patientes.
- Les questions 28 et 30, permettent d'identifier les raisons données par les femmes à la poursuite de leur consommation.
- Les questions 32 à 37 évaluent les connaissances de ces femmes sur les risques du tabagisme pendant la grossesse et ses effets sur le développement et le bien-être fœtal, ainsi que sur les traitements substitutifs nicotiniques.

Les résultats ont été colligés et exploités avec Excel. Le faible recrutement ne nous a pas permis d'effectuer d'analyse statistique.

2 Caractéristiques de la population étudiée

On appellera « Non fumeuses » les patientes subissant une intoxication oxycarbonée au moins débutante et se déclarant non fumeuses au jour de l'enquête.

On appellera « Fumeuses » les patientes subissant une intoxication oxycarbonée au moins débutante et se déclarant fumeuses au jour de l'enquête.

2.1 Statut tabagique

A la question « Actuellement fumez-vous ? », 52% des femmes ont répondu oui (n=43) et 48% des femmes ont répondu non (n=40).

2.2 Mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré et tabagisme passif

2.2.1 Valeurs du taux de CO expiré

Au départ la mesure du taux de CO expiré a permis de recruter la population désirée, c'est-à-dire les femmes dont le taux de CO expiré était supérieur ou égal à 2 ppm.

Les valeurs de cette mesure chez les fumeuses sont en corrélation avec leur statut tabagique puisque 76% (n= 36) d'entre elles ont un taux de CO expiré supérieur ou égal à 5ppm ce qui correspond à une intoxication liée à un tabagisme actif.

Chez les non fumeuses les valeurs obtenues sont en majorité corrélées au statut tabagique. En effet, 80% (n = 32) des patientes non fumeuses ont un taux de CO expiré inférieur à 5 ppm.

Cependant, 17% (n = 7) ont un taux de CO compris entre 5 et 9 ppm et 3% (n = 1) ont un taux compris de 10 à 19 ppm ce qui est en contradiction avec leur statut de non fumeuse.

Tableau 1 Taux de CO expiré de la population générale étudiée (n = 83) et selon le statut tabagique des patientes interrogées.

	Population générale (n = 83)	Non fumeuses (n = 40)	Fumeuses (n = 43)
Taux de COexp entre 2 et 4 ppm	35 (42%)	32 (80%)	7 (16%)
Taux de COexp entre 5 et 9 ppm	22 (27%)	7 (17%)	11 (26%)
Taux de COexp entre 10 et 19 ppm	19 (23%)	1 (3%)	18 (42%)
Taux de COexp supérieur à 20 ppm	7 (8%)	0	7 (16%)

2.2.2 Exposition au tabagisme passif

Existence d'un tabagisme passif

La majorité des patientes interrogées (73.5%, n = 61) estime être soumise à un tabagisme passif.

L'origine du tabagisme passif, identifiée par les patientes, est l'entourage proche (conjoint, famille, amis) à 93% et les collègues de travail pour 7%.

22 des patientes interrogées (26.5%) estiment ne pas être soumises à un tabagisme passif. 3 de ces patientes ont pourtant un conjoint fumeur.

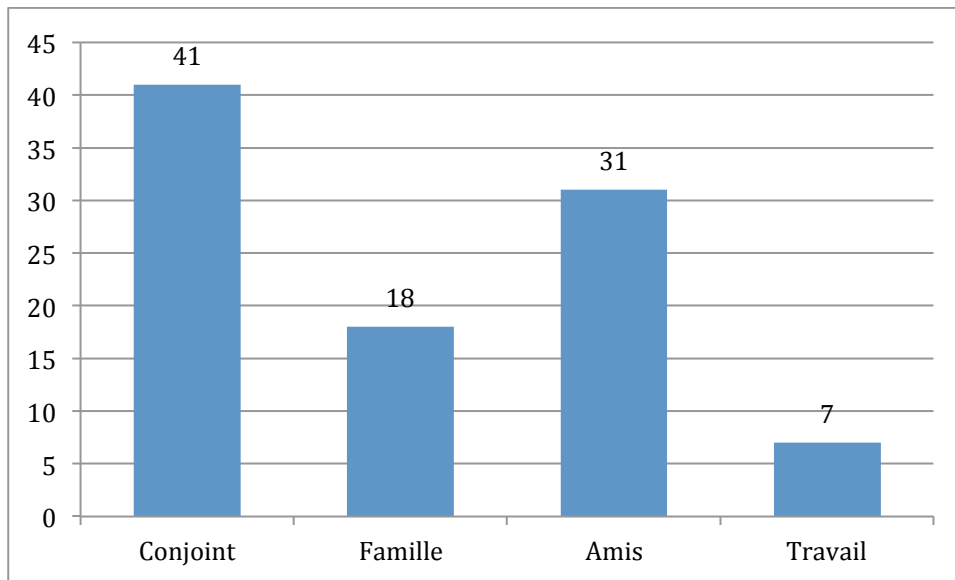


Figure 1 Origine de l'exposition au tabagisme passif déclarée par les patientes de la population étudiée (n = 83)

2.3 Tabagisme passif et statut tabagique du conjoint

46 conjoints sont déclarés fumeurs par leur compagne et 36 sont déclarés non fumeurs. Une patiente n'a pas répondu à cette question.

On constate donc qu'il y a plus de conjoints fumeurs que de patientes fumeuses.

65% (n=26) des non fumeuses ont un conjoint non fumeur. 35% des non fumeuses (n=14) ont un conjoint fumeur. 12 patientes estiment être soumises à un tabagisme passif de la part de leur conjoint.

74% des fumeuses (n=32) ont un conjoint fumeur. 25.6% (n=11) des fumeuses ont un conjoint non fumeur. Une patiente n'a pas répondu. 29 patientes estiment être soumises à un tabagisme passif de la part de leur conjoint.

Il existe une proportion non négligeable de conjoints fumeurs qui risquent de soumettre la parturiente à un tabagisme passif et d'entraver son sevrage tabagique.

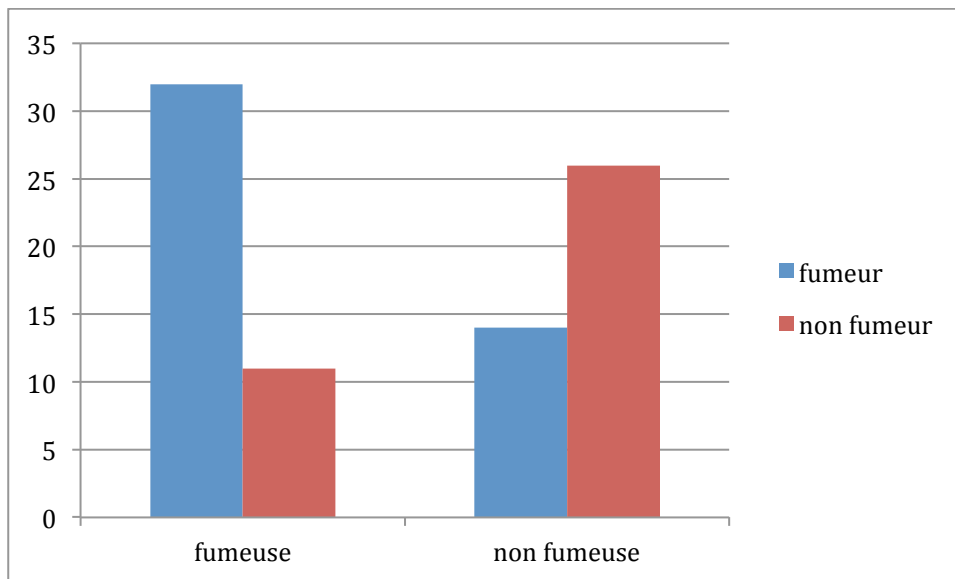


Figure 2 Statut tabagique du conjoint selon le statut tabagique de la patiente

2.4 Age et parité

2.4.1 Age des patientes au jour de l'enquête

L'âge moyen des patientes de la population (n=83) au jour de l'enquête est 28 ans +/- 4.5 années pour écart type. Les bornes de cet échantillon allaient de 15 à 37 ans, pour la plus jeune et la plus âgée des parturientes. La médiane de la population était de 29 ans.

On remarque que les patientes fumeuses sont plus jeunes de 1.4 ans par rapport aux patientes non fumeuses.

Tableau 2 Age moyen de la population générale étudiée (n = 83) et selon le statut tabagique des patientes interrogées.

	Population générale (n = 83)	Non fumeuses (n = 40)	Fumeuses (n = 43)
Moyenne	28	28.8	27.4
Ecart type	4.5	4.2	4.6
Médiane	28	29	28
Minimum	15	17	15
Maximum	37	37	35

2.4.2 Parité des patientes au jour de l'enquête

En ce qui concerne la parité de notre échantillon (n=83), environ la moitié des femmes (n=41) étaient nullipares et l'autre moitié (n=42) avait déjà eu au moins un enfant. Cette répartition est sensiblement la même au sein du groupe des fumeuses (20 nullipares ; 23 primipares et plus) et des non fumeuses (21 nullipares ; 19 primipares et plus).

Tableau 3 Parité de la population générale étudiée (n = 83) et en fonction du statut tabagique des patientes interrogées

	Population générale (n = 83)	Non fumeuses (n = 40)	Fumeuses (n = 43)
Nullipares	41 (49.4%)	21 (52.5%)	20 (46.5%)
Primipares et plus	42 (50.6%)	19 (47.5%)	23 (53.5%)

2.5 Situation socio-économique et familiale

2.5.1 Situation familiale

La majorité des patientes interrogées (97%, n=80) se déclarent en union libre ou mariée. 3 patientes se déclarent seules (séparée, divorcée, célibataire).

2 femmes seules appartiennent au groupe des fumeuses et 1 à celui des non fumeuses.

Tableau 4 Situation familiale déclarée par les patientes de la population générale étudiée (n = 83) et en fonction du statut tabagique des patientes interrogées

	Population générale (n = 83)	Non fumeuses (n = 40)	Fumeuses (n = 43)
Mariée	27 (33%)	18 (45%)	9 (21%)
En couple	53 (64%)	21 (52%)	32 (75%)
Divorcée	1 (1%)	0	1 (2%)
Séparée	1 (1%)	0	1 (2%)
Célibataire	1 (1%)	1 (3%)	0

2.5.2 Niveau socio-économique de la population étudiée

Les indicateurs du niveau socio-économique les plus souvent utilisés sont l'éducation, la situation professionnelle et le revenu. Dans un but de discrétion vis-à-vis des patientes interrogées la question du revenu n'a pas été posée. Pour déterminer le niveau socio-économique de la population étudiée on a donc utilisé la situation professionnelle et la catégorie socio-professionnelle.

2.6 Niveau d'étude

Un peu plus de la moitié des patientes interrogées (52%, n=43) a un niveau inférieur (niveau secondaire et CAP/BEP) ou équivalent au baccalauréat. 28 patientes ont un niveau d'étude supérieur au baccalauréat et 12 patientes n'ont aucun diplôme.

Parmi les patientes fumeuses, la majorité (65%, n = 28) a un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat. 8 patientes (19%) ont un niveau supérieur au baccalauréat et 7 patientes (16%) n'ont pas de diplôme.

En ce qui concerne les patientes non fumeuses la moitié (50%, n = 20) a un niveau d'étude supérieur au baccalauréat. 37% (n = 15) ont un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat. Une minorité de ces femmes sont sans diplôme (13%, n=5).

Les patientes fumeuses de notre population ont donc un niveau d'étude moins bon que celui des patientes non fumeuses.

Tableau 5 Niveau d'étude de la population générale étudiée (n = 83) et en fonction du statut tabagique des patientes interrogées

	Population générale (n = 83)	Non fumeuses (n = 40)	Fumeuses (n = 43)
Niveau supérieur au baccalauréat	28 (34%)	20 (50%)	8 (19%)
Niveau inférieur ou égal au baccalauréat	43 (52%)	15 (37%)	28 (65%)
Sans diplôme	12 (14%)	5 (13%)	7 (16%)

2.6.1 Situation professionnelle

Elle est définie par le fait d'appartenir à la population active (population active occupée, inoccupée c'est-à-dire au chômage, en formation professionnelle) ou à la population non active (mère au foyer, personne en congé parental, étudiant).

73% (n=54) des femmes interrogées appartient à la population active occupée, 14% (n=10) d'entre elles appartiennent à la population non active et 9% (n=7) sont au chômage. Enfin 3% (n=2) des femmes interrogées n'ont pas répondu à cette question.

Quelle que soit la situation professionnelle on constate une répartition globalement identique des patientes fumeuses ou non fumeuses.

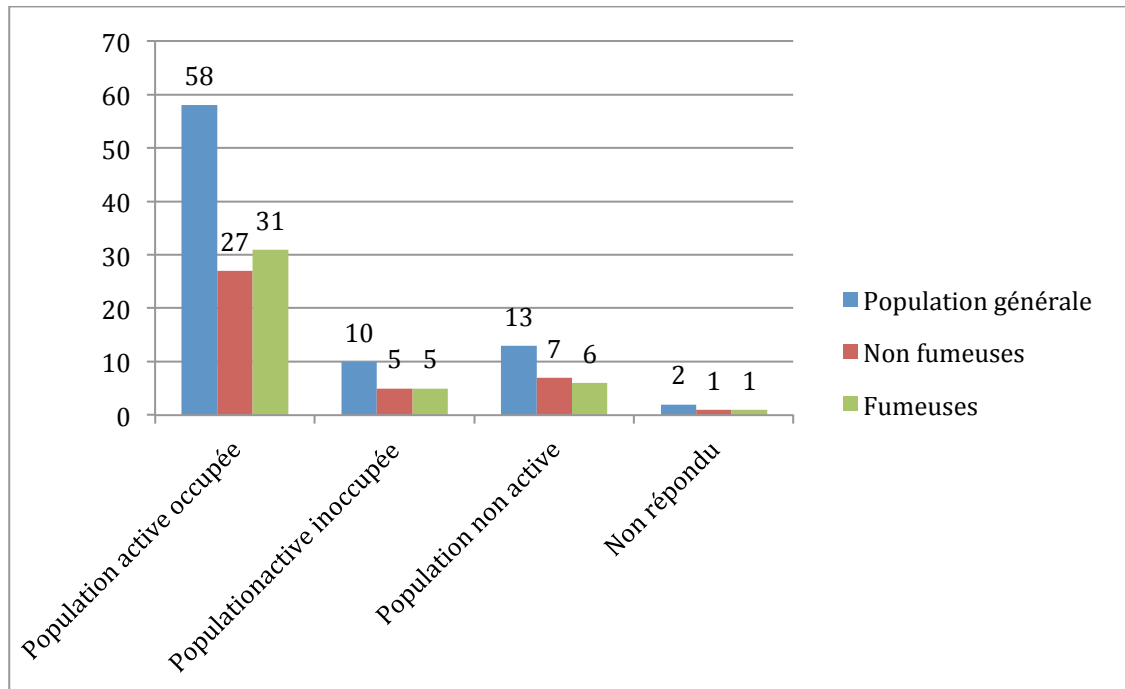


Figure 3 Situation professionnelle de la population générale étudiée (n = 83) et selon le statut tabagique des patientes interrogées

2.6.2 Catégorie socio-professionnelle (CSP)

Les différentes catégories socio-professionnelles sont définies par la Nomenclature des Professions et Catégories socio-professionnelles (PCS 2003) de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) et permet de répartir la population française en différentes classes.

Les patientes fumeuses et non fumeuses appartiennent majoritairement à la CSP des employés. Il y a plus de patientes fumeuses que de patientes non fumeuses appartenant à la CSP des ouvriers. Il y a moins de patientes fumeuses que de patientes non fumeuses appartenant à la CSP des professions intermédiaires. Il y a autant de patientes fumeuses que de patientes non fumeuses qui appartiennent à la population non active.

Globalement les fumeuses appartiennent à des CSP moins aisées que les non fumeuses.

Globalement le niveau socio-économique des patientes fumeuses est inférieur à celui des patientes non fumeuses.

Tableau 6 Catégorie socio-professionnelle d'appartenance de la population générale étudiée (n = 83) et en fonction du statut tabagique des patientes interrogées

	Population générale (n = 83)	Non fumeuses (n = 40)	Fumeuses (n = 43)
Cadres et professions intellectuelles supérieures	6 (7%)	4 (10%)	2 (5%)
Professions intermédiaires	23 (28%)	13 (32%)	10 (23%)
Employés	34 (41%)	14 (35%)	20 (47%)
Ouvriers	4 (5%)	1 (3%)	3 (7%)
Population non active	13 (16%)	6 (15%)	7 (16%)
Non répondu	3 (3%)	2 (5%)	1 (2%)

2.7 Couverture sociale et complémentaire

10 patientes bénéficient de la sécurité sociale mais ne souscrivent pas à une mutuelle.

3 patientes bénéficient de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

3 Caractéristiques de la population des femmes enceintes fumeuses au troisième trimestre

3.1 Profil tabagique

3.1.1 Statut tabagique en dehors de la grossesse

Toutes les patientes fumeuses se sont déclarées fumeuses régulières (au moins une cigarette par jour, tous les jours) avant la grossesse.

3.1.2 Consommation globale déclarée en dehors et pendant la grossesse

La tendance est à une nette diminution de la consommation quotidienne de cigarettes à l'occasion de la grossesse.

Tableau 7 Consommation tabagique quotidienne des fumeuses (n = 43) de la population étudiée (n = 83) avant et pendant la grossesse

	Consommation tabagique quotidienne avant la grossesse	Consommation tabagique quotidienne pendant la grossesse
Moins de 5 cigarettes par jour	2 (5%)	17 (40%)
De 5 à 10 cigarettes par jour	9 (21%)	23 (53%)
De 11 à 20 cigarettes par jour	22 (51%)	3 (7%)
De 21 à 30 cigarettes par jour	10 (23%)	0

3.1.3 Dépendance pharmacologique à la nicotine

Pour évaluer la dépendance des parturientes au tabac on a utilisé le minitest de Fagerström ou test H.S.I. (Oddoux et al, 2001). Il nous a permis d'évaluer la dépendance pharmacologique à la nicotine des patientes fumeuses.

3.1.4 Evaluation de la dépendance nicotinique des patientes fumeuses de la population étudiée

Parmi les 43 patientes fumeuses de la population la majorité (77%, n = 33) présente une dépendance nicotinique moyenne à forte. 23 % sont peu ou pas dépendantes à la nicotine.

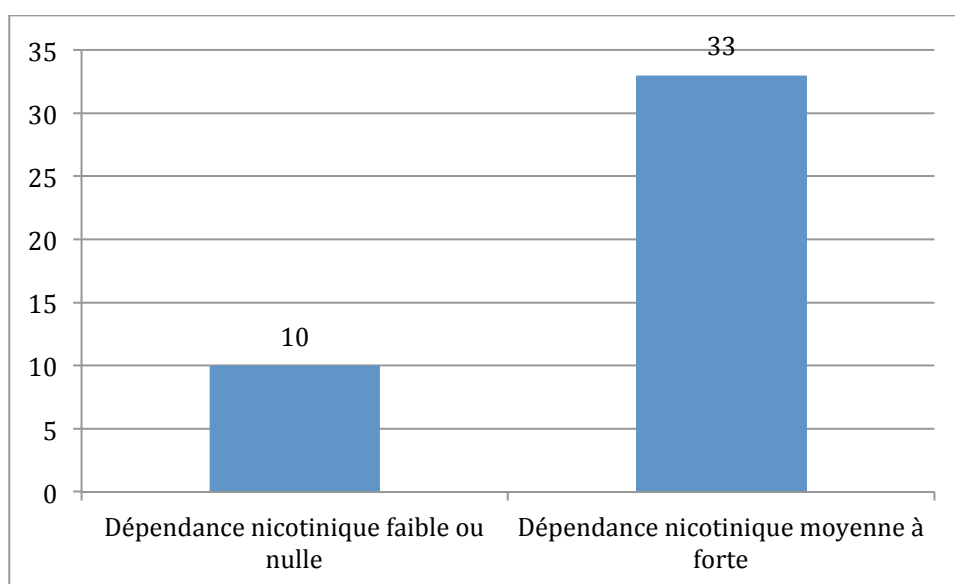


Figure 4 Niveau de dépendance pharmacologique à la nicotine des patientes fumeuses

3.1.5 Consommation globale déclarée pendant la grossesse en fonction du niveau de dépendance nicotinique

La majorité des patientes qui ont une dépendance nicotinique moyenne à forte fument majoritairement (60.6%, n = 20) plus 5 à 10 cigarettes par jour. 10 (30.3%) en consomment moins de 5 par jour et 3 (9%) en fument 11 à 20.

La majorité (70%, n= 7) des patientes qui ont une faible dépendance ou pas de dépendance à la nicotine fument quotidiennement moins de cinq cigarettes par jour. Aucune de ces patientes ne fume plus de dix cigarettes par jour.

Les patientes fumeuses de la population étudiée qui ont une dépendance nicotinique moyenne à forte ont une consommation tabagique quotidienne nettement plus importante que celles qui ont une dépendance faible ou nulle à la nicotine.

Tableau 8 Consommation tabagique quotidienne déclarée par les patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée (n = 83) en fonction de leur degré de dépendance nicotinique

	Moins de 5 cigarettes par jour	5 à 10 cigarettes par jour	11 à 20 cigarettes par jour
Dépendance nicotinique moyenne à forte	10 (30.3%)	20 (60.6%)	3 (9%)
Dépendance nicotinique faible ou nulle	7 (70%)	3 (30%)	0

3.2 Age de début de la consommation tabagique

Les patientes fumeuses ont en moyenne commencé à fumer à 15.26 ans +/- 2.33 ans pour écart type. Les bornes de cet échantillon allaient de 10 à 22 ans, pour le début de consommation le plus précoce et le plus tardif. La médiane de la population était de 15 ans.

3.2.1 Co-addictions

Pendant la grossesse, aucune patiente ne déclare consommer une autre substance addictive et toxique que le tabac.

3.2.2 Expérience d'un tabagisme gravidique antérieur et impact perçu sur la santé de l'enfant

32 (94.1%) des patientes fumeuses qui ont déjà été enceintes (n = 34) ont fumé pendant leur(s) grossesse(s) précédente(s).

Parmi elles plus de la moitié (58.82%, n=20) estiment que cela n'a pas eu d'impact sur la santé de leur enfant et 12 pensent que cela en a eu un.

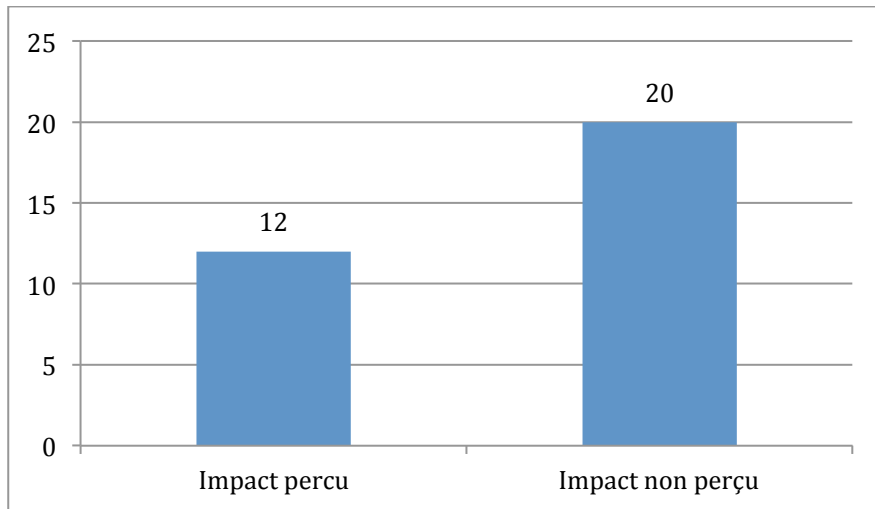


Figure 5 Perception ou non d'un impact sur la santé de l'enfant issu d'une précédente grossesse associée à un tabagisme per gravidique (n = 32)

3.3 Qualité du moral et vécu de la grossesse actuelle

Les questions 14 à 19 cherchent à évaluer la qualité du bien-être des patientes fumeuses de la population. Entrent en compte l'autoévaluation des patientes quant à la qualité de leur moral et au soutien qu'elles perçoivent de la part de leur entourage, les antécédents de prescription de médication à visée psychotrope et/ou anxiolytique, le caractère programmé ou impromptu de la grossesse actuelle et l'autoévaluation du vécu de cette grossesse par la patiente.

3.3.1 Autoévaluation de la qualité du moral avant et pendant la grossesse

Avant et pendant la grossesse la majorité des patientes fumeuses (74.4%, n=32 et 76.7%, n = 33) évaluent leur moral comme étant bon.

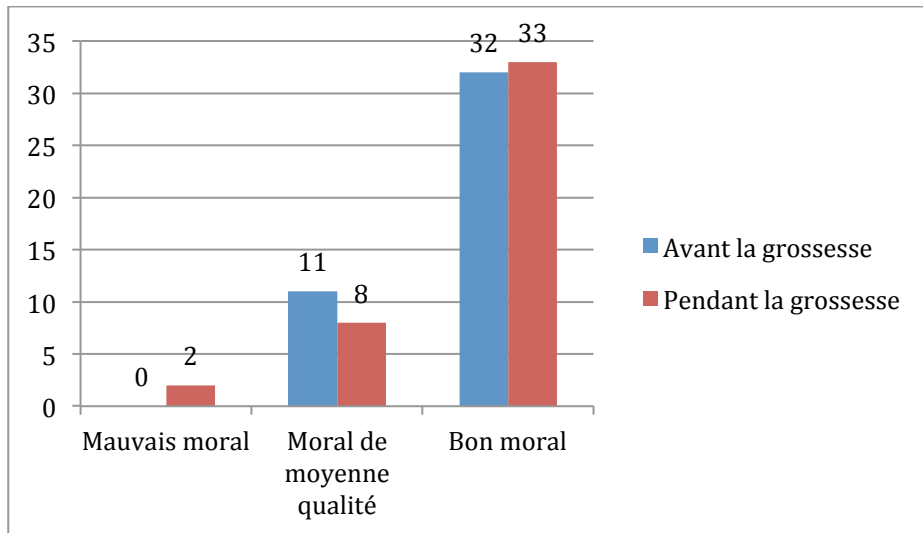


Figure 6 Autoévaluation du moral des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée avant et pendant la grossesse

3.3.2 Antécédents de prescription d'anxiolytiques et/ou psychotropes

Parmi les 43 patientes fumeuses, la majorité (69.8%, n = 30) n'a jamais pris de tranquillisants ou d'antidépresseurs et 13 (30.2%) ont déjà pris l'un ou l'autre ou l'un et l'autre.

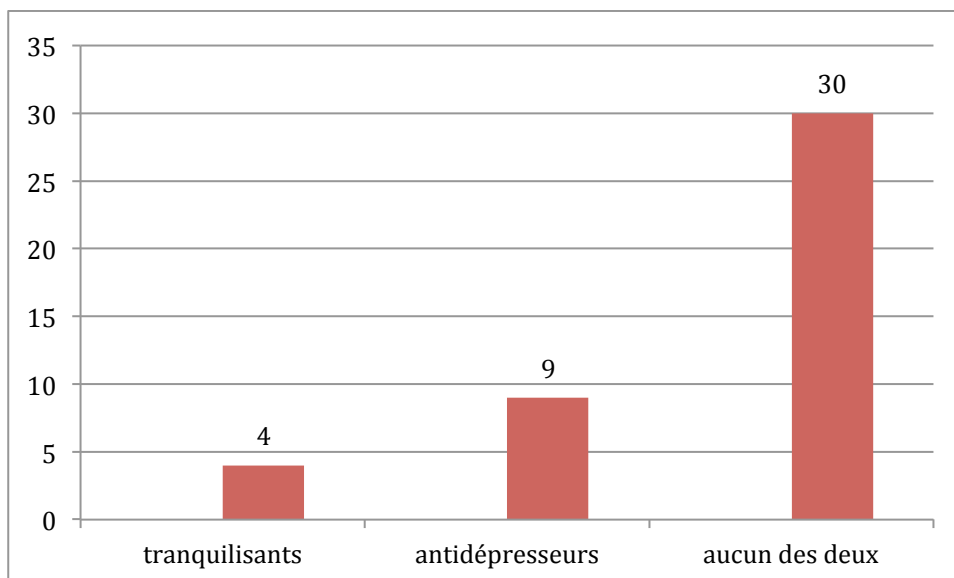


Figure 7 Répartition de la population des fumeuses (n = 43) selon l'existence d'antécédents de prise ou non de tranquillisants et/ou antidépresseurs

3.3.3 Perception par les patientes fumeuses de la qualité du soutien apporté par leur entourage

La grande majorité des patientes (n=40) patientes se sent bien entourée et soutenue par l'entourage proche.

3.3.4 Caractère programmé ou non programmé de la grossesse actuelle

Pour la majorité des patientes fumeuses (76.7%, n = 33) la grossesse actuelle a été programmée.

3.3.5 Autoévaluation du vécu de la grossesse actuelle par les patientes fumeuses interrogées

La majorité des patientes fumeuses (76.7%, n=33) ont un bon vécu de leur grossesse.

3.4 Positionnement vis-à-vis du tabagisme : désir d'arrêt, motivation au sevrage tabagique et raisons évoquées à la poursuite du tabagisme pendant la grossesse

3.4.1 Désir de sevrage tabagique pendant la grossesse

On constate qu'un peu plus de la moitié (53.5%, n=23) des patientes fumeuses a envisagé de s'arrêter de fumer pendant la grossesse.

3.4.2 Niveau de motivation au sevrage tabagique et consommation tabagique

La majorité des patientes fumeuses (67.4%, n=29) ne sont pas ou sont moyennement motivées pour arrêter de fumer. 14 (32.5%) des patientes fumeuses sont motivées.

Les patientes dont la motivation au sevrage tabagique est bonne fument moins de 10 cigarettes par jour : la majorité (64.3%, n = 9) fume moins de 5 cigarettes par jour et 5 patientes fument de 5 à 10 cigarettes par jour.

Les patientes dont la motivation au sevrage tabagique est moyenne à nulle fument majoritairement (69%, n = 20) de 5 à 10 cigarettes par jour, 6 patientes fument moins de 5 cigarettes par jour et 3 patientes fument de 11 à 20 cigarettes par jour.

Celles qui ont la consommation globale déclarée la plus importante sont les patientes qui ont une motivation moyenne à nulle au sevrage tabagique.

Tableau 9 Consommation globale déclarée en fonction de la motivation au sevrage tabagique des femmes fumeuses (n = 43) de la population étudiée (n = 83)

	Moins de 5 cigarettes par jour	De 5 à 10 cigarettes par jour	De 11 à 20 cigarettes par jour
Bonne motivation au sevrage tabagique	9 (64.3%)	5 (35.7%)	0
Motivation moyenne à nulle au sevrage tabagique	6 (20.7%)	20 (69%)	3 (10.3%)

3.4.3 Raisons évoquées par les patientes à la poursuite du tabagisme pendant la grossesse

Aucune patiente ne cite le fait de ne pas voir l'intérêt d'un sevrage tabagique et le fait qu'on ne leur a pas proposé d'aide, comme raison à leur tabagisme gravidique.

La principale raison évoquée (62.8%, n = 27) à l'absence d'arrêt du tabagisme par les patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée est l'impossibilité de réduire d'avantage leur consommation quotidienne.

A 30.2% (en moyenne n = 13) les patientes évoquent comme raisons à l'impossibilité de se sevrer complètement le fait que l'entourage proche est fumeur (n = 14), le stress et l'angoisse (n = 13) et le manque de motivation (n = 12).

A 14.6% (n = 6 en moyenne) sont évoqués l'absence d'envie de sevrage tabagique (n = 8), le fait que la consommation actuelle n'est pas dangereuse pour l'enfant à naître (n = 6) et le fait qu'il vaut mieux fumer plutôt que d'être stressée ou angoissée (n = 5).

Enfin, le fait que la grossesse impose déjà trop de contrainte pour en plus arrêter de fumer ainsi que le fait d'avoir une consommation identique à celle d'avant la grossesse car la femme ne peut s'en passer, sont des raisons évoquer par une minorité de patientes (n = 3 et n = 2).

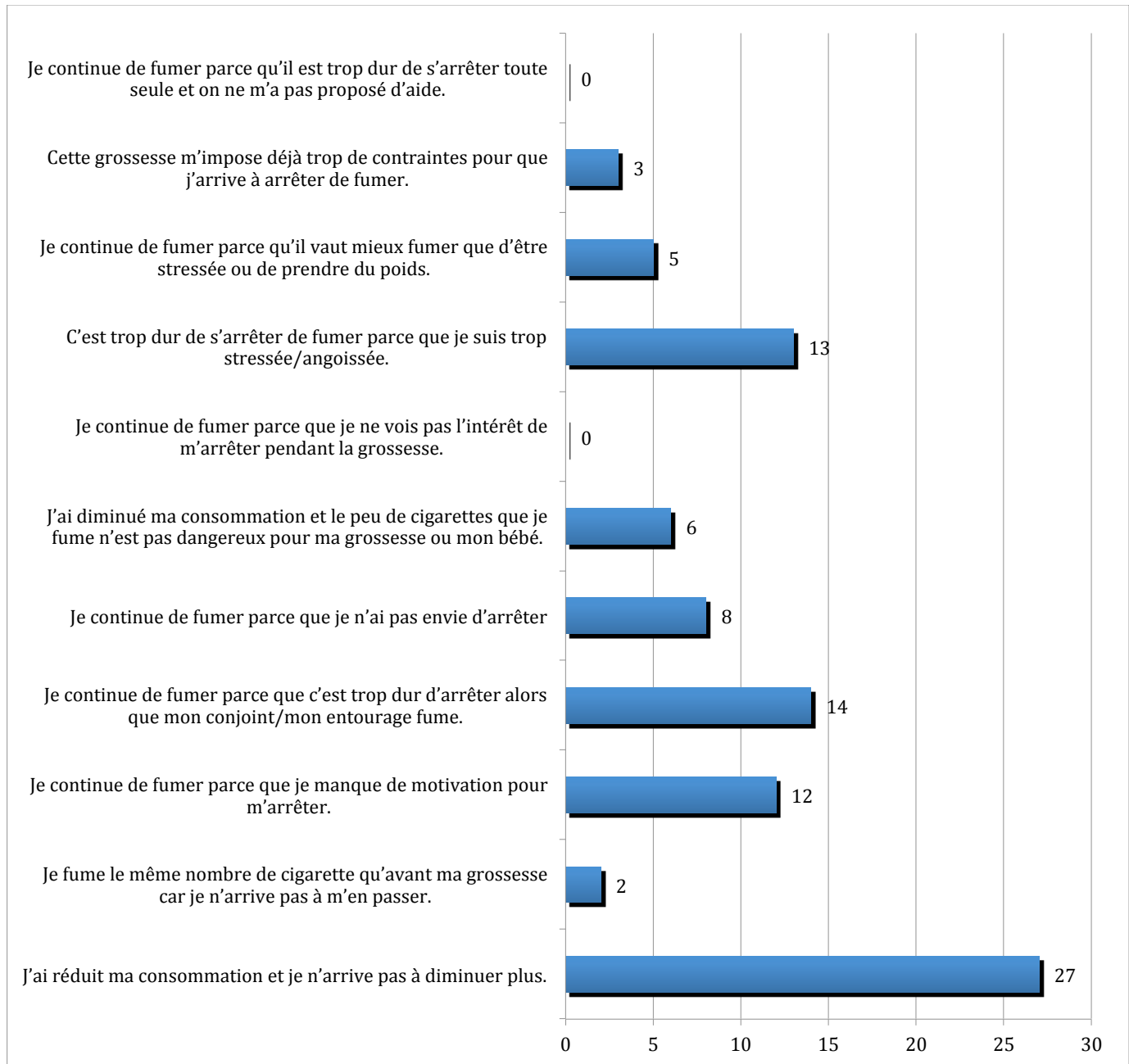


Figure 1 Raisons évoquées par les patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée (n = 83) à l'impossibilité d'arrêt du tabagisme pendant la grossesse

3.5 Connaissances des femmes enceintes fumeuses quant à l'impact du tabagisme per gravidique

3.5.1 Composant identifié par les patientes comme étant le plus dangereux dans la cigarette lors d'une grossesse

La majorité des patientes (62.8%, n = 37) des patientes fumeuses n'ont pas de bonnes connaissances quant à l'élément le plus dangereux de la cigarette pendant la grossesse. En effet, les patientes évoquent majoritairement (32.5%, n = 14) le goudron comme composant le plus dangereux dans la cigarette pendant la grossesse. Viennent ensuite à égalité (23.3%, n = 10) la nicotine et les autres substances toxiques de la cigarette. Enfin, 3 patientes n'ont pas répondu.

La fumée de la cigarette n'est évoquée que par 6 patientes fumeuses (14%) comme étant l'élément le plus dangereux dans la cigarette pendant la grossesse.

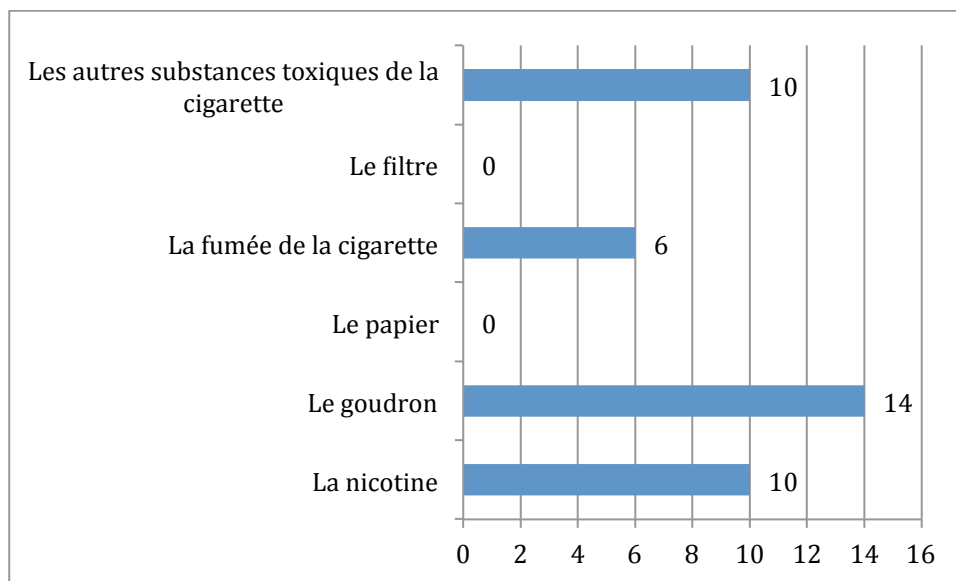


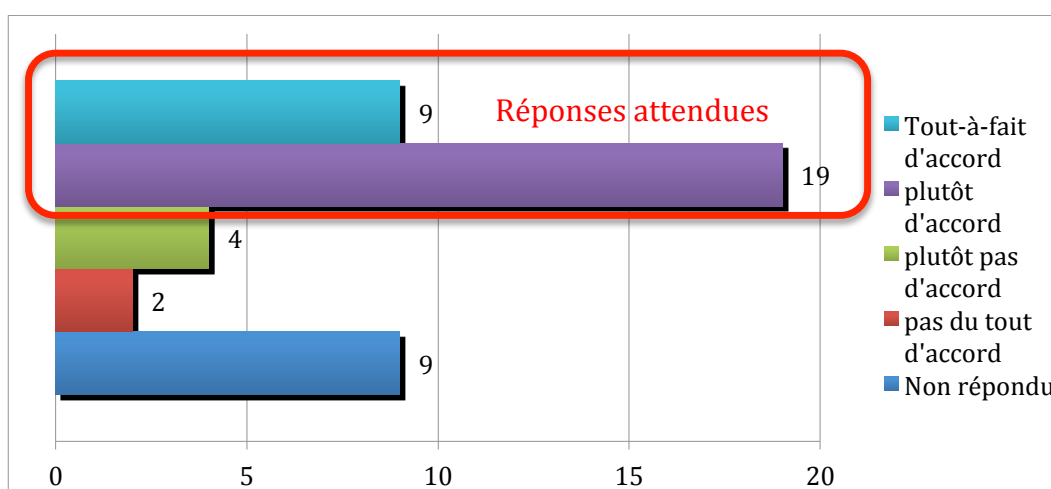
Figure 8 Composant identifié par les patientes fumeuses (n = 43) comme étant le plus dangereux dans la cigarette lors d'une grossesse

3.5.2 Connaissances quant à l'impact du tabagisme per gravidique sur le déroulement de la grossesse

Le questionnaire ne prévoyant pas la proposition « je ne sais pas », nous avons considéré que les patientes qui n'avaient pas répondu à une question relative aux connaissances, ne savaient pas.

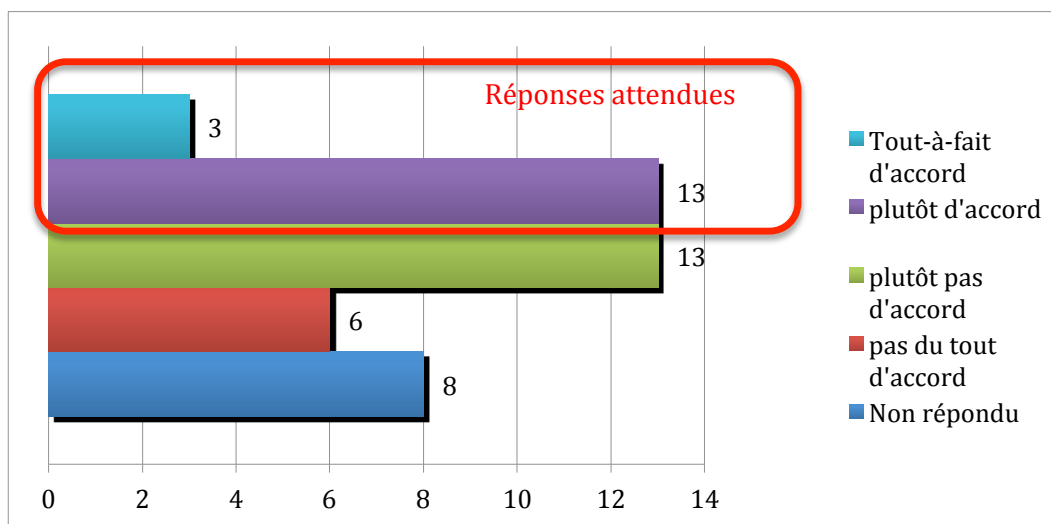
A la question « Fumer peut : entraîner des anomalies au niveau du placenta », la majorité (n = 28) des patientes fumeuses ont bien répondu.

Figure 2.1 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant aux risques liés anomalies placentaires



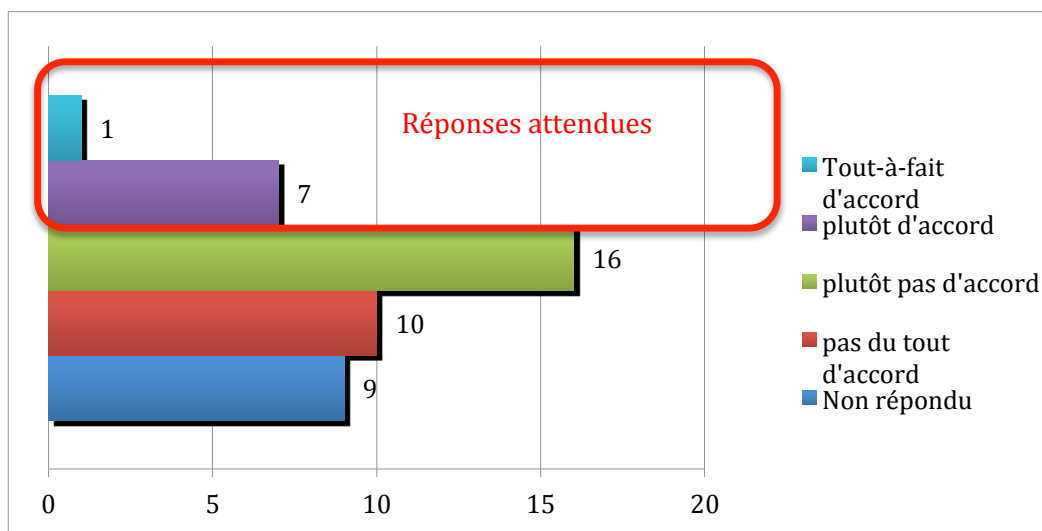
A la question « Fumer peut : entraîner une rupture prématurée de la poche des eaux », la majorité des patientes (n = 27) n'a pas donné la bonne réponse.

Figure 8.2 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant aux risques liés à la rupture prématurée des membranes



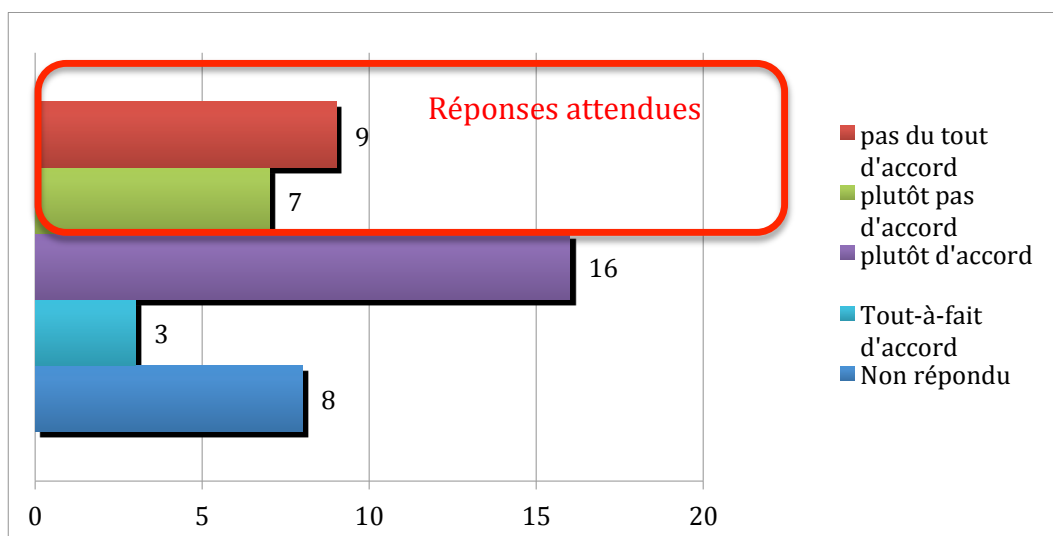
A la question « Fumer peut : entraîner des saignements en fin de grossesse », la majorité (n = 35) des patientes fumeuses de la population étudiée n'ont pas bien répondu.

Figure 8.3 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant aux risques liés aux métrorragies



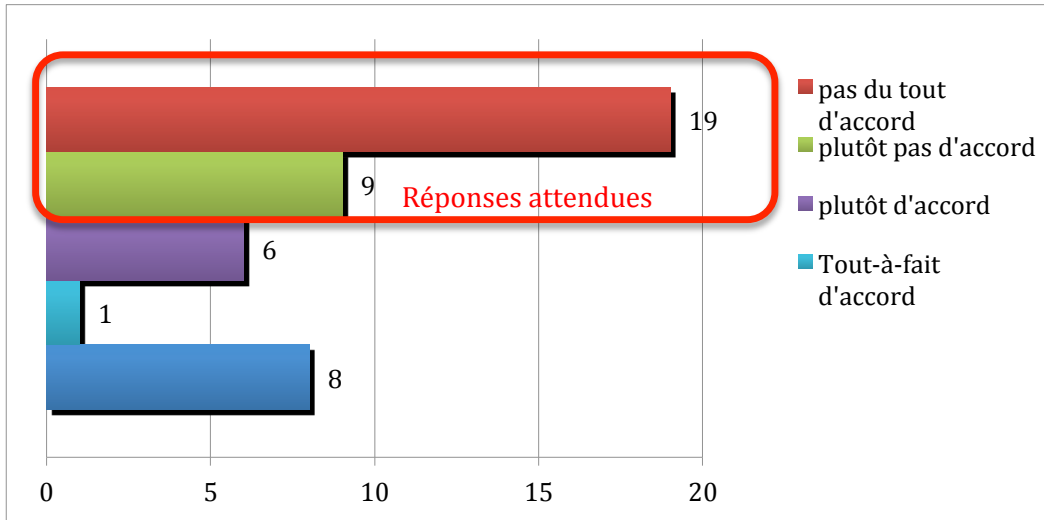
A la question « Fumer une cigarette de temps en temps n'a pas de conséquence sur la grossesse. », la majorité (n= 27) des patientes fumeuses se trompent.

Figure 8.4 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant aux conséquences d'un tabagisme occasionnel



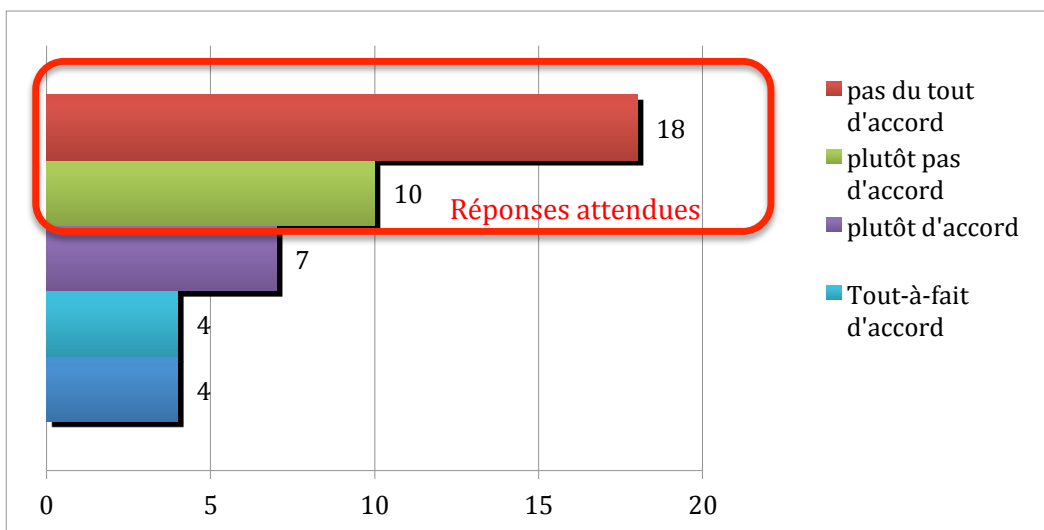
A la question « Si on ne s'arrête pas au début de la grossesse ça ne sert plus à rien de s'arrêter après.», la majorité (n = 28) des patientes fumeuses donnent la bonne réponse.

Figure 8.5 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant aux bénéfices d'arrêt en début de grossesse



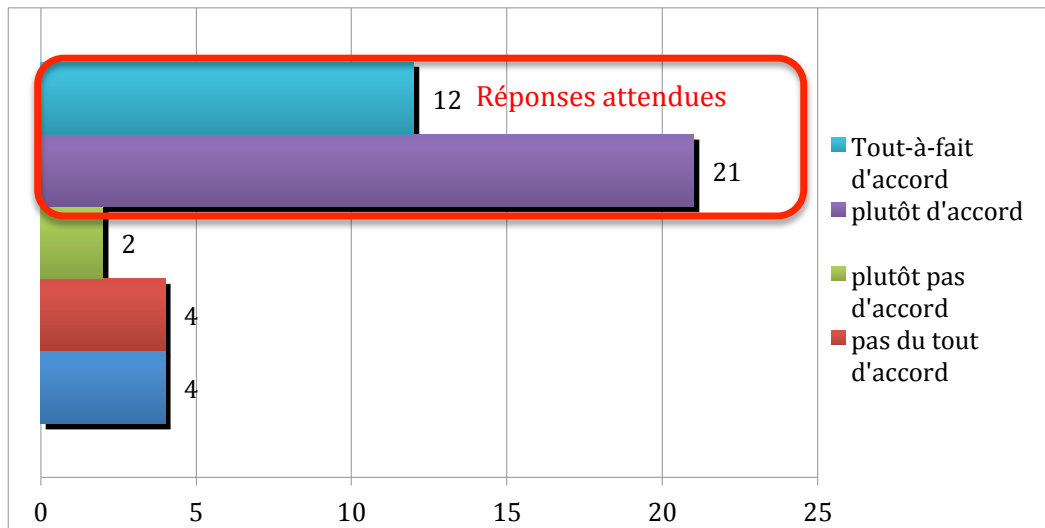
A la question « Arrêter sa consommation de tabac en fin de grossesse ne présente aucun bénéfice.», la majorité (n = 28) des patientes fumeuses donnent la bonne réponse.

Figure 8.6 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant aux bénéfices d'arrêt en fin de grossesse



A la question « Les risques du tabagisme passif, pour une grossesse, sont les mêmes que pour les femmes qui fument. », la majorité (n = 33) des patientes ont répondu correctement.

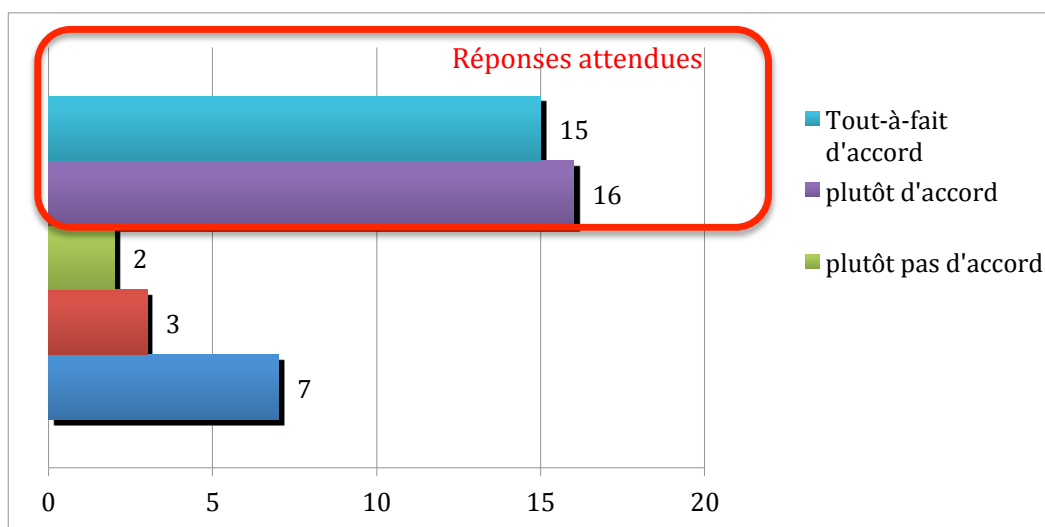
Figure 8.7 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant aux risques du tabagisme passif



3.5.3 Connaissances quant à l'impact du tabagisme per gravidique sur le fœtus

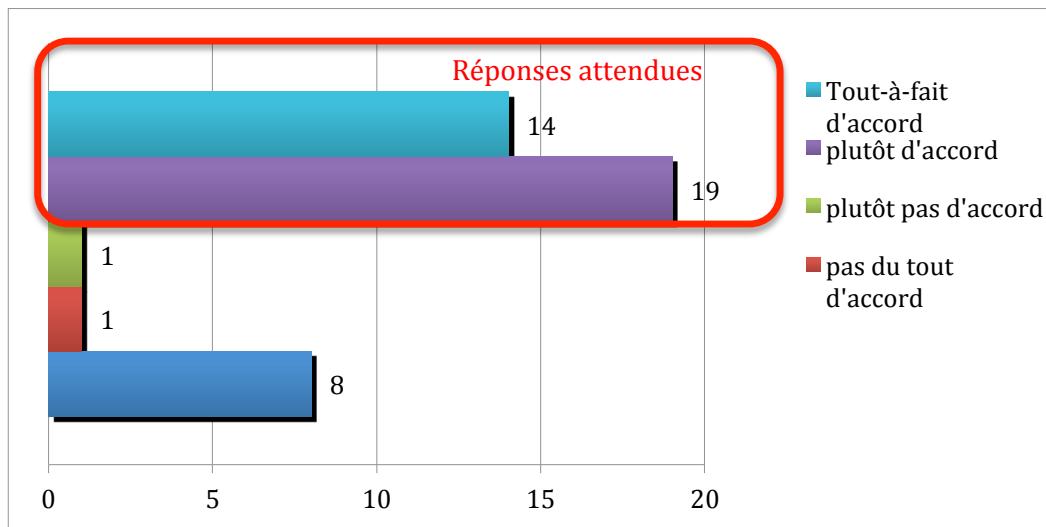
A la question « Fumer peut entraîner: une intoxication du fœtus pendant la grossesse », la majorité des patientes (n = 31) ont donné la bonne réponse.

Figure 3.1 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant aux risques d'intoxication oxycarbonée du fœtus



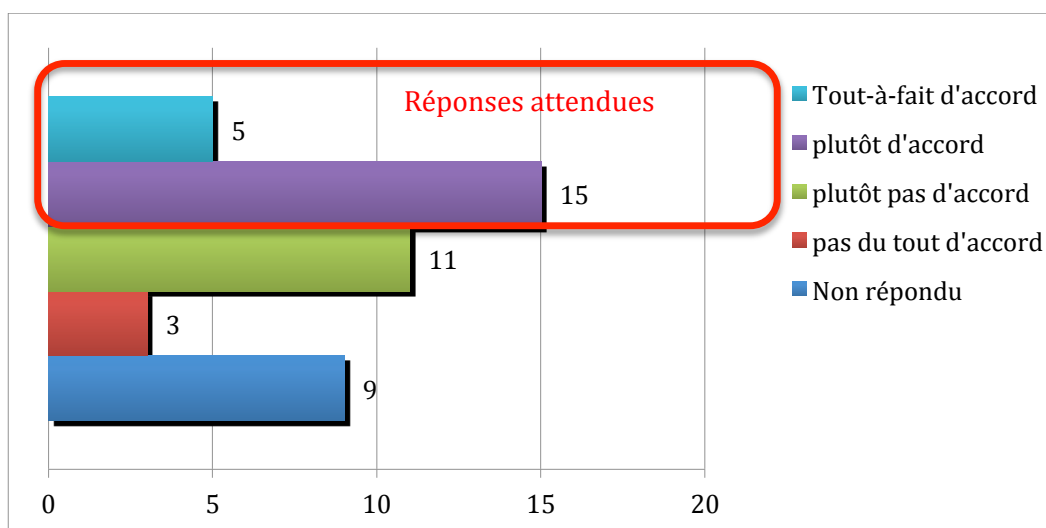
A la question « Fumer peut entraîner : des anomalies au niveau de l'oxygénation du fœtus », la majorité des patientes (n = 33) ont donné la bonne réponse.

Figure 9.2 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant au risque d'hypoxie liée au tabagisme



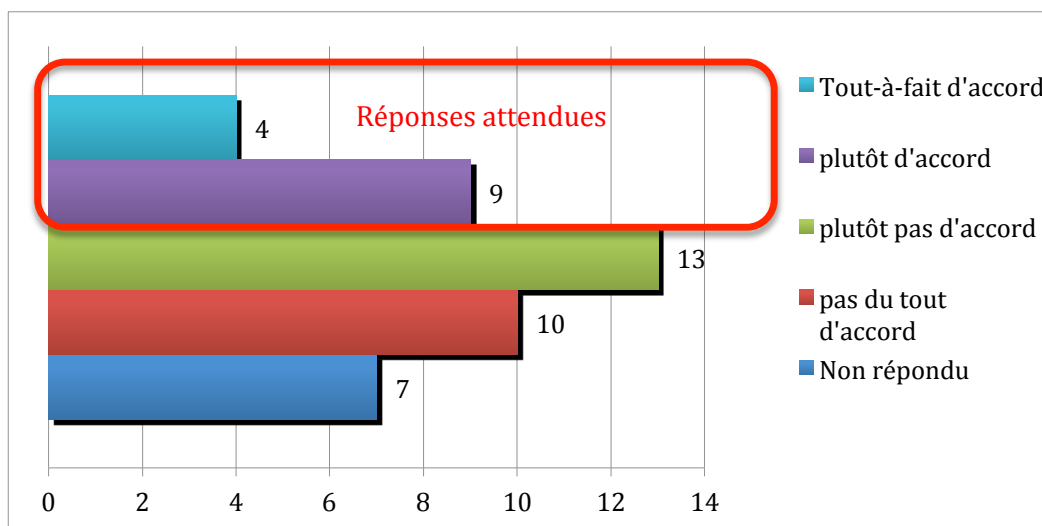
A la question « Fumer peut entraîner : un moins bon développement du cerveau du bébé », un peu plus de la moitié (n = 23) des patientes fumeuses de la population étudiée n'a pas bien répondu.

Figure 9.3 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant à l'impact du tabagisme sur le développement cérébral du fœtus



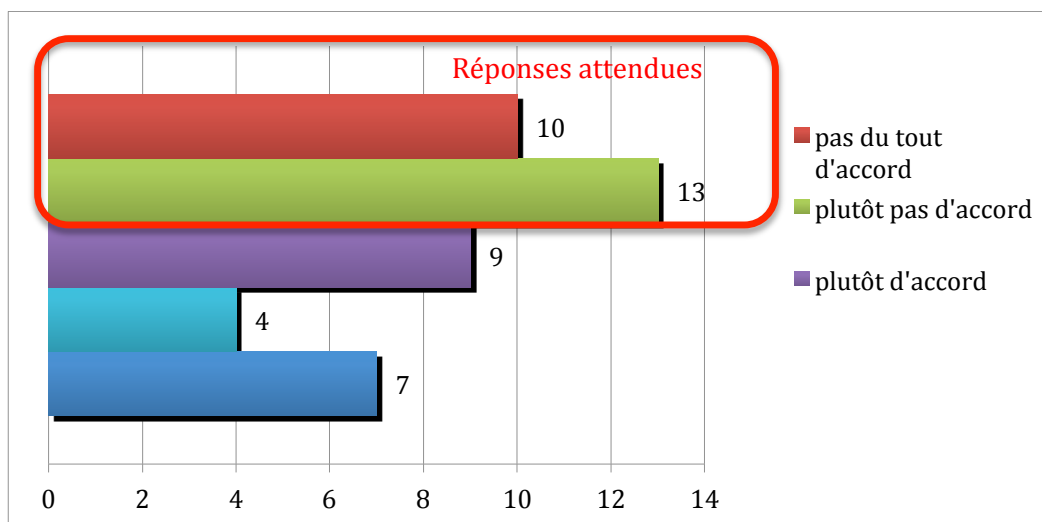
A la question « Fumer peut entraîner : une moins bonne croissance du bébé (poids, taille, tour de tête plus petits que la moyenne) », une majorité (n = 30) de patientes n'a pas bien répondu.

Figure 9.4 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant à l'impact du tabagisme sur la croissance foetale



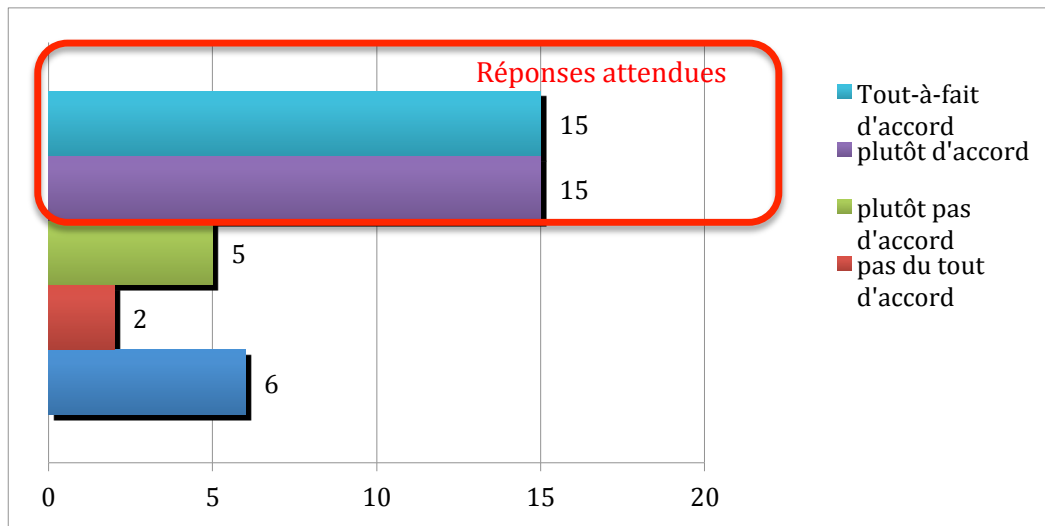
A la question « Fumer une cigarette de temps en temps n'a pas de conséquence sur le fœtus », un peu plus de la moitié (n= 23) des patientes fumeuses de la population étudiée a bien répondu.

Figure 9.5 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant à l'impact d'une consommation tabagique occasionnelle sur le fœtus



A la question « Les risques du tabagisme passif, pour un fœtus, sont les mêmes que pour les femmes qui fument. », la majorité (n = 30) des patientes fumeuses de la population étudiée ont bien répondu.

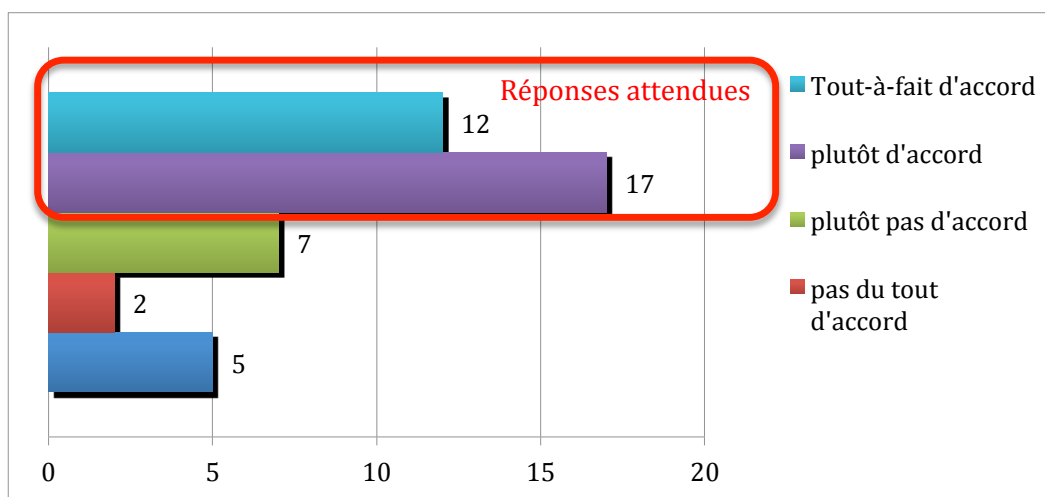
Figure 9.6 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant au fait que les tabagismes passif et actif font courir les mêmes risques au fœtus



3.5.4 Connaissances quant à l'impact du tabagisme per gravidique sur l'accouchement

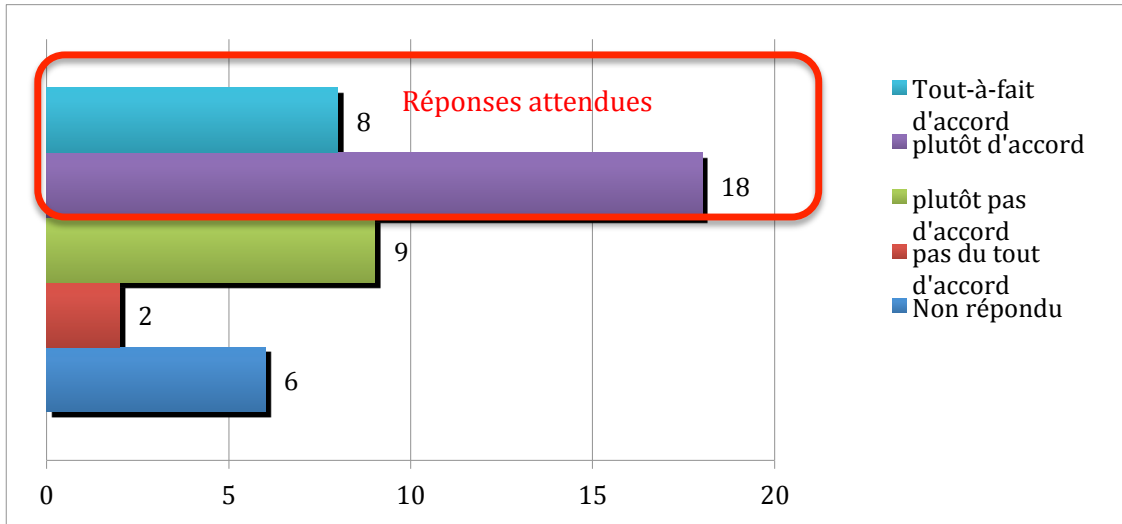
A la question « fumer peut entraîner un accouchement prématuré », une majorité (n = 29) de patientes a bien répondu.

Figure 10.1 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant au risque d'accouchement prématuré lié au tabagisme per gravidique



A la question «fumer peut provoquer un mal-être du fœtus lors de l'accouchement », un peu plus de la moitié (n = 26) des patientes fumeuses a donné la bonne réponse.

Figure 10.2 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant au risque de mal-être fœtal à l'accouchement, lié à un tabagisme per gravidique



3.5.5 Connaissances quant aux substituts nicotiniques

La majorité (n =40) des patientes fumeuses (n = 43) a une mauvaise connaissance de la prise en charge des TSN par la sécurité sociale.

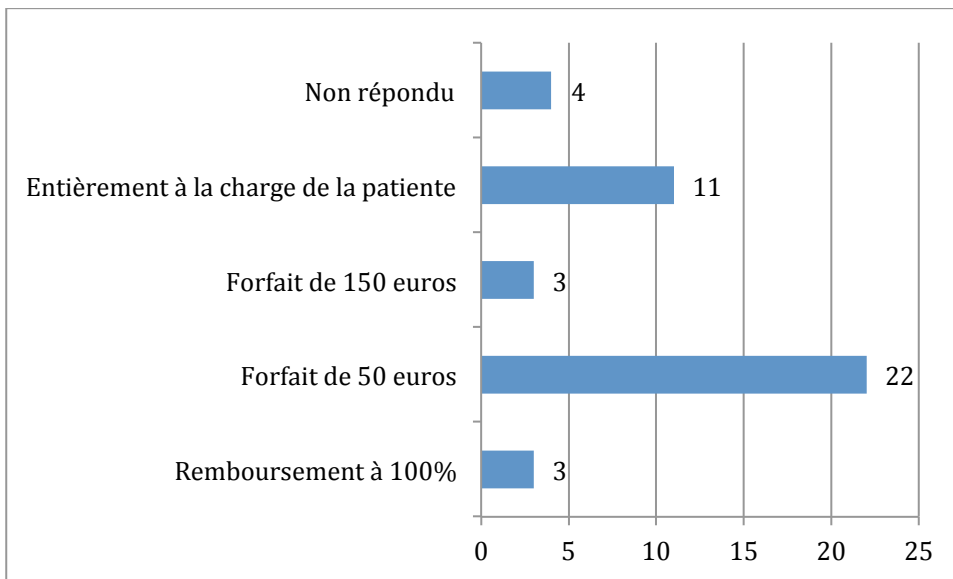
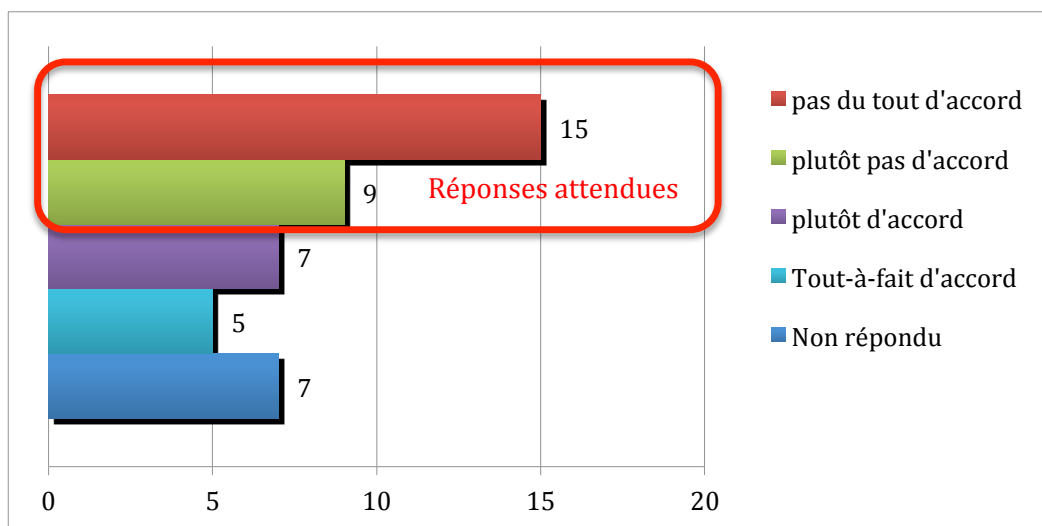


Figure 11 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée (n = 83) quant à la prise en charge des TSN par la sécurité sociale.

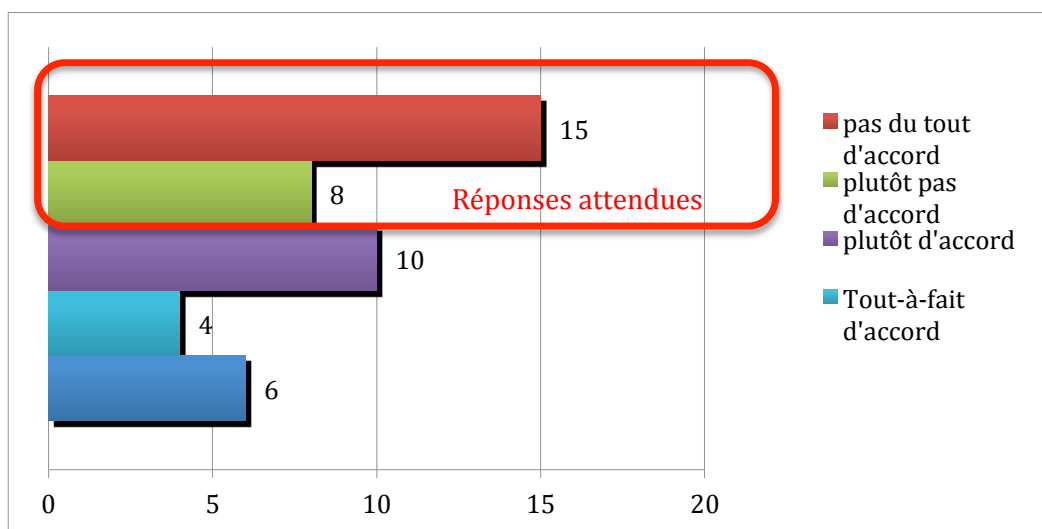
A la question « L'utilisation de médicaments de substitution de la nicotine (patch, gomme à mâcher,...) est contre-indiquée pendant une grossesse.», un peu plus de la moitié (n = 24) des patientes fumeuses a bien répondu.

Figure 12.1 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant à la possibilité d'utilisation des substituts nicotiniques pendant la grossesse



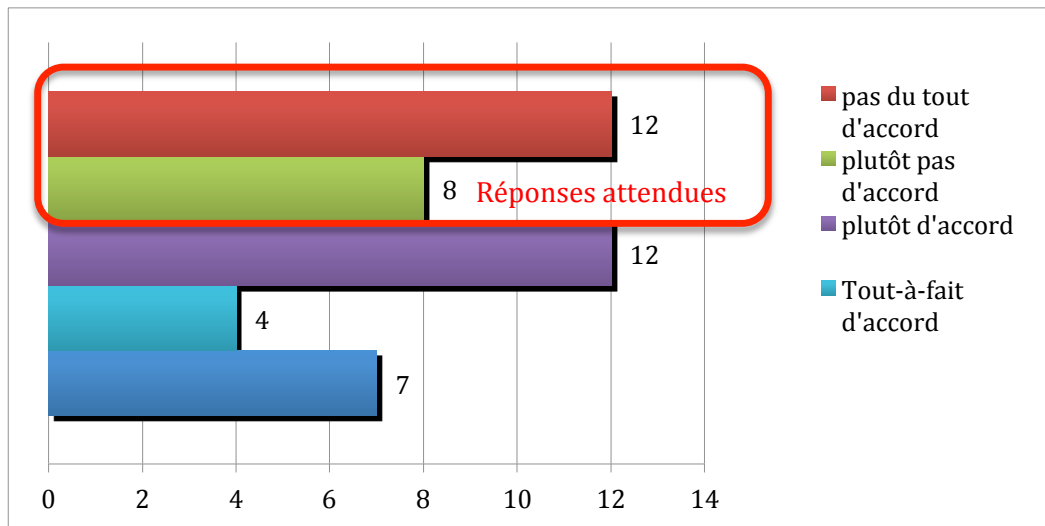
A la question « L'utilisation de médicament de substitution de la nicotine (gommes, patches...) est dangereux pour la santé de votre bébé.», un peu plus de la moitié (n 23) des patientes fumeuses de la population étudiée a bien répondu.

Figure 12.2 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant à l'impact des substituts nicotiniques sur la santé du foetus



A la question « Les risques d'utiliser un traitement de substitution de la nicotine sont les mêmes que les risques de fumer. », un peu plus de la moitié (n = 23) des patientes fumeuses a mal répondu.

Figure 12.3 Connaissances des patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée quant à la différence de risques liés au tabagisme actif ou à l'utilisation de traitements de substitution nicotinique



3.6 Prise en charge des femmes enceintes fumeuses par les professionnels de santé

Une patiente n'a pas répondu à la question portant sur l'accompagnement au sevrage tabagique par les professionnels.

Conseil minimal

D'après les déclarations des patientes fumeuses de la population étudiée on constate que le conseil minimal leur a été fait en majorité (n = 23) au moins une fois par le ou les professionnels de santé rencontrés.

Mesure du Co expiré

La majorité (n = 35) des patientes fumeuses de la population étudiée déclare qu'on ne leur a jamais mesuré leur taux de CO expiré en dehors de la mesure ayant servi à notre enquête.

La mesure a été faite à chaque consultation pour deux patientes fumeuses de la population étudiée.

Pour 7 patientes fumeuses de la population étudiée elle a été faite une fois en début de grossesse et une fois à l'occasion de notre enquête.

Information sur la toxicité de la cigarette et les conséquences du tabagisme pendant la grossesse

Près de la moitié des patientes fumeuses de la population étudiée (n = 20) déclarent ne jamais avoir reçu d'information quant à la substance la plus nocive de la cigarette pendant la grossesse ; et plus de la moitié des patientes fumeuses de la population étudiée (n = 23) déclarent ne jamais avoir reçu d'information sur les risques et les conséquences du tabagisme pendant la grossesse.

Information sur les outils d'aide au sevrage tabagique

La moitié des patientes fumeuses de la population étudiée (n = 21) déclarent ne jamais avoir reçu d'information sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac.

19 patientes fumeuses de la population étudiée déclarent avoir eu cette information au moins une fois.

Outils d'aide au sevrage tabagique proposés

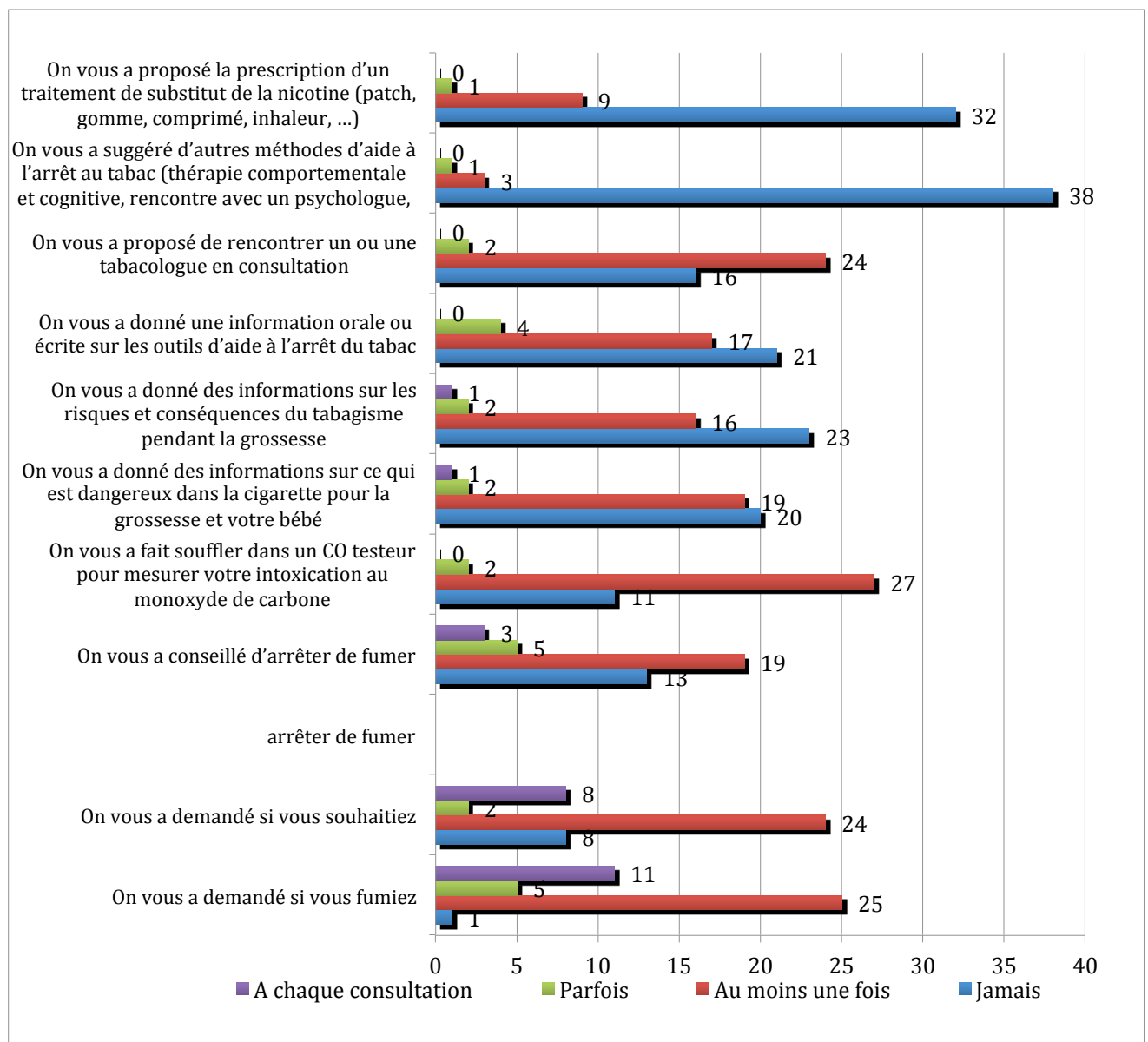
Plus de la moitié (n = 24) des patientes fumeuses de la population étudiée déclarent qu'on leur a proposé au moins une fois de rencontrer un tabacologue.

16 patientes déclarent que cela ne leur a jamais été proposé.

La majorité (n = 32) des patientes fumeuses de la population étudiée déclarent qu'on ne leur a jamais proposé de TSN au cours de leur grossesse.

La majorité (n = 38) des patientes fumeuses de la population étudiée déclarent qu'on ne leur a jamais proposé d'autres méthodes d'aide à l'arrêt du tabac que celles suggérées dans le questionnaire.

Figure 4 Autoévaluation par les patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée (n = 83) de l'accompagnement au sevrage tabagique pendant la grossesse



Discussion

1 Limites et intérêt du sujet :

1.1 Critique de la méthode :

1.1.1 Recrutement de la population par la mesure du taux de CO expiré

La première difficulté rencontrée a été le manque d'effectifs.

Il faut donc se garder de toute conclusion quant à la population générale. Des tendances sur certains critères peuvent cependant être étudiées et discutées.

Concernant le manque d'effectif, on peut tout d'abord émettre l'hypothèse selon laquelle le pourcentage de femmes fumeuses au troisième trimestre consultant au centre hospitalier de Bourg-en-Bresse est inférieur aux données nationales du dernier baromètre santé 2010. A l'occasion d'un mémoire de fin d'études sur les connaissances et le profil tabagique des femmes enceintes (30), mené du 2 août 2007 au 2 décembre 2007, le statut tabagique de 245 patientes a été déterminé à l'occasion des 278 rendez-vous pour des consultations de début de grossesse. 20.4% de ces patientes se sont déclarées fumeuses en début de grossesse, ce qui est représentatif des données rapportées par le baromètre santé 2010. Il est probable que la mise en place d'outils d'aide au sevrage tabagique amorcée à la suite de ce travail ait permis de réduire le pourcentage de femmes fumeuses pendant la grossesse. Ce qui pourrait être une explication à notre manque d'effectifs.

On peut ensuite évoquer un biais de recrutement : les professionnels et les étudiants n'ont pas fait souffler toutes les patientes au troisième trimestre de la grossesse, tous les jours de l'étude. On peut s'interroger sur ce fait dans la mesure où les recommandations de la conférence de consensus « Grossesse et tabac » de 2004 sont celle d'une mesure systématique, au même titre que la pression artérielle par exemple, à toutes les femmes et tout le long de la grossesse. (23)

Nos résultats sur l'accompagnement au sevrage tabagique reçu par les patientes fumeuses de la population étudiée montrent que la majorité (n = 35) des patientes fumeuses de la population étudiée déclare qu'on ne leur a jamais mesuré leur taux de CO expiré en dehors de la mesure ayant servi à notre enquête.

S'agit-il d'un oubli involontaire ?

S'agit-il d'un manque de matériel (analyseur de CO) ?

On peut également penser que la mesure du taux de CO dans l'air expiré ne s'est pas encore imposée comme une mesure de routine dans la pratique des professionnels et des étudiants. Les professionnels de santé trouvent-ils cet examen contraignant malgré la rapidité avec laquelle il est réalisé (moins de 4 minutes) ? Sont-ils mal à l'aise face au dialogue que cela ouvre sur le tabagisme ? Et s'ils le sont, est-ce parce qu'ils estiment ne pas disposer de suffisamment de connaissances sur le sujet ? Ne font-ils pas cette mesure pour ne pas générer de la culpabilité chez la femme enceinte ?

Il serait alors intéressant de réaliser une enquête auprès de ces professionnels et des futurs professionnels, afin d'en connaître les raisons.

1.1.2 Le questionnaire

Il a été construit de façon à explorer de nombreux déterminants de la poursuite du tabagisme pendant la grossesse. Sa longueur peut donc paraître importante. Cependant, sa durée de remplissage n'excède pas les 10 minutes et toutes les patientes à qui il a été distribué l'ont rempli entièrement.

L'exhaustivité du questionnaire s'est plutôt révélée contraignante au moment du traitement statistique des données qui s'est révélé fastidieux.

Enfin, il aurait été intéressant de connaître l'évolution de la consommation tabagique tout le long de la grossesse : ont-elles essayé d'arrêter, y sont-elles parvenues pour ensuite rechuter, quelles ont été les raisons de la rechute ?

1.2 Intérêts de ce travail d'enquête

Ce mémoire a pour but d'apporter des informations relatives à un problème majeur de santé publique qui est le tabagisme per gravidique. En effet, 30% des jeunes filles en âge de procréer sont fumeuses **(26)**. De plus les résultats de l'AUDIPOG 2003 sont toujours alarmistes quant au taux toujours trop élevé de prématurité. Or l'implication du tabagisme en tant que cause d'accouchement prématuré est établie. **(3)**

Ce travail a pour objectif de mettre en évidence les déterminants et raisons de la poursuite du tabagisme tout le long de la grossesse. L'identification de facteurs pronostiques

d'arrêt du tabagisme gravidique est primordiale dans la prise en charge des femmes fumeuses. Elle permet de cibler les interventions d'aide à l'arrêt pour tenter de réduire le nombre de femmes et de fœtus exposés à une intoxication oxycarbonée.

L'enquête recrute des patientes fumeuses mais aussi non fumeuses, dont le taux de CO dans l'air expiré est au moins équivalent à celui d'une intoxication débutante liée à une pollution environnementale ou un tabagisme passif. Cela nous donne l'occasion d'explorer l'origine de ce dernier.

L'enquête nous permet également d'établir un état des lieux des connaissances des femmes enceintes sur les risques et les conséquences du tabagisme pendant la grossesse.

Enfin ce travail renseigne sur ce qui est proposé par les professionnels de santé aux femmes enceintes en termes d'accompagnement au sevrage tabagique.

On s'appuiera sur une littérature choisie traitant du même sujet, afin d'y comparer nos résultats. **(31), (32), (33), (34), (35), (36), (37), (38).**

2 Caractéristiques de la population étudiée

2.1.1 Statut tabagique de la population étudiée

52% des femmes se déclarent fumeuses (n=43) et 48% se déclarent non fumeuses (n=40).

2.1.2 Mesure du taux de CO dans l'air expiré

Les résultats obtenus suivent l'hypothèse de départ selon laquelle il existe une proportion non négligeable de patientes au troisième trimestre qui subissent une intoxication oxycarbonée. 57.8% de la population étudiée ont un taux de CO_{exp} supérieur à 5ppm, significatif d'un tabagisme actif ou passif.

Rappelons que l'intoxication au CO est dans 95% des cas liée au tabac. **(41)** La mesure du taux de CO dans l'air expiré par analyseur de CO est la seule qui permet, en routine, le dépistage de cette intoxication. Il est recommandé que cette mesure soit faite

systématiquement au même titre que, les examens de routine (bandelette urinaire, température, pouls, pression artérielle), depuis la déclaration de grossesse jusque dans le post-partum. **(3)**

Les taux de CO expiré mesurés dans la population étudiée vont de 2 ppm à 41 ppm.

Il est inquiétant de constater que 26 parturientes ont un taux de COexp supérieur à l'alerte de pollution des villes situées, en France, à 8.5 ppm pour le CO. (Annexe IV)

Et encore plus inquiétant, 7 patientes ont un taux supérieur à 20 ppm. Dans la littérature, de tels taux sont corrélés à un taux de carboxyhémoglobine (HbCO) fœtal (mesure effectuée au sang du cordon à la naissance) supérieur à 5%, taux observés après une intoxication oxycarbonée aiguë grave chez un adulte**(42)**. Rappelons que le CO a une affinité plus grande encore pour l'hémoglobine fœtale et que les taux de carboxyhémoglobine fœtaux sont supérieurs de 10 à 15% par rapport à ceux de la mère et donc que le fœtus est toujours plus intoxiqué que la mère **(43)**.

Globalement, les valeurs de cette mesure chez les fumeuses et les non fumeuses sont en corrélation avec leur statut tabagique. Cependant deux éléments retiennent l'attention.

Tout d'abord 16% des patientes se déclarant fumeuses ont un taux de COexp compris entre 2 et 4 ppm, ce qui correspond à des valeurs normalement retrouvées chez des non fumeuses. On remarque que ces patientes avaient fumé leur dernière cigarette entre 5 et 26 heures avant la mesure du taux de COexp. La demi-vie du CO dans le sang étant de 6 heures **(5)** on peut penser que ces taux discordants avec le statut tabagique sont liés à la dégradation en cours du CO et ne reflètent pas l'intoxication oxycarbonée fœto-maternelle attendue. Il est donc important de faire préciser l'heure à laquelle la dernière cigarette a été fumée.

Ensuite, il est à noter que 20% (n = 8) des patientes se déclarant non fumeuses ont présenté un taux de CO expiré discordant de leur statut tabagique. En effet 17% (n = 7) ont un taux de CO expiré compris entre 5 et 9 ppm et 3% (n = 1) ont un taux compris de 10 à 19 ppm. Cela correspond à des intoxications débutantes et importantes retrouvées normalement chez des patientes fumeuses actives. Cette intoxication expose ces femmes, qui se déclarent non fumeuses, et leurs fœtus à des risques et des conséquences identiques à ceux retrouvés chez des fumeuses.

2.1.3 Tabagisme passif

Ce dernier pourcentage surprenant (20% des patientes se déclarant non fumeuses ont présenté un taux de CO expiré discordant de leur statut tabagique) retrouvé lors de notre étude pourrait tout d'abord s'expliquer par un biais déclaratif. Malgré l'anonymat garanti des réponses, les patientes ont pu sous déclarer leur statut tabagique par un phénomène de minimisation souvent rencontré dans le cadre d'enquête déclarative relative aux comportements addictifs. Il est admis que le couplage de ces enquêtes avec un marqueur biologique (CO, cotinine) permet de se rendre compte de ces discordances, estimées à 20% par les auteurs de la conférence de consensus. **(44)**

On pourrait également expliquer ce phénomène par une source différente de CO (chauffage domestique par exemple, d'autant plus que l'enquête s'est déroulée en période hivernale) ou une forme de consommation du tabac différente ne consistant plus en l'utilisation de cigarettes (chicha, blinies, etc...). Il est donc judicieux de déterminer de façon la plus précise possible avec la patiente, l'origine de l'intoxication au CO.

Enfin, il pourrait s'agir d'un tabagisme passif négligé dont la source présumée est l'entourage de la patiente : conjoint, famille, amis et collègues de travail.

En effet, la majorité des patientes interrogées, soit 73.5% (n = 36), estiment être soumises à un tabagisme passif.

En ce qui concerne les patientes qui se déclarent non fumeuses, 35% (n=14) d'entre elles ont un conjoint fumeur et 30% (n=12) s'estiment exposées à un tabagisme passif de la part de leur entourage autre que leur conjoint (famille, amis, collègues de travail).

Cela va dans le sens de la validation de l'hypothèse selon laquelle les taux significatifs de CO expiré retrouvés chez une proportion non négligeable des patientes non fumeuses pourraient avoir été majorés par l'exposition à un tabagisme passif.

Ce résultat suit également une de nos hypothèses de départ selon laquelle les femmes qui subissent une intoxication oxycarbonée au troisième trimestre de la grossesse, qu'elles soient fumeuses ou non, ont un entourage fumeur, surtout en ce qui concerne leur conjoint.

Potentiellement 30% des femmes de notre population se déclarant non fumeuses courent donc un risque dû au fait que leur entourage est fumeur. **(6), (50)**

Selon l'Académie de médecine, la fumée de tabac constitue « la source la plus dangereuse de pollution de l'air domestique, en raison de sa concentration élevée en produits toxiques mais aussi parce que l'on y est exposé à tout âge et pendant des périodes beaucoup plus longues que celles où l'on subit une pollution atmosphérique extérieure ». Il faut savoir que la fumée secondaire, celle qui émane du bout de la cigarette allumée, est plus nocive que la fumée inhalée car elle n'est pas filtrée. Elle contient cinq fois plus de CO. Les plus de 4000 substances chimiques et plus de 50 cancérogènes vont persister de 8 heures à plusieurs semaines dans les lieux clos. Il faut savoir que le fait d'ouvrir les fenêtres ne protège pas car la fumée est refoulée par l'air. (45), (46), (47), (48).

En ce qui concerne le tabagisme passif chez les patientes fumeuses de notre population, 74% des fumeuses (n=32) ont un conjoint fumeur et 65.1% (n = 28) patientes fumeuses se considèrent exposées à un tabagisme passif de la part de leur entourage (famille, amis, collègues de travail).

D'après les déclarations des patientes de la population étudiée, on constate que les patientes qui fument sont d'avantage exposées à un tabagisme passif de la part de l'entourage par rapport à celles qui ne fument pas.

On a de plus constaté que les patientes fumeuses de la population étudiée dont le conjoint est fumeur, ont une consommation globale plus importante que les patientes dont le conjoint est non fumeur.

Notre enquête est donc en accord avec les études précédemment réalisées sur les déterminants du tabagisme pendant la grossesse qui identifient l'entourage consommateur de tabac comme facteur favorisant le tabagisme gravidique. Ceci, montrant alors l'importance de la prise en charge non seulement de la patiente mais aussi de son entourage.

2.1.4 Implications dans la pratique professionnelle

Dans notre pratique professionnelle, il est recommandé par la Conférence de Consensus (3) de se renseigner systématiquement, chez toutes les patientes, sur le statut tabagique de son conjoint. Le fait qu'une patiente n'est pas fumeuse ne doit pas nous faire oublier que son entourage l'est peut-être.

Le dossier AUDIPOG, utilisé au Pôle Mère-Enfant du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, permet de reporter cette information à la rubrique « Consommation de produits toxiques ». Il faudrait, en plus, rechercher si des dispositions ont été prises pour ne pas exposer la femme enceinte : maison strictement non fumeur et non pas une pièce dédiée à l'intérieur de la maison au tabagisme type garage, voiture strictement non fumeur même si la patiente ne s'y trouve pas en présence de son conjoint... Cette information peut être transcrite dans l'encadré laissé vierge à cette rubrique.

On pourrait également aller au-delà en renseignant, dans ce même encadré, le statut tabagique de l'entourage que côtoie la patiente (famille, amis, collègues de travail).

Cela nous permettrait de rappeler au couple que les risques liés au tabagisme passif sont les mêmes que ceux liés à un tabagisme actif pendant la grossesse. Il paraît important de sensibiliser la femme enceinte à l'évitement de ces sources.

On pourrait établir une plaquette informative relative au tabagisme passif pendant la grossesse, que l'on distribuerait à toutes les femmes quel que soit leur statut tabagique.

Enfin, cette information sur l'intoxication oxycarbonée liée au tabagisme passif doit également porter sur les autres sources d'intoxication au CO : pollution extérieure liée aux émanations des pots d'échappement mais surtout pollution domestique en particulier d'octobre à mars (chaudières et chauffe-eau, chauffages d'appoint...). Le professionnel peut renvoyer la patiente à la consultation du dossier de presse de l'Inpes et du Ministère de la Santé et des sports sur l'intoxication au CO dans l'habitat. **(51)**

Les recommandations de la Conférence de consensus « Grossesse et Tabac » de 2004, **(23)** suggèrent que le conjoint doit être impliqué dans les différentes démarches de sevrage tabagique, entant qu'il peut être un obstacle au sevrage tabagique de sa compagne. Son rôle est essentiel aussi bien pour soutenir sa femme dans sa démarche d'arrêt, mais aussi pour sa propre santé et celle du futur bébé. Il est recommandé de dépister son intoxication au CO en mesurant chez lui aussi le taux de CO expiré et de proposer de prendre en charge son sevrage tabagique conjointement ou en parallèle de celui de sa compagne.

Enfin, pourquoi ne pas établir une plaquette informative destinée au futur père fumeur afin de les informer et les sensibiliser à ce problème pour mieux les impliquer ?

3 Les femmes enceintes fumeuses au troisième trimestre de la grossesse : déterminants de la poursuite du tabagisme

Nos résultats montrent qu'un peu plus de la moitié (53.5%, n=23) des patientes fumeuses a envisagé de s'arrêter de fumer pendant la grossesse. Si on interroge les adultes fumeuses, la grossesse et la naissance d'un enfant sont les premières raisons citées qui pousseraient à l'arrêt du tabac avant la prise de conscience des conséquences du tabac sur la santé et la peur de tomber malade. **(52)** On peut alors se demander pourquoi les patientes fumeuses de notre population le sont encore.

3.1 Caractéristiques générales du groupe des patientes fumeuses de la population étudiée

Nous avons émis, au départ, les hypothèses suivantes : les patientes qui poursuivent leur consommation tabagique pendant la grossesse sont plus jeunes que celles qui ne fument pas lors de cette période et appartiennent à un niveau socio-économique (niveau d'étude, situation professionnelle et CSP) plus faible que les non-fumeuses enceintes.

3.1.1 Niveau socio-économique

Globalement le niveau socio-économique des patientes fumeuses de la population étudiée est inférieur à celui des patientes non fumeuses. Cela correspond au résultat attendu.

L'Inpes, dans son dernier rapport sur les inégalités sociales de santé **(53)**, fait le constat que la prévalence tabagique est liée à la situation sociale. Le tabagisme se concentre de plus en plus dans les milieux défavorisés. **(54)**

L'explication donnée est que les plus démunis, qui sont aussi le plus souvent les moins diplômés, pourraient avoir plus de difficulté à comprendre les informations préventives sur les risques du tabagisme. De fait, un faible niveau scolaire est souvent corrélé à une sous-estimation de ces risques.

Nos résultats montrent en effet que les patientes fumeuses de notre population ont un niveau d'études moins bon que celui des patientes non fumeuses. De moins bonnes connaissances sur l'impact du tabagisme pendant la grossesse pourraient impliquer une sous-estimation du risque encouru et donc un renoncement à un sevrage tabagique total.

En ce qui concerne la situation professionnelle de la population étudiée, la répartition selon le statut tabagique est identique, ce qui ne correspond pas aux résultats attendus. On peut tout d'abord expliquer cette discordance par un biais de sélection. En effet, il est probable que le manque d'effectifs ne permet pas de représenter suffisamment la population active inoccupée ainsi que la population inactive. On peut ensuite émettre l'hypothèse que le fait de travailler ou pas n'est pas à lui seul un déterminant suffisant pour expliquer le comportement tabagique. Il doit être couplé aux autres indicateurs du niveau socio-économique.

Quant à la CSP, les patientes fumeuses appartiennent à des CSP moins aisées que les patientes du groupe des non fumeuses.

Les principales études retenues sur les déterminants de la poursuite ou de la cessation du tabagisme pendant la grossesse mettent en évidence qu'un des principaux facteurs favorisant de la poursuite du comportement est l'appartenance à un bas niveau socio-économique. Notre population de fumeuses ne fait certes pas partie des niveaux socio-économiques les plus bas mais il est intéressant de noter la différence avec notre population de non fumeuses qui va dans le sens de ces études et dans le sens du gradient évoqué ci-dessus par le rapport de l'Inpes.

3.1.2 Age

A propos de l'âge des patientes de la population de l'étude, les patientes fumeuses sont plus jeunes de 1.4 ans par rapport aux patientes non fumeuses, ce qui va dans le sens de la confirmation de l'hypothèse de départ selon laquelle les patientes qui poursuivent leur consommation tabagique pendant la grossesse sont plus jeunes que celles qui ne fument pas lors de cette période.

Les diverses études retenues sur les déterminants de la poursuite du tabagisme pendant la grossesse évoquent le jeune âge comme un facteur favorisant le maintien de ce comportement.

Le rapport de L'INED (Institut national d'études démographiques) « Situations familiales et fécondité selon le milieu social. Résultats à partir de l'enquête EHF de 1999 », publié en juillet 2002 sous la direction de Magali Mazuy (55), établit que les femmes de bas niveau socio-économique et surtout les moins diplômées, ont leurs enfants beaucoup plus jeunes que les femmes appartenant à un milieu plus favorisé et ayant un meilleur niveau d'étude. Le bas niveau socio-économique étant pourvoyeur de consommation tabagique, on peut comprendre que les patientes fumeuses de notre population sont plus jeunes que les non fumeuses dont le niveau socio-économique est meilleur.

Cette question de l'âge est importante car, on l'a vu avec les résultats du baromètre santé 2010 (26), en moyenne 32% des femmes âgées de 15 à 44 ans, donc en âge de procréer, sont fumeuses. Il s'agit d'un problème de santé publique qui est, on le voit, toujours d'actualité malgré les campagnes de prévention.

Des messages d'information et de prévention doivent donc être émis à l'égard des nulligestes.

3.1.3 Parité

Nos résultats ont mis en évidence que la majorité des femmes fumeuses de la population étudiée (94.1%), qui avaient déjà été enceintes, ont fumé pendant cette précédente grossesse. Plus de la moitié (n=20) d'entre elles estiment que cela n'a pas eu d'impact sur la santé de leur enfant.

Parmi les études choisies portant sur les déterminants de la poursuite du tabagisme pendant la grossesse, on retrouve que les multipares qui ont fumé lors de précédentes grossesses et qui ont eu une grossesse et un accouchement physiologique ainsi qu'un enfant en bonne santé, sont moins motivées pour arrêter de fumer. (33)

Comme ce sont des patientes qui ont diminué leur consommation, on peut évoquer l'hypothèse d'une fausse croyance en un seuil en-deçà duquel le tabagisme est exempt de nocivité en ce qui concerne la grossesse et le fœtus. En effet, à la question « Fumer une

cigarette de temps en temps n'a pas de conséquence sur la grossesse. », la majorité (n= 27) des patientes fumeuses se trompe.

Cependant, à la question « Fumer une cigarette de temps en temps n'a pas de conséquence sur le fœtus », un peu plus de la moitié (n= 23) des patientes fumeuses de la population étudiée a bien répondu.

Ces deux éléments paraissent en contradiction. On peut alors penser que les patientes qui ont été et sont fumeuses pendant la grossesse accordent plus de crédibilité à leur propre expérience qu'au discours médical et minimisent le risque lié à leur statut tabagique. Elles savent qu'en théorie même une consommation tabagique occasionnelle fait courir des risques au fœtus mais leur expérience les confirme dans l'idée d'une inconstance de ce risque. Elles reproduiraient alors leur comportement à l'occasion d'une nouvelle grossesse.

Nous traiterons ultérieurement de façon plus exhaustive la question des connaissances des femmes enceintes fumeuses de notre population.

Les professionnels de santé qui rencontrent les patientes en amont d'un projet de grossesse ont donc une place privilégiée pour informer les jeunes femmes et les accompagner vers un sevrage tabagique.

L'idéal serait que l'arrêt du tabac soit effectif avant la première grossesse.

3.1.4 Co addictions

L'association de co-addictions est décrite, dans les études choisies sur les déterminants du tabagisme gravidique, comme étant un facteur de poursuite du tabagisme pendant la grossesse.

Dans notre étude, aucune patiente ne présente de co-addiction. On ne peut donc pas étudier ce facteur en tant que déterminant du tabagisme lors de la grossesse.

3.1.5 Implications quant à la pratique professionnelle

Nos résultats vont dans le sens des études choisies sur les déterminants de la poursuite du tabagisme pendant la grossesse. Elles soulignent toutes l'importance de l'identification de ces facteurs dans la prise en charge des femmes fumeuses enceintes (ou désireuses de l'être)

afin de mieux adapter les interventions d'aide à l'arrêt et augmenter les chances de sevrage tabagique.

Il est donc intéressant à ce titre, en tant que professionnel de santé, de remplir systématiquement et exhaustivement les items du dossier AUDIPOG de la rubrique « Renseignements sociodémographiques » afin d'identifier les patientes qui sont plus à risque de poursuivre leur consommation tabagique ou de rechuter si elles ont arrêté seules (faible niveau socio-économique, jeune âge). Cela permettra au professionnel d'adapter l'information délivrée à la patiente lors de la toute première rencontre et l'orienter peut être d'emblée auprès d'un tabacologue.

Il est à noter que dans la rubrique « Renseignements sociodémographiques » du dossier AUDIPOG peut être renseigné la situation familiale. Cet élément a également été identifié par les études choisies pour les comparer à notre travail comme un facteur intervenant dans la poursuite ou l'arrêt du tabagisme pendant la grossesse : une situation familiale exposant à la solitude (célibat, séparation, divorce) est un facteur de poursuite du tabagisme pendant la grossesse. Cependant, les résultats obtenus ici ne nous permettent pas d'évaluer l'impact d'une situation de solitude sur le statut tabagique et de faire le rapprochement avec la composante psychologique puisque 75% des patientes fumeuses vivent en couple.

Il serait également intéressant de savoir si la patiente a déjà fumé lors d'une grossesse précédente. Si c'est le cas, on pourrait lui proposer d'emblée de rencontrer un tabacologue.

Il est enfin important d'adapter l'information délivrée à la patiente quant au tabagisme pendant la grossesse, afin d'éviter la logique de minimisation du risque. Le seul objectif à évoquer par le professionnel de santé est celui d'un arrêt complet du tabagisme. Il est donc important que les professionnels de santé ne proposent plus la stratégie de réduction dite des « 5 cigarettes » où 5 cigarettes par jour étaient considérées comme peu nocif, voire moins délétère que le stress d'un sevrage complet, fausse croyance souvent retrouvée dans le discours des femmes enceintes fumeuses. Elle peut s'envisager sur une courte période si elle prépare l'arrêt mais ne doit pas être un objectif en soi.

En effet, l'intoxication reste souvent la même car la fumeuse inhale alors beaucoup plus profondément chaque bouffée de cigarette. C'est le phénomène de l'autotitration. La patiente, qui a diminué le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, fume plus

profondément et jusqu'au bout les cigarettes conservées afin de compenser le « manque à fumer » de nicotine. On pourra alors avoir des taux de CO expiré qui ne diminuent pas malgré une réduction du nombre de cigarettes consommées. L'intoxication que subit la mère et le fœtus qu'elle porte sera dans ce cas la même avant et après diminution de la consommation.

On pourrait proposer l'élaboration d'une plaquette informative à l'usage des patientes qui expliquerait, en des termes simples et accessibles à toutes, les conséquences du tabagisme pendant la grossesse.

3.2 Dépendance et motivation (23), (56)

Nous avons évoqué, pour comprendre les raisons de la poursuite du tabagisme tout le long de la grossesse, l'hypothèse selon laquelle les femmes qui continuent de fumer au troisième trimestre sont des fumeuses régulières qui ont une dépendance significative à la nicotine. Nous avons également émis l'hypothèse d'une motivation plutôt mauvaise au sevrage tabagique.

Nos résultats montrent que 100% des patientes fumeuses se sont déclarées fumeuses régulières (au moins une cigarette par jour, tous les jours) avant la grossesse et que parmi les 43 patientes fumeuses de la population, la majorité (77%, n = 33) présente une dépendance nicotinique moyenne à forte.

Nos résultats montrent que les patientes qui ont une dépendance nicotinique moyenne à forte ont une consommation tabagique quotidienne nettement plus importante que celles qui ont une dépendance faible ou nulle à la nicotine.

De plus, la principale raison évoquée (62.8%, n = 27) à l'absence d'arrêt du tabagisme par les patientes fumeuses (n = 43) de la population étudiée est l'impossibilité de réduire d'avantage leur consommation quotidienne. A 30.2% (en moyenne n = 13) les patientes évoquent comme raisons à l'impossibilité de se sevrer complètement le manque de motivation. A 14.6% (n = 6 en moyenne) sont évoqués l'absence d'envie de sevrage tabagique. Enfin, le fait d'avoir une consommation identique à celle d'avant la grossesse car la femme ne peut s'en passer, est une raisons évoquée par une minorité de patientes (n = 3 et n = 2)

Tous ces éléments cités sont le reflet d'une dépendance à la nicotine. « Le fait de continuer de fumer, alors qu'on a de bonnes raisons d'arrêter, est un signe de dépendance. Plus la dépendance est forte plus il est difficile d'arrêter de fumer. » **(4)**

Le fait que les patientes interrogées aient débuté précocement leur consommation (15.26 ans), ce qui correspond à une exposition tabagique d'une durée moyenne de 12 ans, vient alors renforcer la validation de l'hypothèse d'une dépendance nicotinique chez ces patientes.

La littérature retenue sur les déterminants de la poursuite du tabagisme pendant la grossesse montre que les grosses fumeuses et celles qui ont commencé tôt leur consommation, c'est-à-dire les femmes présentant une dépendance, auront tendance à continuer de fumer pendant la grossesse.

Il est primordial, dans notre pratique professionnelle, d'évaluer la dépendance pharmacologique afin de la traiter si besoin par les substituts nicotiques qui, depuis 1997, ont reçu l'AMM pour les femmes enceintes. Aux Etats-Unis le Surgeon General considère le tabagisme comme une maladie chronique qui implique que les patients qui arrêtent de fumer doivent bénéficier d'un traitement préventif des rechutes

Dans la population générale des fumeurs, les plus dépendants arrêtent d'autant plus facilement qu'ils sont traités par TSN à des doses élevées, alors que les fumeurs moins dépendants y arrivent aussi bien avec des doses plus faibles. **(57)** Etant donné que les femmes enceintes qui continuent de fumer sont probablement fortement dépendantes, il semble logique de penser qu'elles pourraient arrêter plus facilement de fumer avec une pharmacothérapie et qu'elles ont besoin pour cela de doses de nicotine relativement élevées, par rapport à celles utilisées chez des fumeurs moins dépendants. D'autant plus que le métabolisme de la nicotine est accéléré chez la femme enceinte. **(4)**

Le risque du TSN n'est pas nul mais il faut retenir qu'il est très négligeable par rapport à celui associé au tabagisme si la femme enceinte continue de fumer pendant la grossesse. La nicotémie liée aux TSN est 2 à 3 fois moins élevée que celle liée au tabagisme. Selon l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), ils ne présentent pas de risque tératogène.

Les TSN permettent d'éviter la toxicité des autres composants de la fumée de cigarette, en particulier le CO. En ce qui concerne la femme enceinte, apporter de la nicotine va saturer

ses récepteurs et éviter les effets liés au manque. De plus, le fait de ne pas associer nicotine et CO par l'inhalation de la fumée de cigarette permet de ne pas créer de nouveaux récepteurs à la nicotinique et par là de ne pas entretenir la dépendance.

Quant au fœtus, une étude a pu montrer que le poids moyen des enfants nés après 37 SA était significativement plus élevé dans le groupe traité par TSN que dans le groupe traité par placebo. De plus, la réduction de consommation de tabac associée à l'utilisation de TSN diminue les effets du tabagisme sur le RCIU. **(58), (59)**.

Il faut savoir que le plan cancer 2009-2013 a accordé depuis le 1^{er} janvier 2010 une augmentation du remboursement des traitements par substituts nicotiques pour les femmes enceintes. Le forfait remboursement passe de 50 à 150 euros.

3.3 Qualité du moral pendant la grossesse

Les résultats obtenus nous montrent que les patientes fumeuses de la population étudiée ont majoritairement un bon moral : les notes que ces patientes donnent à leur moral avant et pendant la grossesse sont celles correspondant à un bon moral (74.4% et 76.7%), la majorité (69.8%) n'ont jamais pris de tranquillisants ni d'antidépresseur, la grande majorité (93%) se sent bien entourée et soutenue par l'entourage proche, et pour la plupart d'entre elles (76.7%) elles déclarent avoir un bon vécu de leur grossesse, grossesse qu'elles avaient programmée.

A propos de ce dernier point, on peut se demander pourquoi, alors que la grossesse était programmée, un sevrage tabagique n'a pas été initié plus tôt puisqu'on sait que beaucoup de femmes sont motivées à l'arrêt du tabac durant cette période. **(4)** On pourrait proposer à ces femmes de rencontrer un tabacologue le jour où elles auront un nouveau projet de grossesse.

Notre étude, de part le manque d'effectifs, ne nous permet de juger ici de la pertinence de la qualité du moral de patientes en tant que déterminant de la poursuite ou de l'arrêt du tabagisme pendant la grossesse.

Cependant il est intéressant de remarquer que 30.2% (en moyenne n = 13) des patientes interrogées qui se déclarent fumeuses évoquent le stress et l'angoisse comme une des raisons à l'impossibilité de se sevrer complètement.

Les études retenues portant sur les déterminants de la poursuite du tabagisme pendant la grossesse identifient les comorbidités psychologiques (moral actuel, prise de psychotropes, antécédents anxiodépressif) comme des facteurs favorisant l'absence de sevrage tabagique pendant la grossesse et diminuant le désir d'arrêter de fumer. Les femmes encore fumeuses au jour de l'accouchement, par rapport à celles qui ont arrêté, sont caractérisées par des difficultés psychologiques plus importantes, un manque de soutien social, des antécédents de dépression et un stress pendant la grossesse plus fréquent. Il faut savoir que le stress est la première cause invoquée de reprise du tabac (75%) dans ces études.

Il paraît alors important de ne pas négliger les 30% environ de patientes fumeuses qui déclarent avoir déjà consommé des psychotropes. On peut penser que ces patientes ont une fragilité psychologique qui les expose à se servir des propriétés anxiolytiques de la cigarette et donc à poursuivre sa consommation pendant la grossesse.

Dans notre pratique professionnelle, dans le cadre de la prise en charge du tabagisme pendant la grossesse, il semble important de rechercher chez la femme enceinte un état anxiodépressif et de s'assurer de sa prise en charge par ailleurs. On pourrait l'évaluer rapidement en consultation prénatale en s'enquérant du moral de la patiente et en recherchant des antécédents de prescription de psychotropes. De plus, des outils existent, tel le test HAD (Hospital Anxiety and Depression), mais sont chronophages et donc peut être difficilement réalisables en consultation prénatale.

Il serait intéressant pour ces patientes de les orienter vers l'entretien du 4^{ème} mois et de leur proposer une préparation à la naissance qui permettrait peut être de diminuer le recours à la cigarette en tant qu'anxiolytique.

3.4 Connaissances

D'après les résultats obtenus, la plupart de ces femmes reconnaissent que le tabagisme, actif ou passif, est dangereux durant la grossesse pour son déroulement et qu'il expose le fœtus à une intoxication. Elles savent que son arrêt est bénéfique à tous les stades de la grossesse.

Cependant, ces notions, auxquelles les patientes fumeuses ont bien répondu pour la plupart d'entre elles, n'étaient évaluées que par 8 questions sur 20.

Aux 12 autres, la moitié n'avait pas de bonnes connaissances (élément le plus nocif de la cigarette pendant la grossesse, RPM, métrorragies, RCIU, prise en charge des TSN).

De plus elles ont de fausses croyances : 25% (n = 11) d'entre elles pensent que leur consommation actuelle ne présente pas de danger ou qu'il vaut mieux fumer plutôt que d'être stressée ou angoissée

L'hypothèse que nous avons évoquée au départ selon laquelle les femmes qui fument encore au troisième trimestre manquent de connaissances en ce qui concerne l'influence du tabagisme sur le déroulement de la grossesse, le bien-être fœtal et le domaine de substituts nicotiniques, a besoin d'être nuancée. Les patientes fumeuses de la population étudiée ont des connaissances diffuses mais peu précises quant au tabagisme pendant la grossesse.

Ce manque de connaissances quant aux conséquences précises du tabagisme pendant la grossesse est incriminé dans la poursuite du tabagisme à cette période par les études principales retenues sur le sujet. Par ailleurs, la littérature montre que les femmes qui continuent de fumer pendant leur grossesse ont tendance à en minimiser les risques (61). Seulement 30% d'entre elles pensent que le tabagisme est « très dangereux » pour leur enfant, alors que c'est le cas de 80% de celles qui arrêtent de fumer pour leur grossesse.

L'association les Droits des Non Fumeurs, a mis en place l'Observatoire des perceptions et comportements de la femme enceinte face au tabac sur les forums Internet féminins (62). Il révèle que, pour les femmes, fumer avant ou pendant la grossesse est un comportement considéré comme dangereux, mais sans qu'elles puissent préciser vraiment pourquoi.

Il révèle également que dans les forums, l'expérience est très valorisée, au point d'être utilisée pour ignorer les informations apportées par les professionnels de la santé : pour ces

mères le poids de leur vécu ou le vécu des proches est plus valable que les données scientifiques. De ce fait, elles construisent des discours parsemé d'idées fausses, très contradictoires, tiraillés entre culpabilité et remords.

Bien que le manque d'effectifs ne nous permet pas de généraliser ces résultats, ils ne sont pas pour autant négligeables et peuvent nous amener à nous interroger en tant que professionnels de santé sur l'impact des messages que nous délivrons aux patientes quant au tabagisme pendant la grossesse. N'aurions-nous pas tendance à trop simplifier l'information en ne gardant que la formule essentielle : « fumer nuit à votre santé et à celle de votre bébé » ? On s'expose alors à une sous-information des patientes, qui expliquerait cette minimisation des risques liés au tabagisme pendant la grossesse et la logique de diminution de la consommation plutôt que celle du sevrage total. Ces patientes pourraient également se retourner contre les professionnels de santé pour ce manque d'informations, et on pense ici surtout aux cas d'infirmité motrice d'origine cérébrale dans lesquelles le tabagisme gravidique a un rôle à jouer de plus en plus établi. (63), (64)

3.5 Accompagnement au sevrage tabagique par les professionnels de santé

Rappelons que les informations recueillies ont pour source le discours des patientes. On ne prétend pas saisir de la sorte l'exacte réalité de la prise en charge du tabagisme pendant la grossesse par les professionnels. Aucune patiente n'a évoqué l'absence d'aide proposée comme raison de la poursuite de leur tabagisme pendant la grossesse.

3.5.1 Conseil minimal

D'après les déclarations des patientes fumeuses de la population étudiée on constate que le conseil minimal leur a été fait en majorité (n = 23) au moins une fois par le ou les professionnels de santé rencontrés.

Ce constat est positif et est le signe que le conseil minimal est un outil utilisé fréquemment par les professionnels de santé face aux patientes fumeuses enceintes.

Dans un premier temps, le rôle du soignant doit être celui d'aider la femme à évoluer dans sa maturation du sevrage tabagique. Il est essentiel que tous les professionnels de santé continuent de donner le conseil minimal pour chaque patiente qu'ils rencontrent.

3.5.2 Mesure du Co expiré

La majorité (n = 35) des patientes fumeuses de la population étudiée déclare qu'on ne leur a jamais mesuré leur taux de CO expiré en dehors de la mesure ayant servi à notre enquête.

Dans l'idéal, le conseil minimal devrait être suivi de la mesure du CO expiré. Ces deux éléments associés sont des déclencheurs d'une décision d'arrêt du tabac pendant la grossesse, par la prise de conscience de leur degré d'intoxication. **(65)**

Quand nous avons constaté le manque d'effectifs recrutés lors de l'enquête, nous avons abordé la question de la raison pour laquelle les professionnels ne mesurent pas systématiquement le taux de CO expiré. Le lecteur est renvoyé au paragraphe « Critique des modalités de l'enquête par questionnaire associé à la mesure du CO expiré » (paragraphe I.1.a., page 4).

3.5.3 Informations sur la toxicité de la cigarette, les conséquences du tabagisme pendant la grossesse et sur les outils d'aide au sevrage tabagique

Près de la moitié des patientes fumeuses de la population étudiée (n = 20) déclarent ne jamais avoir reçu d'information quant à la substance la plus nocive de la cigarette pendant la grossesse ; et plus de la moitié des patientes fumeuses de la population étudiée (n = 23) déclarent ne jamais avoir reçu d'information sur les risques et les conséquences du tabagisme pendant la grossesse. Enfin, la moitié des patientes fumeuses de la population étudiée (n = 21) déclarent ne jamais avoir reçu d'information sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac.

Nous devons prendre avec précaution ces déclarations car elles font appel aux souvenirs des patientes, et rien ne nous permet de déterminer quels ont été réellement les messages d'information délivrés.

Il ne faut tout de même pas négliger ces résultats et se poser la question de la suffisance et de la force des messages que nous délivrons en tant que professionnels de la santé sur le tabagisme pendant la grossesse. Certaines informations ne seraient-elles pas omises par crainte de culpabiliser démesurément la patiente ?

Il pourrait être intéressant, afin d'améliorer la communication sur le tabagisme per gravidique, d'interroger les professionnels de santé sur les messages qu'ils délivrent aux patientes et leur façon de les délivrer (oral, support écrit...).

L'intervention brève consiste à procéder au conseil minimal, mesurer le taux de CO expiré et délivrer une information non seulement sur les effets néfastes du tabagisme pendant la grossesse mais aussi sur l'existence de possibilité d'aide au sevrage tabagique et sur la possibilité d'utilisation des substituts nicotiniques chez la femme enceinte. Cette intervention, si elle est maîtrisée par le professionnel de santé, permet une amélioration de la prise de conscience par la femme de la nécessité du sevrage tabagique pendant la grossesse (66). Il pourrait être intéressant que les soignants qui rencontrent les femmes enceintes se forment à cet outil.

Les points 1 et 9 de la charte « maternité sans tabac » insistent sur l'importance de sensibiliser tous les professionnels de la périnatalité sur l'importance de la prévention et de la prise en charge du tabagisme parental pour améliorer la qualité des soins et de former les personnels volontaires à la prévention et à la prise en charge du tabagisme actif et passif pendant la grossesse. Les professionnels de santé peuvent se former en tabacologie soit par Diplôme Inter Universitaire (DIU) de tabacologie, soit par formation courte relative au tabagisme pendant la grossesse.

Désormais cette formation doit être initiée lors du cursus d'études des professionnels de santé. A l'école de Sages-Femmes de Bourg-en-Bresse, cela s'est matérialisé par l'intégration au programme de l'intervention de deux professionnels tabacologue.

Rappelons tout de même que l'état de grossesse correspond à un processus psychique complexe, dont on doit tenir compte lors de la prise en charge d'une femme enceinte fumeuse. On sait qu'en donnant des informations sur les risques du tabac, on crée une dissonance psychologique, exacerbée par un sentiment de culpabilité. On s'adresse à une femme fumeuse, mais aussi à une femme enceinte. Il s'agit alors d'instaurer un climat de confiance pour que les messages que nous voulons faire passer sur le tabagisme gravidique soient accueillis sereinement.

3.5.4 Outils d'aide au sevrage tabagique proposés

Plus de la moitié (n = 24) des patientes fumeuses de la population étudiée déclarent qu'on leur a proposé au moins une fois de rencontrer un tabacologue.

Ce constat est plutôt positif car signe une prise de conscience par les professionnels de santé que le sevrage tabagique, pour être un succès, a besoin pendant la grossesse d'être accompagné.

Il faut tout de même noter que 16 patientes fumeuses de la population étudiée déclarent ne jamais avoir été orientée vers un professionnel tabacologue. On peut se demander si l'information de la possibilité d'une prise en charge par un professionnel tabacologue n'a pas été noyée au milieu de tant d'autres informations que reçoivent les patientes pendant la grossesse ; les professionnels informent-ils leurs patientes de l'existence de consultation de tabacologie ?

La majorité (n = 32) des patientes fumeuses de la population étudiée déclarent qu'on ne leur a jamais proposé de TSN au cours de leur grossesse. Pourquoi les professionnels de santé ne leur en ont-ils pas prescrit ? Savent-ils qu'ils sont autorisés pendant la grossesse ? Ne maîtrisent-ils pas leurs modalités de prescription adaptées à la femme enceinte ? Pensent-ils que cela n'a pas d'utilité dans le sevrage tabagique de la femme enceinte ?

M. ADLER et collaborateurs (23) soulignent qu'une des causes de la sous-utilisation des substituts nicotiniques est le manque d'information des soignants concernant ces traitements, et la peur qu'ils s'agissent de médicaments dangereux pour le fœtus.

3.5.5 Implications quant à la pratique professionnelle

Ce qu'il faut retenir ici n'est pas l'existence d'un défaut d'accompagnement. En effet, pour répondre à l'hypothèse selon laquelle les patientes ne parviennent pas à s'arrêter de fumer parce qu'elles ne sont pas suffisamment accompagnées dans la démarche de sevrage par les soignants, il faudrait également réaliser une enquête auprès des professionnels de santé.

Pourrait-on améliorer la qualité de transmission des informations délivrées aux patientes fumeuses ?

Il est important que, pour qu'un message soit intériorisé, il soit répété plusieurs fois à l'oral de manière courte, selon des modalités différentes, et que cette parole vienne se renforcer par un support écrit facilement accessible. Le conseil minimal et l'intervention brève, renforcés par la distribution d'un document écrit, double le taux d'arrêt **(23)**. La mesure du taux de CO expiré à chaque consultation est l'occasion de répéter les messages et d'amorcer un échange sur le tabac avec la patiente.

On voit alors l'importance que le conseil minimal, la mesure du taux de CO expiré et l'intervention brève soient des outils maîtrisés par les professionnels de santé. Ils permettent de sensibiliser les patientes à la nécessité d'un sevrage qui doit être accompagné et personnalisé grâce à l'aide d'un professionnel tabacologue. Cependant ces trois outils cités peuvent être chronophages et décourager les soignants.

Il serait alors intéressant de travailler sur des messages courts, clairs, précis et de s'appuyer sur un support écrit de même qualité qui informe des risques et des possibilités de prise en charge (consultations de tabacologie avec contacts et plages horaires) du tabagisme pendant la grossesse. Pour les informer, on pourrait partir des principales fausses croyances des patientes et y répondre.

Au Pôle Mère-Enfant du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse, il est fait référence aux consultations de tabacologie dans le livret d'accueil délivré lors de la déclaration de grossesse. Cette information est-elle suffisante ?

Pourrait-on mettre en place une plaquette informative uniquement relative au tabagisme pendant la grossesse et à sa prise en charge au Pôle Mère-Enfant, que l'on donnerait également lors de la déclaration de grossesse ?

4 Idées retenues pour la prise en charge du tabagisme chez les femmes enceintes

Rappelons que le C.H. Fleyriat de Bourg-en-Bresse a signé, en 2006, la Charte « Hôpital sans tabac », ce qui l'encourage à mettre en place les divers éléments de cette charte (engagements, communication, éducation et prévention, aide au sevrage...). Cette charte insiste sur la prise en charge globale du tabagisme des patients mais aussi des familles et des équipes soignantes (formations des équipes, exemplarité des soignants, respect de la législation).

Pour ce faire, les professionnels de santé rencontrant les femmes enceintes mais également les femmes en âge de procréer ou ayant un projet de grossesse, sont des acteurs privilégiés. Dans le but d'une prise en charge consensuelle, il est nécessaire qu'ils se réfèrent aux recommandations de la Conférence de Consensus « Grossesse et Tabac » de 2004.

Notre travail et la discussion qui en a découlée nous permet de cibler certains éléments de la prévention et de la prise en charge du tabagisme per gravidique, qui nous paraissent essentiels à la lumière des déterminants de la poursuite du tabagisme pendant la grossesse, que nos résultats nous ont permis d'évoquer.

4.1.1 Prévention : promouvoir la santé chez les jeunes femmes et celles en âge de procréer

Les complications obstétricales liées au tabagisme représentent un enjeu majeur de santé publique, considérant que 22% des femmes enceintes fument en France, ce qui est le plus mauvais résultat européen. Leurs coûts avaient été estimés au Etats-Unis en 1993 entre 135 et 137 millions de dollars **(68)** Ainsi, la prévention du tabagisme a été retenue parmi les dix priorités de la conférence nationale de santé en 1998 et le plan cancer (mars 2003) a inclus parmi ses priorités la lutte contre le tabagisme des femmes enceintes (mesure 10 : information dans les maternités, sensibilisation du personnel soignant, accès aux consultations de sevrage).

On sait que 36% des femmes sont fumeuses avant une grossesse. **(69)**

Il est donc encore nécessaire d'insister sur le fait que les programmes et actions qui s'adressent à ces femmes en âge de procréer, et qui sont susceptibles d'éviter ou de diminuer le tabagisme pendant la grossesse, sont essentiels. Continuons à rappeler qu'ils doivent être

relayés par les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne car ils sont des acteurs privilégiés du système de santé.

Les acteurs de santé concernés sont **(70)** :

- Le pédiatre, premier maillon de la chaîne d'information de la jeune fille sur les risques du tabagisme.
- Le médecin scolaire, pivot et conseiller au sein de la structure éducative.
- L'infirmière scolaire.
- Le médecin traitant, qui sera peut-être le premier à prescrire la pilule et dont le rôle doit être de prévenir les risques de l'association avec le tabac, lors de la première prescription et chaque renouvellement.
- Le gynécologue, dans le même contexte que le médecin généraliste ou à l'occasion d'un évènement intercurrent.
- Tout médecin ou infirmière en relation avec une femme fumeuse et trouvant la possibilité de glisser le conseil minimal.
- Le pharmacien et le chirurgien dentiste.

A l'heure actuelle, il est nécessaire d'ajouter à cette liste la sage-femme puisque de part le récent élargissement de ses compétences dans le domaine du suivi gynécologique et de la contraception, elle est désormais amenée à rencontrer les femmes en amont d'une grossesse et de participer activement à la prévention du tabagisme gravidique.

Le conseil minimal devrait être proposé lors de toute rencontre avec une femme fumeuse en âge d'avoir un enfant. En effet, quitter le tabac avant la grossesse permet la meilleure protection de l'enfant, mais surtout permet à la femme de développer et d'intégrer au mieux une motivation interne, et de décider d'elle-même, pour elle-même, ainsi que pour ses enfants à venir.

Il conviendrait d'informer la femme des bénéfices qu'apporte pour elle l'arrêt du tabac (santé, ovulation de bonne qualité, réduction des risques de fausse couche ou de grossesse extra-utérine), mais aussi chez les partenaires (le tabagisme est une des causes impliquées dans l'hypofertilité masculine).

Une information précise quant aux conséquences du tabagisme pendant la grossesse devrait être délivrée chez les femmes qui consultent leur médecin ou sage-femme, lorsqu'elles envisagent une grossesse, afin de les sensibiliser au problème et de disposer ainsi les bases

d'un sevrage tabagique. A ce moment il serait bon de parler également du tabagisme passif et de ses conséquences identiques sur la grossesse et le fœtus, afin de déjà impliquer le conjoint et l'entourage dans une démarche de sevrage tabagique.

Plus tôt les futurs parents seront informés, plus vite ils pourront entrer dans une démarche de sevrage tabagique.

4.1.2 Etre formé...: engagement des professionnels de santé dans le traitement global du tabagisme de la femme enceinte

Les recommandations de la Conférence de Consensus « Grossesse et tabac » devraient profiter d'une diffusion plus large auprès des professionnels de santé pour que la femme enceinte n'échappe plus à une prise en charge du sevrage tabagique.

L'amélioration de la prise en charge du tabagisme de la femme enceinte passe par une meilleure formation des professionnels de santé. En effet, les professionnels de santé formés entraînent deux fois plus de patients dans la démarche de sevrage et les patients qu'ils suivent ont des chances de sevrage augmentées. **(70)**

Le professionnel de santé pourrait se former à l'intervention brève ou à la méthode des 5A, adaptée à la femme enceinte, et recommandée par la conférence de consensus « Grossesse et Tabac » **(71)**. Il s'agit d'une méthode réalisable dans la plupart des cabinets et établissements de santé qui assurent des soins prénataux, sans perturber les autres aspects des soins. Elle est adaptée pour une utilisation en routine lors des visites prénatales. Cette adaptation considère que des conseils brefs, de 5 à 10 minutes, proposés avec des supports spécifiques pour femmes enceintes, par un professionnel de santé formé peut augmenter les taux de sevrage de 30 à 70% comparé à aucune intervention. **(71)**. Cette approche sera complétée par une prescription de substituts nicotiques et l'avis d'un tabacologue si la patiente est très dépendante.

4.1.3 ...pour pouvoir informer : préciser l'information délivrée pendant la grossesse

On sait que les principales sources d'informations pour une femme enceinte sont les médias et principalement internet. Il y a une tendance des femmes à valoriser l'expérience plutôt que les discours des professionnels.

Ces vecteurs de communication sont essentiels pour les campagnes de prévention du tabagisme mais l'information qui y est véhiculée n'apparaît pas suffisante. En effet, les femmes ont des connaissances diffuses quant au tabagisme pendant la grossesse.

Nous devons donc développer des outils d'information clairs et complets quant aux risques et conséquences du tabagisme actif et passif per gravidique, et quant à la possibilité de prise en charge de ce tabagisme. Les brochures présentent de nombreux avantages puisqu'elles peuvent être diffusées au plus grand nombre. Elles sont utilisées en fonction des besoins de la patiente et sont réutilisables dans le temps. Enfin, elle donne à la femme la possibilité de retrouver des éléments abordés avec le professionnel de santé après avoir pris le recul nécessaire par rapport au temps de la consultation. Pour le professionnel, elles permettent de passer le temps disponible sur les points les plus importants, les informations complémentaires se trouvant dans le document. Des plaquettes sont par exemple proposées par l'Institut National de Prévention En Santé (INPES) (« Grossesse et tabac », « La composition de la fumée du tabac »...), ou par le Comité National contre le Tabagisme et la Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des personnels des santé (« Demain bébé... »)

Une information sur l'existence des consultations tabacologie a été insérée dans le fascicule d'accueil des femmes enceintes délivré lors de la première consultation au Pôle Mère-Enfant de Bourg-enBresse. On pourrait envisager de mettre à la disposition des patientes et des professionnels de santé, une plaquette informative plus exhaustive, réservée à la question du tabagisme pendant la grossesse, qu'on distribuerait à toutes les patientes en début de grossesse.

4.1.4 « Populariser » la mesure du taux de CO expiré

Un réel effort est à faire dans ce domaine.

La popularisation de cette mesure essentielle implique tout d'abord de pouvoir équiper d'avantage les services en analyseurs de CO, dont le coût n'est pas négligeable à l'acquisition (coût d'un appareil et de 1000 embouts TTC : 286 à 900 euros). L'idéal serait de doter chaque bureau accueillant des consultations prénatales. En salle d'accouchement le nombre d'analyseurs de CO est déjà suffisant.

Cette popularisation passe également par une implication de chaque professionnel de santé, qui doit modifier sa pratique routinière en y ajoutant un nouvel examen.

4.1.5 Identifier les facteurs de risque de la poursuite du tabagisme pendant la grossesse pour permettre une prise en charge plus adaptée

Rappelons que les déterminants mis en cause dans la poursuite du tabagisme pendant la grossesse sont :

- le jeune âge maternel,
- le bas niveau socio-économique et surtout un bas niveau d'étude impliquant des connaissances lacunaires,
- une vie solitaire,
- la multiparité avec antécédent de tabagisme gravidique,
- la fragilité psychologique et les événements stressants de la vie,
- le degré de dépendance,
- le tabagisme de l'entourage, surtout celui du conjoint,
- le défaut de suivi de la grossesse dont l'absence de préparation à l'accouchement.

Il paraît alors important de remplir systématiquement et exhaustivement les items du dossier AUDIPOG de la rubrique « Renseignements sociodémographiques » et « Contexte psycho-social » afin d'identifier les patientes qui sont plus à risque de poursuivre leur consommation tabagique ou de rechuter si elles ont arrêté seules. Cela permettra au professionnel d'adapter le degré d'information délivrée à la patiente lors de la toute première rencontre. De plus, ces renseignements l'inciteront d'autant à réitérer le conseil minimal, la

mesure du CO expiré et à orienter la patiente vers un professionnel tabacologue qui garantira une prise en charge adaptée.

Il est également essentiel d'en faire de même avec la rubrique « Consommation de produits toxiques » qui permet de relever les habitudes tabagiques de la patiente et le statut tabagique du conjoint. Il serait bon de rajouter dans l'encadré resté vierge, si le conjoint est fumeur, l'information selon laquelle des dispositions ont été prises ou non par rapport à l'environnement de la femme enceinte : on pourrait par exemple renseigner « maison non fumeur » ou « maison fumeur », « voiture non fumeur » ou « voiture fumeur ».

On pourrait également renseigner le statut tabagique de l'entourage proche de la femme enceinte (famille, amis, collègues de travail) en utilisant, par exemple, la formule « entourage fumeur ».

Enfin, si la patiente a déjà eu des enfants, il semble important de lui demander si elle a fumé à l'occasion de sa ou ses grossesses précédentes, et de reporter également cette information dans l'encadré vierge de la rubrique « Consommation de produits toxiques ».

Si la patiente est fumeuse et n'a jamais eu d'enfant, il est primordial d'initier le plus rapidement possible un sevrage tabagique, avec l'idée non seulement d'une action pendant cette grossesse mais aussi d'une prévention du tabagisme pendant les grossesses éventuelles à venir.

4.1.6 Prendre en charge le tabagisme passif

Nous parlons ici essentiellement du tabagisme du conjoint et de celui de l'entourage de la femme enceinte.

Nous avons évoqué précédemment l'importance de rechercher et de renseigner le statut tabagique de ces personnes.

Suggérons ici la nécessité de délivrer au couple, et pas seulement à la femme enceinte, une information sur les dangers du tabagisme passif pendant la grossesse et sur le nouveau-né. Pour cela il paraît important de rencontrer au plus vite le futur père afin de l'impliquer dans la démarche de sevrage tabagique. Il pourra, comme sa compagne, se faire le relai de cette information auprès des leurs proches si ceux-ci sont fumeurs.

On pourra lui proposer de dépister son intoxication au CO en mesurant chez lui aussi le taux de CO expiré et de prendre en charge son sevrage tabagique conjointement ou en parallèle de celui de sa compagne.

On pourrait également imaginer une plaquette informative destinée au futur père fumeur afin de les informer et les sensibiliser à ce problème pour mieux les impliquer.

4.1.7 Traiter la dépendance physique

Son évaluation, sa prise en charge et son traitement sont des outils primordiaux du succès du sevrage tabagique.

Le mini test de Fagerström permet d'évaluer la dépendance nicotinique de manière rapide. Il est donc facilement réalisable durant une consultation. Cela permettra d'orienter vers un des outils d'aide au sevrage tabagique.

Si la patiente présente un degré de dépendance nicotinique qui est, pour elle, un frein à l'arrêt du tabac, ou si les thérapeutiques précédentes ont échouées, le recours aux traitements substitutifs doit être envisagé.

Conclusion

Ainsi, les données obtenues nous ont permis de mettre en évidence certaines tendances quant aux déterminants de la poursuite du tabagisme pendant la grossesse, en ce qui concerne les patientes enceintes qui continuent de fumer et qui se présentent en consultation programmée ou d'urgence au Pôle Mère-Enfant du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse.

En ce qui concerne les patientes qui se déclarent fumeuses, il s'agit de patientes plus jeunes que les non fumeuses, dont le niveau socio-économique est inférieur. Les patientes qui sont au moins primipares ont déjà fumé pendant leur(s) précédente(s) grossesse(s) et n'ont pas perçu d'impact sur la santé de leur(s) enfant(s). Ce sont des fumeuses régulières qui ont un niveau de dépendance à la nicotine moyen à fort, dépendance évoquée comme le principal frein à un sevrage complet. Elles ont envisagé de s'arrêter pendant la grossesse mais leur motivation à le faire est moyenne à nulle. Ces femmes ont conscience du danger représenté par un tabagisme actif ou passif pendant la grossesse mais la moitié d'entre elles n'ont pas de bonnes connaissances et ont de fausses croyances qui les poussent à croire en une innocuité d'une certaine consommation quotidienne tabagique. On constate d'ailleurs que ces femmes ont toutes diminué leur consommation. Même si leur moral est bon et qu'elles vivent bien leur grossesse, elles évoquent le stress et l'angoisse comme une des principales raisons de leur statut tabagique pendant la grossesse, et 30% des femmes enceintes fumeuses interrogées ont un antécédent de prescription de psychotropes. L'entourage majoritairement fumeur, surtout en ce qui concerne le conjoint, est une autre raison retrouvée à la poursuite du tabagisme pendant la grossesse.

Ce tabagisme passif a permis d'expliquer les taux de CO expiré, significatifs d'un tabagisme actif, retrouvés chez les patientes qui se déclarent non fumeuses.

A propos des différents outils d'aide au sevrage tabagique qui ont été proposés aux patientes fumeuses de la population étudiée, le conseil minimal et l'orientation vers un tabacologue sont utilisés au moins une fois par les soignants. Dans la plupart des cas la mesure du taux de CO expiré n'a jamais été réalisée, et, près de la moitié des patientes fumeuses de la population étudiée déclarent ne jamais avoir reçu d'informations précises quant aux conséquences du tabagisme pendant la grossesse et quant aux outils d'aide à l'arrêt du tabac disponibles.

Il reste donc des femmes qui ont échappé à une prise en charge de leur tabagisme pendant la grossesse.

Les consultations prénatales peuvent être le lieu de l'entrée dans une démarche de sevrage.

L'idéal serait de procéder à une mesure du taux de CO expiré chez toutes les femmes, lors de chaque consultation, afin de diagnostiquer les intoxications oxycarbonées. Cela demande de disposer de davantage de CO analyseurs et d'implication de la part des professionnels pour intégrer cet examen aux autres examens de routine.

Les femmes à haut risque de tabagisme pendant la grossesse peuvent être identifiées par la connaissance des déterminants du tabagisme pendant la grossesse. Pour ces femmes, la consultation prénatale peut être l'occasion de l'entrée dans une démarche de sevrage.

Dans ce but, on peut réfléchir à des outils d'information sur le tabagisme per gravidique et sa prise en charge, facilement utilisables par les professionnels de santé en consultation prénatale et accessibles pour les patientes. Il s'agirait de guider le professionnel pour réaliser l'intervention brève et lui permettre d'évaluer rapidement le niveau de dépendance de la patiente afin de la sensibiliser à la nécessité de son traitement et de la prise en charge par un tabacologue. Cette intervention pourra être reprise, de manière plus succincte, à chaque consultation si la patiente poursuit son tabagisme et ne souhaite pas rencontrer de tabacologue.

Enfin, pour mieux évaluer cette prise en charge du tabagisme pendant la grossesse par les professionnels de santé, il serait intéressant de réaliser une enquête auprès d'eux sur leur pratique : Quel intérêt portent-ils au sujet du tabagisme pendant la grossesse ? Ont-ils connaissance des recommandations de la Conférence de Consensus ? Que proposent-ils à leurs patientes fumeuses ? Seraient-ils prêts à mesurer le taux de CO expiré de manière systématique ? Se sentent-ils à l'aise avec cette prise en charge ou pensent-ils que cela relève uniquement de la compétence du tabacologue ?

Références bibliographiques

- (1) MEKAOUI L., Le tabac, in Toubiana E-P, Addictologie clinique, 1^o édition, Ed. Puf, Paris, mars 2011, pp301-338.
- (2) Site internet du Réseau Hôpital sans Tabac disponible à l'U.R.L suivante :
www.hopitalsanstabac.org
- (3) Conférence de consensus Grossesse et tabac 7 et 8 octobre 2004 à Lille (Grand Palais) texte des recommandations (version longue) : Comment prendre en charge les femmes enceintes fumeuses ? Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction, Ed. Masson, Avril 2005, Vol. N° 34 – N° HS1, Paris.
- (4) LE HOUEZEC J., Quelles sont les interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction, 2005 ; 34(HSn°1) : 3S182-3S193.
- (5) DELCROIX M., GOMEZ C., MARQUIS P., GUIBERT J., Tabac, fertilité et grossesse, EMC.
- (6) DELCROIX M., La grossesse et le tabac, Que sais-je ? 4^{ème} édition, Ed. PUF, Paris, novembre 2007. **P5-15 : Histoire et aspects psychosociaux du tabagisme féminin en France.**
- (7) ROBKIN M.A., Carbone monoxide and the embryo. Department of Environmental Health University of Washington, Seattle, Etats-Unis, Int. J. Dev. Biol., 1997, 41, 2, 283-289.
- (8) LONGO LD. The biological effects of carbon monoxide on the pregnant women, fetus, and newborn infant. Am J Obstet Gynecol 1977 ; 129 : 69-103.
- (9) GOMEZ C., BEDIN I., DELCROIX M., Expired air carbon monoxide concentrations in mothers and their spouses above 5ppm is associated with decreased foetal growth. Prev. Med 2005 ; 40 : 10-5.
- (10) DELCROIX M., GOMEZ C., Résultats de 13 330 mesures de CO expiré lors de l'accouchement, La revue Sage-femme, 2006, 5 : 119-124.
- (11) CELERMAJER DS. et al. Cigarette smoking is associated with dose-related and potentially reversible impairment of endothelium-dependent dilation in healthy young adults. Circulation 1993 ; 88 : 2149-55.
- (12) NAEYE RL. Effects of maternal cigarette smoking on the fetus and placenta. Br J Obstet Gynaecol 1978 ; 85 : 732-7.)
- (13) WIDEMAN GL., BAIRD GH., BOLDING OT. Ascorbic acid deficiency and premature rupture of fetal membranes. Am JnObsts Gynecol 1964 ; 88 : 592-5.

- (14) HANRAHAN JP., TAGER IB., SEGAL MR., TOSTESON TD., CASTILE RG., VAN VUNAKIS H. et al. The effect of maternal smoking during pregnancy on early infant lung function. *Am Rev Respir Dis* 1992 ; 145 : 1129-35.
- (15) Tabac. Comprendre la dépendance pour agir, Expertise collective, Ed. Inserm, Paris 2004.
- (16) PERRIOT J., Quelles sont les données épidémiologiques concernant le tabagisme maternel et paternel ? Tabagisme maternel et paternel : l'excès de risque lié au tabagisme chez la femme enceinte, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*, 2005 ; 34(HSn°1) : 95-100.
- (17) COPPENS M., VINDLA S., JAMES D.K., SAHORA D.S, Computerized analysis of acute and chronic changes in fetal heart rate variation and fetal activity in association with maternal smoking, *American Journal Obstetric Gynecology* 2001 ; 185 : 421-6.
- (18) MARPEAU L., Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ? Tabagisme et complications gravidiques, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*, 2005 ; 34(HSn°1) : 3S130-3S134.
- (19) WINNICOTT D.W., De la pédiatrie à la psychanalyse, Editions Payot, Paris, 1969 ; pp284-291.
- (20) BYDLOWSKY M., La dette de vie, Itinéraire psychanalytique de la maternité, Ed. PUF, Paris, 1997, pp91-103.
- (21) DiClemente, C. C. and J. O. Prochaska . "Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance." *Addictive Behaviors*, 1982 ; 7: 133-142.
- (22) PELLE C., SCHALL J.-P., Modalités de mise en œuvre des outils de sevrage tabagique auprès des femmes enceintes ou des couples au cours des séances de préparation à la naissance., *Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction*, Ed. Masson, Avril 2005, Vol. N° 34 – N° HS1, Paris pp206- (3S206).
- (23) ADLER M., DAUTZENBERG E., GARELIK D., NGUYEN P., Modalités de mise en œuvre des différentes techniques efficaces d'aide à l'arrêt du tabac : auprès d'une femme ou d'un couple qui fume lors de la déclaration de grossesse, auprès d'une femme enceinte ou d'un couple fumeur en consultation prénatale et en hospitalisation. *Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction*, Ed. Masson, Avril 2005, Vol. N° 34 – N° HS1, Paris, pp 194-205.
- (24) DEMPSEY DA, BENOWITZ NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Saf* 2001 ; 24 : 277-322.

- (25) BENEWITZ NL, DEMPSEY DA. Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. *Nicotine Tob Res* 2004 ; 6 (suppl 2) : S189-S202).
- (26) Baromètre santé 2010, INPES.
- (27) European Perinatal Health Report 2008.
<http://www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report.pdf>.
- (28) RICHARDUS JH., GRAAFMANS WC., VERLOOVE-VANHORICK SP., MACKENBACH JP., EuroNatal International Audit Panel, EuroNatal Working Group. Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions : results of an international audit. *BJOG* 2003 ; 110 : 97-105.), 2003).
- (29) BRAILLON A., Violence during pregnancy. What about smoking ?, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2009 : 17).
- (30) MIGEON P-A., Grossesse et Tabac Connaissances et profil tabagique des femmes enceintes, Mémoire de fin d'études, Ecole de sages-femmes de Bourg-en-Bresse, juillet 2008.)
- (31) GRANGE G., BORGNE A., OUAZANA A., L'HUILLIRE J-P., VALENSI P., PEIFFER G., AUBIN H-J., THOMAS D., LEBARGYF., EL HASAOUI A. Taux de sevrage tabagique chez la femme enceinte en fonction du trimestre. *Gynécologie et Fertilité* n°34, 2006, 1126-1130.
- (32) HOUDEBINE E., GUILLAUMIN C., ROUQUETTE A., DAGORNE C., MADZOU S., FOURNIE A., URBAN T., FANELLO S., Le tabagisme gravidique. Etude descriptive et facteurs pronostiques d'arrêt du tabac pendant la grossesse., *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction* (2009) 38, 155-160.
- (33) CHAAYA M., AWWAD J., CAMPBELL O., ONA M.R., SIBAI A., KADDOUR A., Demographic and psychosocial profile of smoking among pregnant women in Lebanon : public health implications, *Matern Child Health Journal*, 2003 Septembre ; 7(3) : 179-186.
- (34) LU Y., TONG S., OLDENBURG B., Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy, *Health Promotion International*, Vol. 16 n°4.
- (35) PALMA S., PEREZ-IGLESIAS R., PARDO-CRESPOR., LLORCA J., MARISCALI M., DELGADO-RODRIGUEZ M., Smoking among pregnant women in Cantabria (Spain) : trend and determinants of smoking cessation, *BMC Public Health*, Avril 2007, 7 : 65.
- (36) DUCRET L., Quelles sont les données épidémiologiques concernant le tabagisme maternel et paternel ? Quelles sont les données épidémiologiques concernant le

- tabagisme et les co-addictions pendant la grossesse ?, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction, 2005 ; 34(HSn°1) : 55-66.
- (37) Surgeon General Report 2000.
- (38) DICLEMENTE C., DOLLAN-MULLEN P., WINDSOR R A., The process of pregnancy smoking cessation : implications for interventions, Tobacco Control 2009 ; 9 (Suppl III) : iii16-iii21.)
- (39) l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 (ENP) de B. BLONDEL et coll.
- (40) AUDIPOG
- (41) KREUTER M., Le sevrage tabagique au féminin, la FMC du Généraliste, Le Généraliste n°2299, vendredi 10 septembre 2004, 8p.).
- (42) DELCROIX M., GOMEZ C., MARQUIS P., GUIBERT J., Tabac, fertilité et grossesse, Journal de Gynécologie obstétrique, Ed. Masson, février 2007, p.1-16.
- (43) ROBKIN M.A., Carbone monoxide and the embryo. Department of Environmental Health University of Washington, Seattle, Etats-Unis, Int. J. Dev. Biol., 1997, 41, 2, 283-289.).
- (44) DAUTZENBERG M.-D., Perturbation des examens biologiques liés au tabagisme chez la femme enceinte : une porte d'entrée pour parler du tabac. Le point de vue d'un biologiste clinicien, Journal de Gynécologie Obstétrique, Ed. Masson, Avril 2006, Volume n°34 – HS1, p. 279-291.
- (45) United States Environmental Protection Agency. (1992), « *Respiratory health effects of passive smoking: lung cancer and other disorders* », (p 3-18). Washington, D.C: Indoor Air Division, Office of Atmospheric and Indoor Air Programs, Office of Air and Radiation.
- (46) COLLISHAW N., MELDRUM, H. (2003), « *Protection from second-hand smoke in Canada: Applying health science to occupational health and safety law* », Ottawa: Physicians for a Smoke-Free Canada.
- (47) REPACE J., KAWACHI I., GLANTZ S., (1999), « *Fact sheet on secondhand smoke* », 2nd European Conference on Tobacco or Health, 1st Iberoamerican Conference on Tobacco or Health.
- (48) U.S. Department of Health and Human Services. (1986), « *The Health Consequences of Involuntary Smoking: A Report of the Surgeon General* », Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health.
- (49) DELCROIX M., La grossesse et le tabac, Que sais-je ? 2^{ème} édition, Ed. PUF, Paris, Avril 2002, 126p.

- (50) DAUTZENBERG B., Le tabagisme passif, Direction générale de la santé, Paris, Ed. La documentation française, 2001, 200p.).
- (51) « Les intoxications au monoxyde de carbone concernent tout le monde. Les bons gestes de prévention aussi. », Dossier de presse Ministère de la Santé et des Sports, Inpes, septembre 2009 ;
- (52) Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Drogues et Dépendances. Indicateurs de tendance 2002. Paris : OFDT, Edition 2002.
- (53) Agence régionales de santé, Les inégalités sociales de santé, sous la direction de Bernard Basset.
- (54) La lettre de valorisation de l'ORS PACA, Cigarette et inégalités sociales : le tabagisme se concentre de plus en plus dans les milieux défavorisés, Regard Santé, n°20, 2009.
- (55) MAZUY M., « Situations familiales et fécondité selon le milieu social. Résultats à partir de l'enquête EHF de 1999 », INED (Institut national d'études démographiques), juillet 2002.
- (56) MEIER C., Substituts nicotiques et droit de prescription des sages-femmes, La Revue sage-femme, 2009, 8, 281-285.
- (57) TONNESEN P., FRYD V., HANSEN M., HELSTED J., GUNNERSEN AB., FORCHAMMER H. et al. Effect of nicotine chewing gum in combination with group counseling on the cessation of smoking. *New Eng J Med* 1988 ; 318 : 15-8.
- (58) DEMPSEY DA., BENOWITZ NL., Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Saf* 2001 ; 24 : 277-322.
- (59) BENOWITZ NL., DEMPSEY DA., Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. *Nicotine Tob Res* 2004 ; 6 (suppl 2) : S189-S202.
- (60) SALIZE H.J., MERKEL S., REINHARD I., TWARDELLA D., MANN K., BRENNER H. Cost-effective primary care-based strategies to improve smoking cessation. More value for money *Arch Intern Med* 2009 ; 1693 : 230-235 ;
- (61) COLEMAN T. ABC of smoking cessation : special groups of smokers. *BMJ* 2004 ; 328 : 575-7.
- (62) Rapport de l'Observatoire des perceptions et comportements de la femme enceinte face au tabac sur les forums Internet féminins :
www.grossessesanstabac.fr/descargar.php
- (63) LONGO LD., The biological effects of carbon monoxide on the pregnant woman, fetus, and newborn infant. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1977 ; 129 : 69-103.

- (64) DELCROIX M., GOMEZ C., MARQUIS P., Liens entre tabagisme maternel, hypoxie fœtale et risque de handicap de l'enfant, Responsabilité n°28, Décembre 2007.
- (65) DELCROIX M., GOMEZ C., Conseil minimal et mesure du monoxyde de carbone expiré chez les femmes enceintes : comment intégrer la promotion de la santé dans la prévention et l'accompagnement du tabagisme pendant la grossesse ?, Bulletin Education Patient santé, 2004, volume 22, n°2.
- (66) ROCHE AM., FREEMAN T., Brief interventions : good in theory but weak in practice. Drug Alcohol Rev 2004 ; 23 : 11-8.
- (67) ONCKEN CA., HATSUKAMI DK., LUPO VR., LANDO HA., GIBEAU LM., HANSEN RJ., Effects of short term use of nicotine gum in pregnant smokers. Clinical Pharmacology and Therapeutics 1996 ; 59 : 654-61.
- (68) ADAMS EK., YOUNG TL., Costs of smoking : a focus on maternal, childhood, and other short-run costs. Med Care Res Rev 1999 ; 56 : 3-29.
- (69) Rapport Européen Santé Périnatale 2008, Projet EURO-PERISTAT ; SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT, disponible sur [http : //www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report.pdf](http://www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report.pdf)).
- (70) STOEBCNER-DELBARRE A., LETOURMY F., Conduites à tenir pour aider les femmes enceintes à arrêter de fumer : rôles des professionnels de santé. Journal de Gynécologie Obstétrique, Ed. Masson, Avril 2006, Volume n°34 – HS1, p. 326-335.
- (71) GARELIK D., BASTIAN H., Vers un réseau des maternités sans tabac. Conc Med 1999 ; 121 : 514-5
- (72) MELVIN CL., DOLAN-MULLEN P., WINDSOR RA., WHITESIDE HP., GOLDENBRG RL., Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke : a review of the evidence. Tob Control 2000 ; 9 ; 80-4.
- (73) DELCROIX M., GOMEZ C., Substitutions nicotiques chez la femme enceinte : rapport bénéfices/risques, Sevrage tabagique Pratique, mai 2006, n°13.

Annexes

Annexe I : Auto-questionnaire d'enquête

Madame, Mademoiselle,

Je réalise mon mémoire de fin d'études sur le tabagisme pendant la grossesse. Pour ce faire, j'effectue une enquête auprès des femmes enceintes lors de l'admission en salle d'accouchement afin de déterminer les raisons pour lesquelles les femmes enceintes fumeuses poursuivent leur consommation tabagique pendant leur grossesse. Cette enquête est associée à une mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré qui reflète votre exposition tabagique au cours des 12 dernières heures. La sage-femme qui vous recevra effectuera cette mesure et recueillera ce questionnaire. **Le questionnaire et la mesure sont anonymes.**

Je vous remercie du temps que vous consacrerez à répondre à cette étude.

Aurélia Dupuis, Etudiante sage-femme

Cadre réservé à la sage-femme ou à l'étudiant sage-femme
 AGE GESTATIONNEL : _____ semaines d'aménorrhée
 MESURE DU CO DANS L'AIR EXPIRE : _____ ppm
 Temps écoulé entre cette mesure et la dernière cigarette fumée : _____ heures

INFORMATIONS GENERALES

- Actuellement fumez-vous ? Oui Non
- Si vous êtes fumeuse, avez-vous envisagé d'arrêter de fumer pour cette grossesse ? Oui Non
- Votre conjoint est : Fumeur Non fumeur
- Pendant votre grossesse avez-vous été exposée à la fumée de cigarette : **(plusieurs réponses possibles)**
 - de la part de votre conjoint de la part de vos amis
 - de la part de votre famille sur votre lieu de travail
- Quel est votre âge ? _____ ans
- Quelle est votre situation familiale ?
 - Mariée Séparée Célibataire
 - En couple (union libre) Divorcée
- Quel est votre niveau d'étude ?
 - Sans diplôme Niveau secondaire (lycée) Bac+2
 - CAP/BEP Baccalauréat Au-delà de Bac+2
- Quelle est votre situation professionnelle en dehors du congé maternité ?
 - Actif Mère au foyer Etudiant
 - Chômage Formation professionnelle Autre : _____
- Quel métier exercez-vous ? _____
- Vous bénéficiez de :
 - Sécurité sociale CMU
 - Mutuelle
- Combien d'enfants vivent dans votre foyer ? _____
Si vous ne fumez pas le questionnaire s'arrête ici. Je vous remercie de votre participation.
- Si vous avez fumé pendant votre ou vos précédentes grossesses, estimez-vous que cela a eu un impact sur la santé de votre ou vos enfants ? Oui Non

LE SUIVI DE VOTRE GROSSESSE

13. Votre grossesse a été suivie par :
 - Une sage-femme à l'hôpital Un gynécologue obstétricien de ville
 - Une sage-femme libérale Un médecin généraliste
 - Un gynécologue-obstétricien à l'hôpital Personne

COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS ?

14. Actuellement quelle note donneriez-vous à votre moral ? (entourez votre note)
Très mauvais moral 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très bon moral
15. Avant la grossesse quelle note auriez-vous donné à votre moral ?
Très mauvais moral 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très bon moral
16. Vous a-t-on, au cours de votre vie, prescrit les médicaments suivants ? :
 - Des tranquillisants Des antidépresseurs Aucun des deux
17. Estimez-vous être bien entourée et soutenue par vos proches ? Oui Non
18. Votre grossesse est :
 - Programmée (vous aviez décidé avec votre conjoint de tomber enceinte) Non programmée (vous n'aviez pas prévu de tomber enceinte)
19. Au sujet de cette grossesse, vous diriez que vous l'avez : (entourez votre note)
Très mal vécue 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très bien vécue

VOTRE CONSOMMATION TABAGIQUE AVANT LA GROSSESSE

20. Avant la grossesse vous étiez :
 - Fumeuse régulière (au moins une cigarette par jour, tous les jours) Fumeuse occasionnelle (moins de une cigarette par jour, tous les jours)
21. Si vous étiez fumeuse, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour, avant la grossesse ?
 - Moins de 5 De 11 à 20
 - De 5 à 10 De 21 à 30
 - Plus de 31
22. Le matin, avant votre grossesse, combien de temps après votre réveil fumiez-vous votre première cigarette ? _____
23. Si vous étiez fumeuse, à quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement ? _____ ans
24. Si vous avez déjà été enceinte, vous est-il arrivé de fumer pendant votre ou vos grossesses(s) précédentes ? Oui Non

VOTRE CONSOMMATION TABAGIQUE ACTUELLE

25. Combien de cigarettes par jour fumez-vous actuellement ?
 Moins de 5 De 11 à 20 Plus de 31
 De 5 à 10 De 21 à 30
26. Avez-vous consommé de l'alcool :
 Moins d'une fois par semaine en dehors de la grossesse Au moins un verre depuis le début de la grossesse
 Au moins une fois par semaine en dehors de la grossesse Zéro verre depuis le début de la grossesse
 Jamais consommé d'alcool
27. Consommez-vous, de façon occasionnelle ou régulière, autre chose que du tabac (exemple: cannabis...)?
 Oui, en dehors de la grossesse Non
 Oui, pendant et en dehors de la grossesse
28. A quel point est-il important pour vous d'arrêter de fumer pendant la grossesse ? (entourez votre note)
Pas important du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très important
29. Quelle note donneriez-vous à votre motivation à arrêter de fumer ?
Pas de motivation du tout 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très grande motivation
30. Selon vous, quelles sont **la ou les** raisons qui expliquent que vous n'avez pas arrêté de fumer ?
 J'ai réduit ma consommation et je n'arrive pas à diminuer plus.
 Je fume le même nombre de cigarette qu'avant ma grossesse car je n'arrive pas à m'en passer.
 Je continue de fumer parce que je manque de motivation pour m'arrêter.
 Je continue de fumer parce que c'est trop dur d'arrêter alors que mon conjoint/mon entourage fume.
 Je continue de fumer parce que je n'ai pas envie d'arrêter
 J'ai diminué ma consommation et le peu de cigarettes que je fume n'est pas dangereux pour ma grossesse ou mon bébé.
 Je continue de fumer parce que je ne vois pas l'intérêt de m'arrêter pendant la grossesse.
 C'est trop dur de s'arrêter de fumer parce que je suis trop stressée/angoissée.
 Je continue de fumer parce qu'il vaut mieux fumer que d'être stressée ou de prendre du poids.
 Cette grossesse m'impose déjà trop de contraintes pour que j'arrive à arrêter de fumer.
 Je continue de fumer parce qu'il est trop dur de s'arrêter toute seule et on ne m'a pas proposé d'aide.

Si vous le souhaitez vous pouvez faire un commentaire :

Je n'ai pas arrêté de fumer parce que _____

L'AIDE A L'ARRET DU TABAC

31. Pendant votre grossesse vous avez rencontré des professionnels de santé (médecins, sages-femmes...). Le tableau ci-dessous répertorie les différentes questions qu'ils auraient pu être amenés à vous poser sur votre tabagisme et les différentes aides qu'ils auraient pu être amenés à vous proposer.
Cochez ce qui vous a été demandé ou proposé à chaque mois de votre grossesse.

Mois de grossesse	1 ^o au 3 ^o mois						4 ^o mois						5 ^o mois						6 ^o mois						7 ^o mois						8 ^o mois						9 ^o mois											
On vous a demandé si vous fumiez	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
On vous a demandé si vous souhaitiez arrêter de fumer	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
On vous a conseillé d'arrêter de fumer	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
On vous a fait souffler dans un CO testeur pour mesurer votre intoxication au monoxyde de carbone	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
On vous a donné des informations sur ce qui est dangereux dans la cigarette pour la grossesse et votre bébé	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
On vous a donné des informations sur les risques et conséquences du tabagisme pendant la grossesse	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
On vous a donné une information orale ou écrite sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
On vous a proposé de rencontrer un ou une tabacologue en consultation	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
On vous a suggéré d'autres méthodes d'aide à l'arrêt au tabac (thérapie comportementale et cognitive, rencontre avec un psychologue, acupuncture, l'hypnothérapie...)	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					
On vous a proposé la prescription d'un traitement de substitut de la nicotine (patch, gomme, comprimé, inhalateur...)	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>					

POUR TERMINER : QUIZZ « QUE SAIS-JE DU TABAC PENDANT LA GROSSESSE ? »

32. Selon vous, **l'élément le plus dangereux** dans la cigarette pendant la grossesse c'est : (une seule réponse possible)
 La nicotine La fumée de la cigarette
 Le goudron Le filtre
 Le papier Les autres substances toxiques de la cigarette
33. Comment les substituts nicotiniques (patches, gommages...) sont-ils pris en charge par la sécurité sociale ?
 Remboursement à 100% Forfait de 150 euros
 Forfait de 50 euros Entièrement à la charge de la patiente

34. Selon vous, à propos du tabac et de la grossesse :	TOUT-A-FAIT D'ACCORD	PLUTOT D'ACCORD	PLUTOT PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD
Fumer peut : entraîner des anomalies au niveau du placenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
: entraîner une rupture prématurée de la poche des eaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
: entraîner des saignements en fin de grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumer une cigarette de temps en temps n'a pas de conséquence sur la grossesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si on ne s'arrête pas au début de la grossesse ça ne sert plus à rien de s'arrêter après.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrêter sa consommation de tabac en fin de grossesse ne présente aucun bénéfice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les risques du tabagisme passif, pour une grossesse, sont les mêmes que pour les femmes qui fument.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Selon vous, à propos du tabac et du bébé :	TOUT-A-FAIT D'ACCORD	PLUTOT D'ACCORD	PLUTOT PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD
Fumer peut entraîner : une intoxication du fœtus pendant la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
: des anomalies au niveau de l'oxygénation du fœtus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
: un moins bon développement du cerveau du bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
: une moins bonne croissance du bébé (poids, taille, tour de tête plus petits que la moyenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumer une cigarette de temps en temps n'a pas de conséquence sur le fœtus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les risques du tabagisme passif, pour un fœtus, sont les mêmes que pour les femmes qui fument.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Selon vous, à propos du tabac et de l'accouchement , fumer peut :	TOUT-A-FAIT D'ACCORD	PLUTOT D'ACCORD	PLUTOT PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD
Entrainer un accouchement prématuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provoquer un mal-être du fœtus lors de l'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Selon vous, à propos du tabac et des substituts nicotiniques :	TOUT-A-FAIT D'ACCORD	PLUTOT D'ACCORD	PLUTOT PAS D'ACCORD	PAS DU TOUT D'ACCORD
L'utilisation de médicament de substitution de la nicotine (patch, gomme à mâcher,...) est contre-indiquée pendant une grossesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'utilisation de médicament de substitution de la nicotine (gommes, patches...) est dangereux pour la santé de votre bébé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
« Les risques d'utiliser un traitement de substitution de la nicotine sont les mêmes que les risques de fumer. »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci de votre participation.

Annexe II : Charte Maternité Sans tabac

1 – Sensibiliser tous les personnels de la périnatalité sur l'importance de la prévention et la prise en charge du tabagisme parental pour améliorer la qualité des soins.

2 – Informer systématiquement dès la déclaration de grossesse et lors de la surveillance prénatale sur les possibilités de prévention et de prise en charge du tabagisme actif ou passif.

2 – Populariser la mesure de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré pour toutes les femmes enceintes ou qui consultent pour stérilité et les futurs pères en mettant à disposition de tout professionnel qui le souhaite un analyseur de CO.

4 – Evaluer l'impact du tabagisme sur les critères de qualité des soins périnataux de façon systématique et objective :

- . Mesure du CO expiré au moins une fois à l'examen d'entrée lors de l'accouchement pour toutes les femmes.

- . Suivi du taux d'arrêt du tabagisme pendant la grossesse (nombre et pourcentage de femmes fumeuses, avant la grossesse et à l'accouchement)

5 – Définir un plan stratégique d'actions applicables pour toutes les maternités :

- . Redéfinir le projet de service et de soins en intégrant la problématique « tabac »,

- . Organiser un plan spécifique de formation pour les personnels concernés.

6 – Prendre en charge médicalement en hospitalisation et en ambulatoire toute femme fumeuse présentant ou on une pathologie obstétricale (mesure de CO expiré, traitements nicotiques substitutifs à la disposition des femmes enceintes notamment).

7 – Etablir un plan d'aménagement des différents locaux propice à la prévention du tabagisme passif, adapter une signalétique spécifique : panneaux, affiches, livrets.

8 – Promouvoir l'éducation à la santé et l'allaitement maternel lors des séances de préparation à la naissance en intégrant la prévention du tabagisme passif.

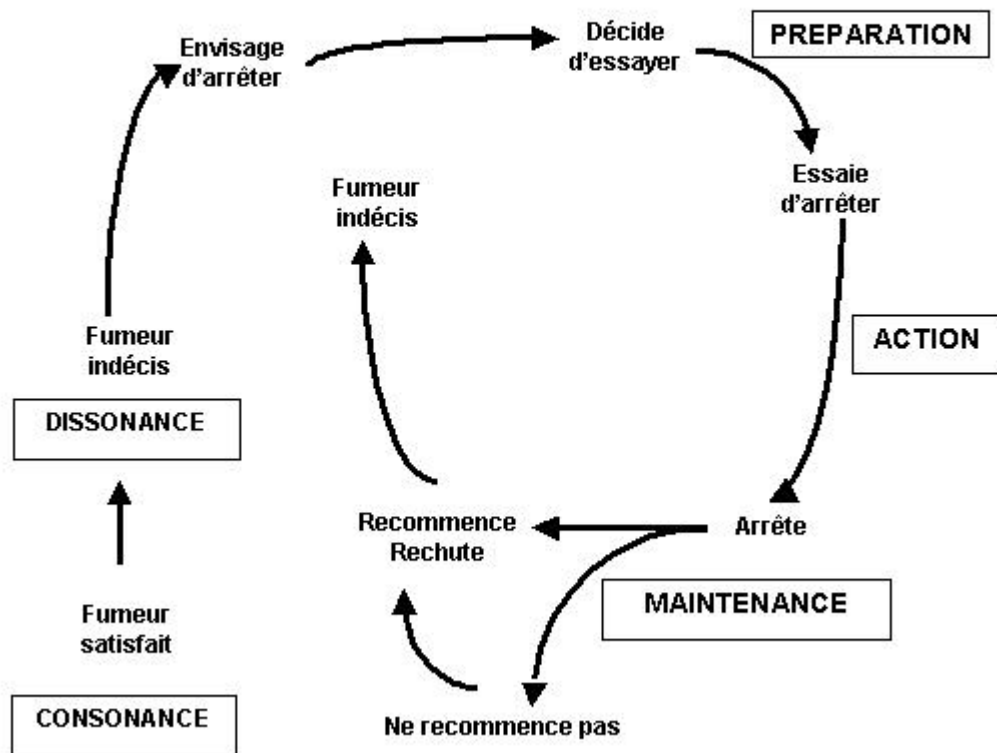
9 – Former les personnels volontaires à la prévention et à la prise en charge du tabagisme actif et passif pendant la grossesse et l'allaitement.

10- Encourager l'exemplarité des professionnels de la périnatalité et les convaincre de leur rôle primordial pour une « maternité sans tabac ».

ANNEXE III : Cycle de Prochaska et Di Clemente, stade de préparation à l'arrêt du tabac

Schéma 2.- EVOLUTION NATURELLE DU TABAGISME

J. PROCHASKA Amer. Psychologist 1992, 47



SS

Résumé :

Selon le baromètre santé 2010, à propos des femmes enceintes, 24 % déclarent fumer quotidiennement pendant leur grossesse. Ces résultats sont dramatiques si l'on considère que le tabagisme est « le principal facteur de risque modifiable de morbidité et de la mortalité associées à la grossesse ».

Depuis 2006, avec la conférence de consensus « Grossesse et tabac », des recommandations ont été publiées quant aux modalités de prise en charge du tabagisme avant, pendant et juste après la grossesse. Un accompagnement au sevrage tabagique est désormais proposé dans les maternités appartenant au réseau « Maternité sans tabac ».

On peut alors se demander pourquoi, dans ce contexte de lutte contre le tabagisme per gravidique, ces femmes sont fumeuses jusqu'à la fin de leur grossesse.

A partir d'une étude réalisée par un auto-questionnaire, associé à une mesure du monoxyde de carbone dans l'air expiré de toutes les femmes au troisième trimestre de la grossesse se présentant en consultation prénatale programmée ou en urgence, nous avons cherché à mettre en évidence des déterminants de la poursuite du tabagisme tout le long de la grossesse. Mieux les connaître permettrait de mieux les accompagner dans une démarche de sevrage.

Grossesse et tabac – Déterminants de la poursuite du tabagisme tout le long de la grossesse.

Mots clés : tabagisme, tabagisme passif, déterminants, grossesse, monoxyde de carbone dans l'air expiré, dépendance, sevrage tabagique.

Aurélia DUPUIS

7, rue du Lac

69003 LYON

aurelia.dupuis@hotmail.fr