



HAL
open science

Enquête sur la prévalence et facteurs prédictifs du tabagisme chez les femmes enceintes suivies par les sages-femmes de l'hôpital Robert-Prax : Sarreguemines, département Moselle

Mihaela Cotoarba

► To cite this version:

Mihaela Cotoarba. Enquête sur la prévalence et facteurs prédictifs du tabagisme chez les femmes enceintes suivies par les sages-femmes de l'hôpital Robert-Prax : Sarreguemines, département Moselle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932221

HAL Id: hal-01932221

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932221v1>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré
Nancy, Année : 2016

Faculté de médecine de Nancy
N°

THESE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre
du troisième cycle de Médecine Générale

par

Madame Mihaela COTOARBA

09 septembre 2016

Enquête sur la prévalence et facteurs prédictifs du tabagisme chez les femmes enceintes suivies par les sages-femmes de l'hôpital Robert-Pax (Sarreguemines, département Moselle)

Examineurs de la thèse

Monsieur le Professeur François PAILLE

Monsieur le Professeur Ari CHAOUAT

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN

Monsieur le Docteur Noureddine SI HAMMANE

Monsieur le Docteur Cédric GALICHET

INVITES

Monsieur le Professeur Honoraire Francis RAPHAEL

Monsieur le Docteur Claude FLORSCH

THESE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre
du troisième cycle de Médecine Générale

par

Madame Mihaela COTOARBA

09 septembre 2016

Enquête sur la prévalence et facteurs prédictifs du tabagisme chez les femmes enceintes suivies par les sages-femmes de l'hôpital Robert-Pax (Sarreguemines, département Moselle)

Examineurs de la thèse

Monsieur le Professeur François PAILLE

Monsieur le Professeur Ari CHAOUAT

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN

Monsieur le Docteur Noureddine SI HAMMANE

Monsieur le Docteur Cédric GALICHET

INVITES

Monsieur le Professeur Honoraire Francis RAPHAEL

Monsieur le Docteur Claude FLORSCH

1 septembre 2016



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela Perez

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV - Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE - Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON - Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI - Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur François ALLA - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY.

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON -

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT - Docteur Julien BROSEUS (Stagiaire)

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE - Docteur Guillaume VOGIN (Stagiaire)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*biologie et médecine du développement et de de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cedric BERBE –
Docteur Jean Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

- Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
- Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
- Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
- Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
- Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*
- Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
- Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
- Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
- Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
- Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
- Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
- Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
- Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
- Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur François PAILLE
Professeur de Thérapeutique (Option Clinique)

Permettez-nous de vous témoigner notre profond respect et notre vive reconnaissance pour le grand honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de cette thèse. Nous vous remercions pour la rigueur de votre correction, la précision de vos annotations, l'appréciation objective du rendu, la rapidité dans les réponses. Sans votre professionnalisme pour encadrer et préciser ce travail, cette thèse n'aurait pas pu être finalisée. Nous tenons à vous remercier de votre compréhension pour nos contraintes tout en nous orientant efficacement vers un travail plus précis.

A notre Juge

Monsieur le Professeur Ari CHAOUT
Professeur en Pneumologie

Vous nous avez fait l'honneur de vous intéresser à ce travail et d'accepter de le juger en devenant membre du Jury. Nous vous assurons de notre sincère reconnaissance et tenons à vous exprimer toute notre gratitude et ce d'autant qu'il s'agit d'un sujet éloigné de vos recherches quotidiennes.

A notre Juge

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN
Professeur en Gynécologie-Obstétrique

Nous vous adressons nos plus respectueux remerciements pour nous avoir fait l'honneur d'être membre de ce jury. Nous vous exprimons ici l'assurance de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Juge

Monsieur le Docteur Nouredine SI HAMMANE,

Docteur en Gynécologie Obstétrique

Nous vous remercions d'avoir répondu sans hésiter « oui » à la réalisation d'une thèse dans votre service et d'avoir accepté d'être membre du jury. Votre implication dans la phase de recueil a permis d'obtenir une population homogène et donc intéressante sur le plan de la santé publique. Mon passage comme interne dans votre service fut très formateur et sera utile pour mon exercice professionnel prochain.

A notre Juge et Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Cédric GALICHET,

Docteur en Pneumologie

Je suis très reconnaissante de m'avoir confiée ce sujet et assistée pour l'élaboration de cette thèse. Je vous remercie de la confiance témoignée et le soutient au quotidien.

A notre invité

Monsieur le Docteur Francis RAPHAEL,

Professeur honoraire en Médecine Générale

Nous vous adressons nos plus respectueux remerciements pour nous avoir fait l'honneur de venir avec enthousiasme représenter le département de médecine générale et une cause qui vous est chère : l'éducation pour la santé dans le cadre d'un réseau de territoire. Nous vous exprimons ici l'assurance de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect

A notre invité

Monsieur le Docteur Claude FLORSCH,
Docteur en Pneumologie

Dans votre service, mes connaissances cliniques et médicales pratiques se sont renforcées. Notre vie y a basculé et Sarreguemines est devenu comme vous aimez à le dire « le centre du monde ». Nous vous remercions tout particulièrement pour les corrections et les conseils amicaux et professionnels.

A toutes les personnes qui ont collaboré à ce travail

Les sages-femmes et tous particulièrement :

En consultation :

- BORNER Reine
- FREYERMUTH Annette
- GRUPPI Cathy
- BOUR Sophie

En salle d'échographie :

- ALBRECHT Christelle
- BLANC Annie
- SIEGEL Charline
- SONNICK Sylvie

Les secrétaires du service de gynécologie- obstétrique

- JANZAM Marie-Paul
- NICO Cindy
- RDUCH Cathya
- WOLLJUNG Corinne

Madame Annabelle DORN, secrétaire, Hôpital du Neuenberg (Ingwiller)

A mes proches

A mes parents Mariana et Danut

A mon Compagnon et futur mari

A mes enfants Gabriel et Adelyne

A ma famille

SERMENT

« *Au* moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

I. Introduction : Quelques rappels tabac et grossesse	19
A. Préambule : Le tabagisme est un problème de santé publique, mondial.	19
B. Importance de l'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte [7]	21
C. Substances toxiques de la fumée de tabac	21
1. monoxyde de carbone (co) [3] [8]	21
2. Substances oxydantes	21
3. Pharmacocinétique et pharmacodynamique de la nicotine chez la femme enceinte et fœtus[9]	22
D. Conséquences du tabac avant la grossesse [10]	22
1. Fécondité naturelle et tabac	22
2. Fécondation in vitro et tabac [10]	23
3. Avortements spontanés	23
4. Grossesse extra-utérine (GEU)[12]	24
E. Les effets du tabac sur la grossesse : [10]	24
1. Hématome retro-placentaire (HRP)	24
2. Le placenta bas inséré ou placenta prævia	24
3. Accouchement prématuré	24
F. Conséquences du tabac sur le fœtus	25
1. Mort in utero	25
2. Retard de croissance intra-utérin (RCIU)	25
3. Retentissements cardiovasculaires	26
4. Retentissements des effets hypoxémiantes	26
5. Conséquences sur le développement cérébral	27
6. Risques tératogènes et risque de cancérogenèse	27
G. Tabagisme passif chez la femme enceinte [10]	28
H. Aide au sevrage tabagique [8]	28
1. Objectifs	28
2. Mesurer le CO expiré : intérêt diagnostique et thérapeutique	29
3. Le prise en charge du sevrage tabagique : conseil minimal, entretien motivationnel et thérapies cognitives comportementales (TCC) [8] [6]	29
4. TRAITEMENT NICOTINIQUES SUBSTITUTIFS [20]	31
5. Place du Varénicline (CHAMPIX* ou CHANTIX*)[20]	32
6. Bupropione (ZYBAN*)	32
I. Alcool et grossesse : une association a risque [21]	32
1. Introduction	32
2. Avortements et morts fœtales	32
3. Retards de croissance intra-utérins	32
4. Anomalies cranio-faciales	33

5.	Autres malformations	33
6.	Anomalies neurocomportementales	33
a.	A l'âge scolaire,	34
b.	A la naissance	34
7.	Prise en charge actuelle de la consommation d'alcool au cours de la grossesse	34
J.	Prise en charge actuelle de la consommation de cannabis	35
1.	La prise en charge se superpose à celle pour le tabac.	35
2.	Effets périnataux du cannabis [10] [23]	35
K.	Héroïne et grossesse [23],[24]	36
1.	La prise d'héroïne peut ralentir tous les stades :	36
2.	Troubles du cycle et de l'infertilité	36
3.	La place de substitution :	36
II.	POPULATION ET METHODE	37
A.	Problématique	37
B.	Objectif de l'étude	37
C.	Méthode	38
1.	Durée	38
2.	Population étudiée	38
3.	Questionnaire	38
III.	RESULTATS	40
A.	Caractéristiques de notre population	40
1.	Age moyen de la population	40
a.	Repartition par tranche d'âge des femmes interrogées	40
b.	Répartition graphique par âge des femmes interrogées	41
2.	Trimestre de grossesse des femmes interrogées	42
3.	Parité	42
a.	Parité moyenne	42
b.	Parité	43
4.	Gestité	43
5.	Fausses-couches	44
6.	interruption volontaire de grossesse (IVG)	45
7.	Cadre de vie des femmes : Statut familial	45
8.	Statut professionnel	46
9.	Niveau scolaire	47
10.	Place de la violence	48
a.	Femmes exposées à la violence	48
b.	Période où s'est exercée cette violence	48
c.	Type de violence	49
d.	Lieu où s'exerce cette violence	49

11.	Comorbidités et grossesse	50
a.	Traitement chronique avant la grossesse	50
b.	Traitement chronique pendant la grossesse	51
12.	Anxiété et dépression	52
a.	Répartition du niveau d'anxiété de la population avec le questionnaire HAD	52
b.	Niveau de dépression de la population avec le questionnaire HAD	53
13.	Connaissances théoriques sur les conséquences du tabagisme pendant la grossesse : Répartition des notes sur 7 de femmes interrogées	54
B.	La place du tabac dans notre population	55
1.	Incidence du tabagisme	55
2.	Répartition par tranches de l'âge de début du tabagisme	56
3.	Evolution de la consommation de tabac par les femmes enceintes avant et pendant la grossesse	56
a.	Evolution avant et pendant	56
b.	Nombre de femmes qui fument	57
c.	Nombre de cigarettes quotidiennes d'une fumeuse avant et pendant la grossesse	57
d.	Répartition des différents modes de consommation de Nicotine avant et pendant cette grossesse.	57
4.	Les raisons motivant les femmes pour arrêter de fumer :	58
5.	La dépendance au tabac mesurée avec le test de Fagerström	60
6.	Les habitudes tabagiques du conjoint	60
7.	Aide au sevrage ou la consolidation du sevrage tabagique souhaité par les femmes fumeuses et ex-fumeuses	61
C.	Consommation de drogues illicites par les femmes	62
1.	Situation des femmes vis-à-vis de la consommation de drogues illicites	62
2.	Consommation comparée avant et pendant la grossesse	63
	Evolution de la consommation de cannabis par les femmes avant et pendant la grossesse (déclaratif).	64
D.	Consommation d'alcool pendant la grossesse	64
1.	Fréquence de la consommation de boissons alcoolisées	65
2.	Quantité de verres d'alcool consommés un jour typique	66
3.	Consommation festive des femmes interrogées	66
4.	Type de boisson consommée par les femmes	67
E.	Analyse univariée entre les habitudes tabagiques et les autres données du questionnaires	68
1.	Age et habitudes tabagiques	68
a.	Age	68
b.	Répartition par tranche d'âge du statut tabagique	69
c.	L'âge de début du tabagisme et le statut tabagique	70
2.	Qualification professionnelle et habitudes tabagiques	70
3.	Activité professionnelle et habitudes tabagiques	71
4.	Statut conjugal et habitudes tabagiques	72
5.	Habitudes tabagique du conjoint et habitudes tabagiques des femmes enceintes	73
6.	Parité et habitude tabagique	74

7.	Gestité et habitudes tabagiques	75
8.	Interruption volontaire de grossesse et habitudes tabagiques	76
9.	Fausse-couches et habitudes tabagiques	77
10.	Nombre de semaines d'aménorrhée, de grossesse et habitudes tabagiques	78
11.	Connaissances et habitudes tabagiques	79
12.	Consommation de drogues illicites et habitudes tabagiques	80
13.	Violences subies par les femmes et habitudes tabagiques	81
14.	Fréquence de la consommation de boissons alcoolisées et habitudes tabagiques	82
15.	Traitement médicamenteux chronique avant/pendant la grossesse et habitudes tabagiques	83
16.	Dépendance mesurée avec le test de FAGERSTRÖM et habitudes tabagiques	84
17.	Symptômes anxieux et habitudes tabagiques	84
18.	Dépression et habitudes tabagiques	86
F.	Tabac et coaddictions	87
1.	Tabac et drogues illicites	87
2.	Alcool pendant la grossesse	87
a.	Age et consommation d'alcool pendant la grossesse	87
b.	Niveau d'étude et consommation d'alcool pendant la grossesse	88
c.	Age et consommation festive pendant la grossesse	89
d.	Statut marital et consommation d'alcool pendant la grossesse	90
e.	Parité et consommation d'alcool pendant la grossesse	91
f.	Situation professionnelle et consommation d'alcool pendant la grossesse	92
G.	Analyse de différents profils des femmes enceintes ayant réalisées :	92
1.	Analyse du profil des 16 femmes ayant eu recours à l'IVG :	92
2.	Analyse des 31 femmes ayant présentées une fausse-couche	93
3.	Analyse multivariée des 14 femmes qui attendent leur 4 ième enfant.	94
4.	Analyse du profil des 18 femmes ayant au cours de la grossesse des épisodes de consommation festive (plus de 6 verres d'alcool)	95
IV.	Discussion :	97
A.	Préambule	97
B.	Intérêt et limite de l'étude	97
1.	Intérêt de l'étude :	97
2.	Limite de l'étude :	98
C.	Population	98
1.	Participation	98
2.	Caractéristiques de notre population	98
a.	Age moyen	98
b.	Statut conjugal	99
c.	Qualifications professionnelles :	99
d.	Statut professionnel	99
e.	La parité	99
f.	La gestité	99
		17

g.	Fausse-couches	99
h.	Interruption volontaire de grossesse.	100
i.	La question de la violence portée aux femmes	100
j.	Traitements médicamenteux	100
k.	Symptômes anxieux et dépressifs	100
D.	Tableau de synthèse : statut tabagique et caractéristiques de notre POPULATION.	101
E.	Conduites addictives	102
1.	Consommation de substance toxiques et addictives avant et pendant la grossesse comparée aux données de la littérature	102
2.	Consommation de drogues illicites avant et pendant la grossesse.	104
3.	Consommation d'alcool pendant la grossesse	104
F.	Le tabagisme passif	105
G.	L'inégalité sociale, la famille et le tabagisme	106
1.	Niveau d'étude, activité professionnelle et habitudes tabagiques	106
2.	Structure de la famille et tabagisme	109
3.	L'Age de la grossesse et les habitudes tabagiques	109
H.	Les modes de consommation :	110
1.	Avant la grossesse	110
2.	Pendant la grossesse	111
I.	Associations fortuites ?	111
1.	Couple tabac-alcool pendant la grossesse	111
2.	Couple tabac-cannabis	111
3.	Couple tabac-dépression et traitement médicamenteux	112
J.	Connaissance et motivation pour arrêter de fumer :	112
K.	Interruption volontaire de GROSSESSE, Fausse-couches	113
1.	Interruption volontaire de grossesse	113
2.	Les fausses-couches	114
V.	CONCLUSION	115
V.	Bibliographie	116
VI.	Annexes	122

I. INTRODUCTION : QUELQUES RAPPELS TABAC ET GROSSESSE

A. PREAMBULE : LE TABAGISME EST UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE, MONDIAL.

En 2010, l'OMS écrivait « *Il y a aujourd'hui dans le monde plus d'un milliard de fumeurs. Environ 20% d'entre eux sont des femmes. Il est par ailleurs bien établi que les femmes sont aussi sensibles que les hommes, sinon plus, aux méfaits du tabac. Les fumeurs, hommes et femmes, sont plus sujets aux cancers, aux maladies cardiaques et aux infections respiratoires. Le tabac provoque en outre des cancers spécifiquement féminins et a des effets nocifs sur la grossesse et la santé génésique.* »[1]

En étudiant les femmes enceintes, nous avons une idée précise de l'incidence et de la prévalence du tabagisme dans une population jeune.

Notre étude complète plusieurs travaux déjà réalisés dans notre région. Elle peut ainsi confirmer voire infirmer des tendances fortes. Les politiques publiques de santé restent malheureusement toujours aussi impuissantes et désorganisées à réduire les conduites addictives comme le montre l'incidence élevée du tabagisme en France. [2]

Dans notre région, un programme innovant d'aide au sevrage tabagique a été mis en place en 2006 au travers du réseau pluri disciplinaire sous la forme d'une association dénommée AMELUCTA (Association de Moselle Est de Lutte contre le tabagisme) en association avec les partenaires institutionnels. Mais la participation des médecins de la ville reste faible à ce jour. Pour les femmes enceintes, une prise en charge individualisée est proposée dans le cadre du suivi de grossesse par les sages-femmes.

Les sages-femmes de l'hôpital Robert PAX proposent aux femmes enceintes des consultations de sevrage tabagique avant et pendant la grossesse. Cette offre de soins ambulatoire permet une prise en charge de qualité et personnalisée. Les femmes sont informées de cette offre de soins lors de leur consultation auprès de leur gynécobstétricien, par les sages-femmes de consultation ou d'échographie, les secrétaires et par voie d'affichage dans les différents secteurs de la maternité. Un rendez-vous est proposé aux femmes intéressées.

Les sages-femmes travaillent en partenariat avec le réseau Lorraine Stop Tabac qui finance 5 consultations à 100% et 50% des traitements de substitution nicotinique pendant 3 mois. Des séances optionnelles limitées auprès d'une diététicienne et d'une psychologue de l'établissement peuvent être proposées aux femmes sans frais.

Les femmes enceintes peuvent donc au sein de notre hôpital bénéficier d'une aide au sevrage tabagique personnalisé.

Un important travail collectif sur le thème « *tabac et grossesse* » a été réalisé et rédigé sous la forme d'une conférence de consensus le 7 et 8 octobre 2004 à Lille au grand Palais Ce travail a été publié en 2005 dans le hors-série du Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. [3]

L'une des premières enquêtes épidémiologiques importantes a été réalisée du 1^{er} janvier 2006 à juin 2006 dans l'agglomération de Versailles sur 1006 femmes enceintes avec un taux de 14% de fumeuses au cours de la grossesse. [4]

Le tabac engendre une conduite addictive comme avec les produits appelés drogues licites ou illicites (cannabis, héroïne cocaïne ...).

La dépendance à une substance psychoactive est définie par des Critères de dépendance de la **CIM-10** (Classification statistique Internationale des **M**aladies et des problèmes de santé connexes établie par l'OMS) [5] et rappelé dans les recommandations de bonnes pratiques (Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours) publié en 2014 [6]

Le syndrome de dépendance, selon la CIM-10, consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit).

Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement.

Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
2. difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ;
3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ;
6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

La tolérance à la nicotine se manifeste par l'absence de nausées, d'étourdissements et d'autres symptômes caractéristiques, malgré l'utilisation de quantités substantielles de nicotine, ou par une diminution des effets, alors que l'utilisation se poursuit avec des doses inchangées de nicotine. L'arrêt de l'utilisation de la nicotine entraîne des signes de sevrage.

B. IMPORTANCE DE L'AIDE A L'ARRET DU TABAC CHEZ LA FEMME ENCEINTE [7]

Le tabagisme est le principal facteur de risque modifiable de morbidité et de mortalité associé à la grossesse dans les pays développés. Le tabagisme est nocif à la fois pour la femme enceinte, le fœtus et le nourrisson. Le tabagisme augmente le risque d'enfant mort-né, de fausse-couche, entraîne un retard de croissance fœtale, provoque des accouchements prématurés, et augmente le risque de placenta prævia ou de mort subite du nourrisson.

La fumée de tabac contient plusieurs milliers de substances chimiques toxiques pour la reproduction. La substance la plus dangereuse pour le fœtus est le *monoxyde de carbone*.

C. SUBSTANCES TOXIQUES DE LA FUMEE DE TABAC

1. MONOXYDE DE CARBONE (CO) [3] [8]

Le monoxyde de carbone est le *toxique* le plus significativement nocif dans la reproduction. L'exposition accidentelle d'une femme enceinte au CO peut provoquer la mort in utéro ou provoquer des séquelles neurologiques irréversibles chez le fœtus, même si la mère se rétablit.

Le monoxyde de carbone se fixe à l'*hémoglobine* avec une affinité 200 fois plus grande que celle de l'oxygène. Il a une demi-vie d'élimination de 4 à 5 heures, ce qui fait qu'une fumeuse peut être exposée à des niveaux excessifs de CO 24h/24.

Le CO altère aussi la libération de l'oxygène par l'hémoglobine, ce qui affecte le transfert de l'oxygène au travers du *placenta* vers le fœtus, réduisant ainsi son apport d'oxygène.

De plus, l'*hémoglobine fœtale* fixe encore plus avidement le CO que chez la mère. La conséquence à long terme est une *hypoxie* probablement à l'origine du retard de croissance utérine. Des expériences animales ont montré qu'une concentration de carboxyhémoglobine de 4% à 9%, similaire à celle observée chez un fumeur, produit un retard de croissance fœtale.

Chez l'*animal*, l'exposition chronique au CO produit aussi des modifications du développement cérébral et une hypertrophie cardiaque.

2. SUBSTANCES OXYDANTES

La fumée de cigarette contient un grand nombre de *substances oxydantes* à la fois en phase particulaire (goudrons) et en phase gazeuse. Les substances oxydantes, incluant les oxydes d'azote et une grande variété de radicaux libres, dégradent l'action de l'enzyme responsable de la synthèse de l'*oxyde nitrique* (appelé également *monoxyde d'azote* ou NO). L'oxyde

nitrique est un puissant relaxant des muscles de l'endomètre. Le tabagisme contribue ainsi à une vasoconstriction maternelle et placentaire ainsi qu'au travail avant terme.

Les *gaz oxydants* activent aussi les *plaquettes* et augmentent les *risques de thrombose*. Le tabagisme est associé à l'infarctus et à la thrombose placentaire et peut par là-même être responsable de complications pendant la grossesse. L'exposition aux gaz oxydants épuise aussi les *oxydants endogènes*, provoquant par exemple une réduction du taux de vitamine C, vitamine indispensable à la biosynthèse du collagène, ce qui accroît le risque de rupture prématurée des membranes fœtales chez la femme enceinte fumeuse.

3. PHARMACOCINETIQUE ET PHARMACODYNAMIQUE DE LA NICOTINE CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET FŒTUS[9]

Avant de considérer les effets indésirables de la nicotine au cours de la grossesse, il est important de considérer ses *propriétés pharmacocinétiques* et *pharmacodynamiques*.

Les effets indésirables de la nicotine au cours de la grossesse peuvent être influencés par la voie, la vitesse et la dose d'administration de la nicotine. Ainsi plus la vitesse d'administration est élevée, plus le pic de concentration artérielle est élevé, plus les concentrations dans divers organes et tissus de la mère sont élevées. Plus l'administration est rapide, moins il y a de temps au développement de la tolérance aiguë observée sur de nombreux effets de la nicotine.

La *pharmacocinétique* de la nicotine est différente chez le fœtus de celle chez la mère. Les pics de concentration de nicotine chez le fœtus ne sont pas aussi élevés que chez la mère, car la nicotine doit passer le placenta avant d'atteindre le fœtus. D'après des études animales, le pic de concentration chez le fœtus est atteint entre 15 à 30 min après administration par voie inhalée de nicotine par la mère.

La nicotine peut se retrouver dans le *liquide amniotique* soit par miction du fœtus, soit par la circulation sanguine de la membrane chorionique. Les concentrations en nicotine et cotinine, métabolite principal de la nicotine dans le sang maternel et dans le liquide amniotique, sont hautement corrélées.

Le rapport moyen entre le liquide amniotique et le sang maternel est de 1.54 pour la nicotine et de 0.72 pour la cotinine. Le fœtus avalant continuellement le liquide amniotique, la concentration de nicotine de ce liquide peut être source d'exposition du fœtus à la nicotine, qui peut persister même lorsque la nicotémie maternelle diminue.

D. CONSEQUENCES DU TABAC AVANT LA GROSSESSE [10]

1. FECONDITE NATURELLE ET TABAC

Plusieurs études ont montré clairement l'association entre tabagisme actif féminin et augmentation du délai de conception. Ainsi une méta-analyse, menée par *Augood et al* [11] portant sur 12 études publiée en 2001 confirme un risque relatif global du délai de conception de plus d'1 an, augmenté d'environ 40% pour les fumeuses par rapport aux non-fumeuses. Même le tabagisme passif influence négativement le délai de conception à 6 mois en l'augmentant de près de 20%. Les fumeuses ont deux fois plus de risques d'être infertiles que les non-fumeuses mais avec effet réversible en cas de sevrage.

Le tabagisme passif, qu'il soit lié aux conditions de travail ou au tabagisme du conjoint pénalise également la survenue d'une grossesse. [12]

2. FECONDATION IN VITRO ET TABAC [10]

Les premières études sur l'effet délétère du tabac sur la fécondation in vitro ont été publiées en 1986.

Le tabagisme chez l'homme ou la femme diminue de plus de 40 % les chances des procréations médicalement assistées.

Deux méta-analyses ont ainsi montré l'influence néfaste du tabac sur la fécondation in vitro. La méta-analyse de *Hurghes et Brennan* [13] retenait 3 études de cohorte prospectives et 4 études cas-témoin afin d'évaluer la diminution de conception chez les fumeuses.

Les données apportées par Klonoff-Cohen en 2001 tiennent compte des facteurs de confusions (alcool, ..)[14]. Le risque relatif ne pas avoir d'enfant malgré l'assistance médicale à la procréation de 3,76 lorsque les deux parents fument et de 2,51 lorsque seule la femme fume.

Les mécanismes biologiques de la toxicité du tabac sur la fonction de reproduction sont multiples. *Stillman et al* avançaient déjà plusieurs hypothèses en 1986 [15] :

- Modification du péristaltisme tubaire,
- Perturbation du système immunitaire qui expliquerait l'augmentation du risque infectieux,
- Anomalies hormonales en particulier insuffisance de production d'œstradiol.
- L'exposition tabagique prolongée est susceptible de diminuer la réserve folliculaire. De nombreuses substances toxiques pénètrent dans le liquide folliculaire. Le tabac a une action directe sur l'ovocyte.

Au total, il semble bien établi que le tabagisme augmente le risque d'infertilité de la femme et qu'il diminue les chances d'obtenir une grossesse par fécondation in vitro.[12]

3. AVORTEMENTS SPONTANES

Hughes et Brennan ont analysé 7 études de cohorte ou études cas-témoins, rassemblant près de 100.000 femmes et notent une tendance significative à un excès d'avortements spontanés liés à un effet propre au tabagisme en particulier chez les grandes fumeuses [13].

Depuis cette publication, *Ness et al* [16] , en s'appuyant sur les dosages biologiques de cotinine, ont observé un excès de fausses-couches lié à un effet propre du tabac, indépendant des autres toxiques consommés pendant la grossesse, dans une enquête cas-témoin conduite sur 400 femmes ayant présenté un arrêt de grossesse avant 22 semaines d'aménorrhée. [12]

4. GROSSESSE EXTRA-UTERINE (GEU)[12]

Castles et al [17] ont introduit les données de neuf études dans leur méta-analyse. Après ajustement des facteurs socio-économiques, le risque de grossesse extra-utérine associé au tabac y apparaît clairement.

En France, *Bouyer et al* [18] ont établi la relation dose dépendante entre la consommation tabagique et la survenue d'une grossesse extra-utérine et ont évalué le risque attribuable de GEU liée au tabac à 17-32%.

E. Les effets du tabac sur la grossesse : [10]

1. HEMATOME RETRO-PLACENTAIRE (HRP)

Le tabagisme favorise autant les décollements marginaux du placenta normalement inséré (risque multiplié par 2) que les HRP vrais (décollement de la jonction utéroplacentaire dans la masse du placenta, par rupture d'une artère utéroplacentaire), secondaires à des phénomènes de vasoconstriction.

Le risque d'HRP est plus grand si le taux de carboxyhémoglobémie est élevé. Au moins, un HRP sur 5 est lié au tabac.

Le tabagisme a des effets sur la vascularisation du placenta. La vasoconstriction des vaisseaux est responsable d'une anoxie périphérique avec nécrose déciduale.

Les effets délétères du tabagisme sur la vascularisation placentaire s'estompent dès l'arrêt de l'intoxication : les femmes diminuent leur risque de décollement placentaire (2 fois moins de complications type d'HRP par rapport à celles qui continuent à fumer). [10]

2. LE PLACENTA BAS INSERE OU PLACENTA PRÆVIA

Le tabagisme augmente le risque de placenta prævia. Le fait de fumer au cours de la grossesse multiplie par 2 à 3 le risque de présenter placenta prævia.

Les anomalies placentaires témoignent de la diminution de la qualité des échanges materno-fœtaux.

3. ACCOUCHEMENT PREMATURE

Le rôle du tabagisme dans la genèse des certains accouchements prématurés est bien établi. Le tabagisme multiplie par 2 le risque relatif d'accouchement prématuré.

L'accouchement prématuré semble concerner des sous-populations de fumeuses à risque : multipares, femmes de plus 35 ans, retard de croissance intra-utérin associé, faible niveau socio-économique, faible poids maternel, surcroît d'infections uro-génitales, moindre suivi obstétrical.

Pour les femmes ayant cessé de fumer au premier trimestre, le risque relatif est de 1.6 et pour les femmes ayant cessé de fumer avant la conception le risque est similaire à celui d'une femme n'ayant jamais fumé.

L'accouchement prématuré est défini comme un accouchement avant 37 SA. Il s'accompagne de risques de séquelles psychomotrices d'autant plus élevées que la prématurité est grande. Le taux global de prématurité n'a pas diminué en France depuis 20 ans. Mais le taux de grands prématurés a fortement augmenté. Les enjeux sont donc très importants.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette prématurité : déficit en prostaglandine PG12 inhibitrices de la contraction utérine, rôle du cadmium, mais surtout augmentation de la pathologie obstétricale du 3^{ème} trimestre (notamment des hémorragies gravidiques et des ruptures prématurées de membranes).

Puisque plus d'un tiers des enfants naissent prématurément à cause du tabagisme actif ou passif de leur mère, une politique pertinente devrait encourager un dépistage objectif de l'intoxication et une stratégie coordonnée de prévention de tabagisme féminin impliquant autant l'opinion publique que l'ensemble des professionnels de santé concernés. [10]

F. CONSEQUENCES DU TABAC SUR LE FŒTUS

1. MORT IN UTERO

Le tabac est responsable d'un excès de morts fœtales du troisième trimestre. Ce risque serait dose-dépendant chez la primipare, majoré après 35 ans, et augmente en moyenne de 30% chez la multipare.

Le risque d'avoir un enfant mort-né est doublé par le tabagisme de la femme enceinte.

Le risque de mort in utero liée au tabac est indépendant du terme de la grossesse, entre 28 et 38 SA. Ces morts in utero, dans ce contexte, sont essentiellement en relation avec un retard de croissance intra-utérine ou de complications placentaires.

Le tabagisme maternel entraîne environ 7.5% des morts fœtales. [10]

2. RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTERIN (RCIU)

Le RCIU est une donnée essentielle de la toxicité tabagique pendant la grossesse. Le tabagisme maternel est le facteur le plus important de risque d'hypotrophie fœtale.

L'incidence du RCIU est d'environ 8.5% de la totalité des grossesses. En général elle n'augmente pas ou peu si la mère fume pendant le premier trimestre, voire le deuxième trimestre, mais se majore à 15.4% si le tabagisme couvre le troisième trimestre et est de 17.7% si la femme fume pendant toute la grossesse. Un arrêt du tabac au cours du deuxième trimestre de gestation diminue de façon significative cette incidence.

Il existe aussi un *effet dose-dépendant*. En effet, le taux de RCIU passe de 8.5% sans tabac à 14.7% si la mère fume de 1 à 5 cigarettes par jour et à 18.7% si la mère fume plus de 10 cigarettes par jour. Le taux de RCIU grave serait multiplié par 3 si la consommation est supérieure à 20 cigarettes par jour et par 4.5 si elle excède 30 cigarettes par jour.

Le risque de RCIU est bien corrélé à la dose. Le *poids de naissance* est diminué d'environ 450 grammes chez les nouveau-nés de mères fumeuses de plus de 20 cigarettes par jour, et d'environ 100 grammes chez celles fumant moins de 5 cigarettes par jour. Le déficit pondéral est en moyenne de 200 grammes à la naissance.

Le poids et la taille à la naissance sont significativement diminués proportionnellement à la consommation avouée, à la cotinurie (dosage de la cotinine urinaire métabolite de la

nicotine), à la thyocyanatémie (dosage du thyocyanate dans la salive, reflet validé du dépôt de la fumée de tabac par la transformation du cyanure d'hydrogène) [19].

Ce retard est caractéristique des retards d'origine toxique. Il touche non seulement le poids, mais aussi la taille, le diamètre thoracique et le périmètre crânien.

Le RCIU est d'origine multifactorielle : hypoxie chronique liée à la formation de carboxyhémoglobine responsable d'hypoxémie chronique, vasoconstriction des artères utérines et des artères ombilicales, sous-alimentation de la femme enceinte fumeuse liée à un effet anorexigène de la nicotine, toxicité du cadmium présent dans la cigarette qui entraîne la captation du zinc essentiel à la croissance cellulaire. [10]

3. RETENTISSEMENTS CARDIOVASCULAIRES

L'inhalation d'une cigarette entraîne 10 à 15 minutes plus tard et pendant 25 minutes une tachycardie et une hypo-réactivité fœtale liées à l'effet narcotique et dépresseur central de certains composés de la cigarette. Les paramètres hémodynamiques au doppler ombilical et dans l'aorte thoracique témoignent d'une baisse de la perfusion, d'une vasoconstriction, d'une tachycardie, d'une hyper contractilité myocardique et d'une hausse du débit cardiaque. Ces effets sont dus au mode d'administration très rapide de la nicotine et non au CO au long cours. En cas de tabagisme important, on peut observer une hypo-réactivité fœtale (mouvements diminués) témoin d'une souffrance fœtale chronique.

Il a été démontré que l'exposition chronique au tabac entraîne une baisse globale des mouvements fœtaux et une réduction des périodes de rythme cardiaque élevé ainsi qu'une diminution des accélérations, tout en gardant un rythme cardiaque de base moyen inchangé.

Après une cigarette on observe une diminution des mouvements fœtaux, surtout dans les périodes pendant lesquelles le rythme cardiaque est élevé. Ainsi il existe une discordance entre les mouvements fœtaux et la fréquence cardiaque.

La nicotine inhalée accélère le rythme cardiaque et augmente le débit cardiaque déjà majoré par la grossesse. De plus, les shoots de nicotine provoquent des phénomènes de vasoconstriction, en particulier au niveau de la circulation utéro placentaire.

Ces à coups de vasoconstriction se surajoutent aux bolus de CO et diminuent les échanges en oxygène nécessaires au fœtus et augmentent par là même les risques d'hypoxie et de souffrance fœtale aiguë.

4. RETENTISSEMENTS DES EFFETS HYPOXEMIANTS

Le rythme des mouvements respiratoires fœtaux est modifié par l'inhalation d'une seule cigarette, ce qui est compatible avec l'hypoxémie fœtale transitoire observée sur les modèles animaux.

Au long cours, on trouve des stigmates de l'hypoxie chronique : polyglobulie, élévation de l'hémoglobine fœtale et hyperviscosité sanguine.

5. CONSEQUENCES SUR LE DEVELOPPEMENT CEREBRAL

De nombreuses études épidémiologiques concordent pour dire que l'exposition au tabac in-utéro est un facteur de risque de divers *troubles neurologiques et psychiatriques*. Le seuil d'exposition le plus souvent utilisé pour l'analyse statistique est de 10 cigarettes par jour en moyenne. La dose-seuil réellement toxique pour le cerveau fœtal est actuellement inconnue.

Le *périmètre crânien* à la naissance est plus petit en cas d'exposition prénatale au tabac. Ce signe clinique reflète un développement cérébral anténatal insuffisant.

Le tabagisme maternel aurait des conséquences développementales sur le *cerveau* qui peut se traduire par une modification de la densité neuronale et par des modifications de faisceaux neuronaux afférents et efférents. Elles restent difficiles à mettre en évidence en raison du remodelage pendant l'enfance et l'adolescence.

Les conséquences neuro-développementales attribuées au tabagisme maternel sont à l'origine de troubles psychologiques à l'âge adulte dont les plus couramment décrits sont des troubles du comportement à type de violence, agressivité et impulsions criminelles, des troubles de l'attention, une hyperactivité motrice et une impulsivité, des troubles cognitifs, des troubles dépressifs, une appétence accrue pour les drogues.

Les enfants nés de mères fumeuses ont une moindre réactivité aux stimuli sonores durant leur sommeil, soulignant ainsi que le retard de développement de certaines structures du système nerveux central est attribuable au tabagisme maternel.

6. RISQUES TERATOGENES ET RISQUE DE CANCEROGENESE

L'institut européen des géno-mutations indique que 5% de l'ensemble des anomalies congénitales (fentes orales, anomalies réductionnelles des membres, malformations cardiaques) peuvent être dues à l'exposition tabagique pendant le premier trimestre de la grossesse.

L'effet tératogène du tabac reste débattu. Certaines études suggèrent un rôle potentiel du tabac dans l'installation de certaines anomalies spécifiques : uropathies, fentes labio-palatines, craniosténoses, cardiopathies, malformations des membres, strabisme, anomalies du tube neural, sténose du pylore, hernie inguinale. Ce risque semble significatif pour une consommation maternelle de plus de 20 cigarettes par jour.

Plusieurs études ont démontré que le tabagisme gravidique augmenterait de façon significative le risque de fente labio-palatine, de cardiopathies congénitales, d'hypoplasie du nerf optique, avec dans ces 3 cas un effet dose dépendant.

Le risque de cancérogenèse induit par le tabagisme est aussi sujet à controverse. On a évoqué le rôle du tabagisme dans la survenue de certains cancers comme les cancers cérébraux plus récemment le cancer du testicule.

Le tabagisme aurait des conséquences à long terme pour l'enfant avec risque de voir survenir, 10 à 15 ans plus tard, une maladie maligne de type lymphome ou leucémie.

Concernant le tabac et la tératogénèse, les données expérimentales sont inquiétantes. La tératogénicité est dose-dépendante du cadmium, du déficit en zinc, de la concentration du nickel, de la stimulation prématurée des récepteurs nicotiniques du cerveau fœtal, de la synchronisation des maturations cérébrales dans les territoires cholinergiques.

G. TABAGISME PASSIF CHEZ LA FEMME ENCEINTE [10]

Le tabagisme passif est l'exposition à la fumée du tabac dans un environnement proche. Le tabagisme passif, même quand la femme enceinte n'est pas elle-même fumeuse, mais vit avec un conjoint fumeur, a des effets néfastes, non négligeables, sur le développement du fœtus.

Le tabagisme passif a en particulier une influence significative sur le poids de naissance. Gomez démontre que l'analyse des taux de CO, expiré par les conjoints dont les femmes ont un taux de CO normal (compris entre 0 et 5 ppm), révèle une réelle influence du tabagisme passif sur le poids de naissance, le nombre d'anomalies du rythme cardiaque fœtal durant le travail.

Pour un taux de CO expiré paternel supérieur à 20 ppm, le poids de naissance est diminué de 356 g, le taux moyen de carboxyhémoglobine fœtale est de 2.64%. Le poids et la taille de naissance sont diminués proportionnellement à l'intoxication au CO.

Comme pour le tabagisme actif, d'autres facteurs s'ajoutent à l'hypoxie chronique en raison du passage de nombreux toxiques qui accompagnent le CO et qui ont pour effet de piéger le zinc essentiel à la croissance.

Quand le tabagisme passif augmente le taux de CO expiré de la femme dans une proportion similaire aux fumeuses, les effets observés sont comparables. La qualité de l'air intérieur est donc importante.

Même quand les taux de CO expirés sont considérés comme normaux, c'est-à-dire inférieurs ou égal à 5 ppm, on observe un effet du tabagisme paternel sur le poids de naissance et la fréquence des anomalies du rythme cardiaque fœtal.

H. Aide au sevrage tabagique [8]

1. OBJECTIFS

Dès le début de la grossesse, nombreuses sont les femmes motivées par l'arrêt du tabac. L'état psychologique et les signes neurovégétatifs provoqués par la grossesse permettent aux femmes peu ou moyennement dépendantes d'arrêter sans aide particulière. Cependant, l'arrêt complet peut être difficile à obtenir pour les femmes fortement dépendantes.

L'arrêt est toujours bénéfique même en cas de consommation très faible de cigarettes ou de tabagisme passif. L'arrêt du tabac est par ailleurs hautement indiqué pour éviter les pathologies de la grossesse, comme l'accouchement prématuré, l'hypertension artérielle ou le diabète toujours aggravés par le tabac.

Les bénéfices de l'arrêt du tabac sont rapides avec normalisation des échanges gazeux et du transport de l'oxygène et diminution des risques cardiorespiratoires. On peut s'attendre à ce que les effets toxiques du CO sur l'hémostase soient réversibles en moins de 48 heures. Lorsqu'un sevrage tabagique se fait au dernier trimestre, son bénéfice est aussi important au niveau du poids de naissance que sur les complications obstétricales. Cet arrêt ramène alors les risques au niveau de ceux d'une femme enceinte non fumeuse. [10]

2. MESURER LE CO EXPIRE : INTERET DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE

L'analyseur de CO dans l'air expiré mesure le tabagisme actif mais aussi passif. Il s'agit d'un outil simple, non invasif et fiable, qui mesure en moins d'une minute le taux de monoxyde de carbone expiré en ppm (nombre de particules de CO par million de particules d'air). Cette mesure nous donne plusieurs indications : le degré d'intoxication, l'auto titration (une femme peut garder un taux de CO identique tout en diminuant sa consommation de cigarettes). Elle a une valeur diagnostique et thérapeutique car elle suscite l'intérêt et la prise de conscience des risques liés au tabac. La mesure déclenche toujours une demande d'explications et souvent, une demande d'aide pour arrêter de fumer. [10]

3. LA PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE TABAGIQUE : CONSEIL MINIMAL, ENTRETIEN MOTIVATIONNEL ET THERAPIES COGNITIVES COMPORTEMENTALES (TCC) [8] [6]

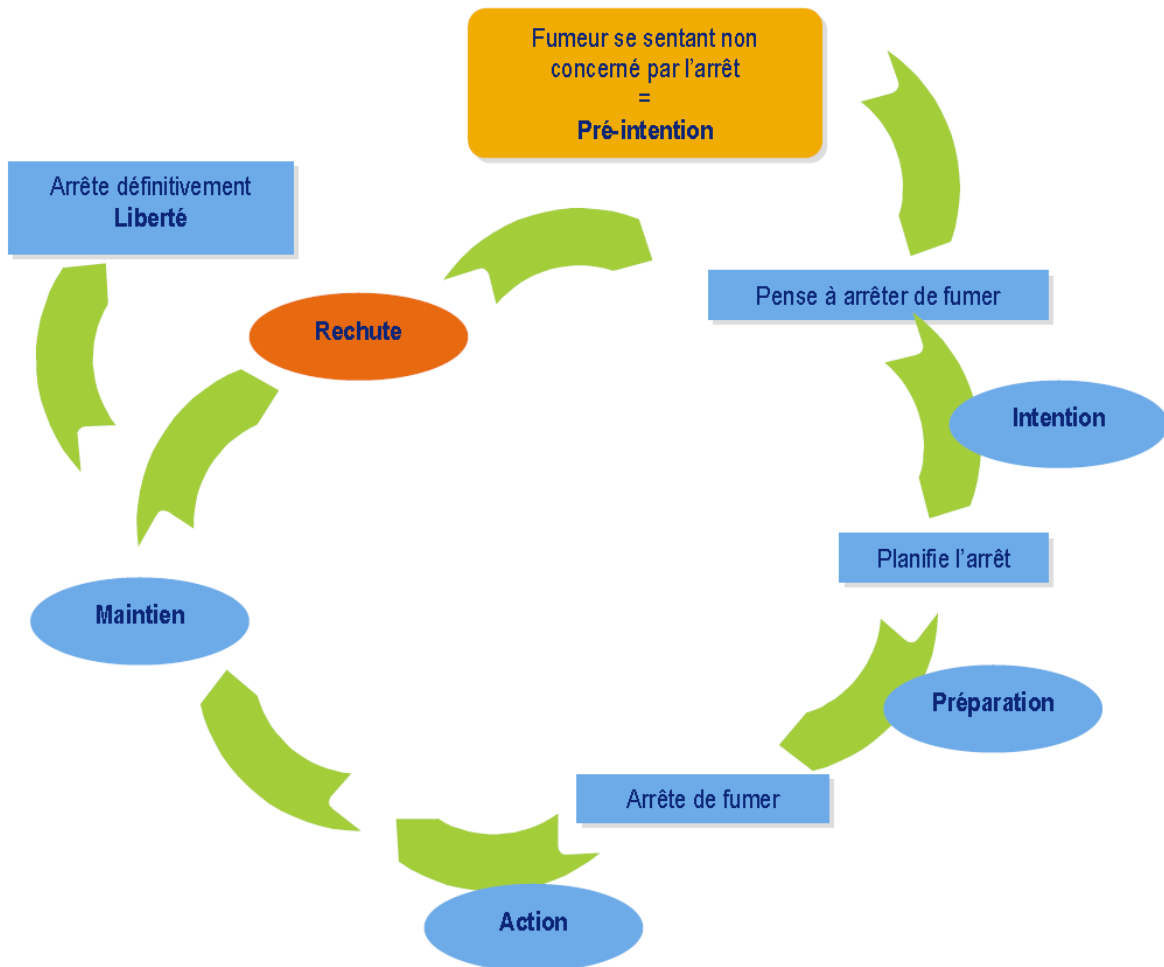
Résumé des trois actions :

- Le conseil minimum peut se faire avec des informations en salle d'attente, en abordant le sujet en consultation et par la remise de documents à la patiente.
- L'entretien motivationnel est une approche centrée sur le patient, visant à amener un changement de comportement, en aidant la patiente à explorer et à résoudre son ambivalence.
- Issue des théories cognitives et comportementales, la prévention des rechutes s'attache à identifier des situations à haut risque chez des patientes vulnérables et à développer des stratégies comportementales afin d'éviter de consommer à nouveau.

Le discours adressé au patient dépend de l'étape où se situe le patient dans le cycle dit de Prochaska et DiClemente. [6]

Les étapes de changement :

- Pré-intention : le sujet fumeur n'a aucune pensée de sevrage tabagique.
- Intention : il pense à arrêter de fumer.
- Préparation : prise de décision. Il planifie l'arrêt de fumer.
- Action : il est activement engagé dans le changement.
- Maintien : il a fait des changements mais il reconnaît qu'il doit demeurer vigilant en cas de rechute.



L'entretien motivationnel établit une collaboration entre la femme enceinte, son conjoint et le consultant, dans laquelle la liberté de choix est laissée à la femme. Il est important de commencer la prise en charge en la félicitant de venir en consultation prénatale : les messages courts d'encouragement à l'arrêt et au maintien du sevrage, adaptés au degré de motivation, sont les plus utiles. L'entretien se fait de manière empathique et compréhensive. A chaque consultation après la mesure du CO expiré, la discussion porte sur les motivations et les réticences. La femme évolue dans son système de représentation, ce qui permet de lever des obstacles à l'arrêt, de prendre la décision de l'arrêt et de choisir les moyens pour y parvenir.

La méthode des 6 A :

- **Account** : vérifier les paramètres cliniques et mesurer le CO.
- **Ask** : demander fumez-vous ?
- **Advise** : conseiller l'arrêt.
- **Assess** : évaluer la motivation et l'estime de soi.
- **Assist** : aider au sevrage.
- **Arrange** : organiser le suivi.

Les thérapies cognitives comportementales (T.T.C.) sont fondées sur l'analyse des représentations que la femme enceinte a de son comportement et de son environnement. Elles ont pour objectif d'optimiser l'aide pour parvenir à l'arrêt par un nouvel apprentissage d'habitudes de vie qui intègre le projet de bébé. En intervenant au niveau comportemental et cognitif, les T.C.C. facilitent l'arrêt et diminuent les rechutes. Elles multiplient par deux le taux d'arrêt pendant la grossesse. Les T.C.C. mises en œuvre individuellement ou en groupe, lors des séances de préparation à la naissance, permettent de verbaliser l'expérience de chaque femme : histoire tabagique, craintes, anxiété, souhaits, motivations. Chaque femme est valorisée dans son projet de sevrage du tabac. L'objectif est d'aider chaque femme à identifier les situations à risque de reprise d'une cigarette et de les éviter par anticipation.

Pour y parvenir un travail de réflexion, de prise de conscience et d'analyse du comportement tabagique est nécessaire. L'identification des situations à risque et des activités associées aux cigarettes, dites indispensables, permet d'élaborer ensemble une stratégie d'anticipation modulable à tout moment par la patiente. Sur le plan cognitif, la patiente identifie les pensées négatives, les analyses et les remplace par des pensées positives. [10]

4. TRAITEMENT NICOTINIQUES SUBSTITUTIFS [20]

Selon les recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), la femme enceinte fumeuse peut se sevrer de son tabagisme avec un *traitement nicotinique* de seconde intention.

Les mesures non médicamenteuses doivent être privilégiées en premier intention.

La balance risque / bénéfique du traitement substitutif pour l'arrêt du tabac chez la femme enceinte est favorable. Il est important de considérer l'ensemble des substances toxiques de la fumée de tabac et leurs mécanismes d'action toxique. [20]

Un *substitutif nicotinique* est utilisé dans le but d'arrêter définitivement le tabagisme en évitant les symptômes de sevrage après l'arrêt du tabac. La dépendance à la nicotine, associée à la dépendance psychologique envers la cigarette, est un obstacle au sevrage tabagique.

L'efficacité des substituts nicotiques pendant la grossesse est incertaine. Au mieux, ils permettent la réduction du nombre de cigarettes fumées. Quelques études de cohorte ont eu des résultats divergents quant à un effet des substituts nicotiques en termes de poids de naissance et d'augmentation de l'âge gestationnel à la naissance (par rapport aux enfants de femmes fumeuses). Parmi les différentes formes de substituts nicotiques, les *dispositifs transdermiques* exposent l'enfant à naître « à la nicotine » pendant toute la durée de leur utilisation. Avec les *formes à libération discontinue* de nicotine, telles les formes *orales* ou les *inhalateurs*, le fœtus est exposé à des doses de nicotine moindres qu'avec les dispositifs transdermiques. Il n'y a pas de différence évidente en termes de réduction d'effets indésirables pour le fœtus ou en termes de reprise du tabagisme maternel. Les dispositifs transdermiques peuvent être plus appropriés en cas de nausées ou de vomissements liés à la grossesse.

5. PLACE DU VARENICLINE (CHAMPIX* OU CHANTIX*)[20]

La varénicline est un agoniste partiel des récepteurs à l'acétylcholine. Elle n'est pas plus efficace que les substituts nicotiques dans l'aide au sevrage tabagique alors qu'elle expose à des effets indésirables parfois graves. Le profil des effets indésirables de la varénicline est surtout constitué de troubles digestifs ; de troubles neuropsychiques tels qu'insomnies, céphalées, perturbations des rêves, hallucinations, convulsions, dépressions ; de troubles cardiovasculaires : angor, infarctus, tachycardie ou d'éruptions cutanées graves.

Les études chez l'animal n'ont pas toutefois mis en évidence d'effet réellement tératogène de la varénicline. Au deuxième et troisième trimestre de grossesse et près de la naissance, le fœtus est surtout exposé à ses effets indésirables, notamment aux troubles du rythme cardiaque et aux effets neuropsychiques.

Selon la revue *prescrire*, sa balance bénéfice-risque étant défavorable dans le sevrage tabagique en dehors de la grossesse, il n'est pas justifié d'exposer une femme enceinte et l'enfant à naître aux effets indésirables.

6. BUPROPIONE (ZYBAN*)

La bupropione est structurellement proche des psychostimulants amphétaminiques.

Pour le sevrage tabagique, son efficacité est au mieux modeste, alors que les effets indésirables graves sont avérés. La balance bénéfice-risque est donc défavorable dans le sevrage tabagique, de surcroît chez la femme enceinte. [20]

I. ALCOOL ET GROSSESSE : UNE ASSOCIATION A RISQUE [21]

Les complications liées à la consommation d'alcool pendant la grossesse sont nombreuses :

1. INTRODUCTION

L'alcool est actuellement le principal agent tératogène connu, et la première cause de déficits mentaux congénitaux.

Schématiquement, 80% des femmes consomment de l'alcool en France. Leur consommation diminue avec la grossesse.

2. AVORTEMENTS ET MORTS FŒTALES

Le risque d'avortement spontané serait double, notamment après intoxication aiguë. Une responsabilité dans les morts fœtales ne semble pas prouvée, mais la responsabilité dans les hématomes retro placentaires commence à être démontrée.

3. RETARDS DE CROISSANCE INTRA-UTERINS

L'alcool diminue le poids de naissance. L'importance du retard de croissance est liée à la durée de l'exposition. Le retard de croissance intra-utérin (RCIU) s'installe dans la deuxième partie de la grossesse, il est harmonieux et touche plus particulièrement les os longs. Ce RCIU

s'observe déjà pour des consommations modérées d'alcool. L'effet du tabac et de l'alcool s'additionne.

4. ANOMALIES CRANIO-FACIALES

Elles sont caractéristiques et entrent dans la définition du *syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF)*. Certaines sont accessibles à l'examen échographique. Les principales anomalies sont :

- Un rétrécissement des fentes palpébrales.
- Un raccourcissement du nez avec ensellure nasale marquée et antéversion des narines.
- Un front bombé et étroit avec fosses temporales profondes.
- Une microcéphalie.

D'autres anomalies sont possibles, intéressantes à connaître pour orienter vers une étiologie ; une implantation basse des cheveux, une hypoplasie de la cloison nasale, des fentes labiales ou labio-palatisées, un hirsutisme frontal. Au niveau des yeux, on peut relever un ptosis de la paupière, un strabisme, une cataracte, des opacités cornéennes, une rétinite pigmentaire, une microphthalmie. Les oreilles sont décollées, bas implantées, à bord supérieur horizontal.

5. AUTRES MALFORMATIONS

On retrouve d'autres malformations dans 10-30% des cas. Les malformations *cardiovasculaires* les plus fréquentes sont les communications inter ventriculaires, les communications inter auriculaires, la tétralogie de Fallot, l'atrésie pulmonaire à septum ouvert.

Les malformations *cérébrales* sont les anomalies du tube neural, l'hydrocéphalie, la microcéphalie avec hypoplasie cérébrale prédominante sur le cortex frontal, des anomalies de l'hippocampe, une hypoplasie du vermis cérébelleux.

Les malformations *squelettiques* sont nombreuses : thorax en entonnoir, anomalies vertébrales et défaut de fermeture du tube neural, anomalies des doigts.

Les malformations *urogénitales* ont été observées : ectopie, hypoplasie, ou aplasie rénale, hydronéphrose, duplication urétérale.

Les *autres* anomalies sont des anomalies des plis palmaires, un hirsutisme marqué, une fossette marquée, une hypoplasie des ongles, la sténose du pylore, une hépatomégalie.

6. ANOMALIES NEUROCOMPORTEMENTALES

Elles sont en rapport avec un amincissement de la substance blanche dans certaines parties de la zone frontale par exemple, un dysfonctionnement de l'hippocampe, des lésions du cervelet, une perte des neurones dans les structures hypothalamo-limbiques (anomalies du comportement). Dans la petite enfance, le développement psychomoteur est lent, avec surtout des troubles de la motricité et un tonus musculaire bas.

a. A l'âge scolaire,

L'instabilité psychomotrice, les troubles de l'attention et des anomalies de la motricité fine perturbent les apprentissages. L'acquisition du langage, de la lecture et de l'écriture est retardée. Une hyperactivité a aussi été notée.

Le *quotient intellectuel* est souvent diminué. Globalement, il est d'autant plus bas que la dysmorphie est sévère. Dans les SAF, le QI moyen est de 70 selon les études

Même si le QI est normal, peuvent exister des problèmes d'éducation en rapport avec l'agitation ou les troubles de l'attention.

b. A la naissance

Le nouveau-né peut présenter à la naissance un syndrome d'imprégnation avec un score Apgar bas, suivi en 6 à 12 heures d'un syndrome de sevrage avec hyperexcitabilité, troubles du tonus, troubles de la succion et de la déglutition, augmentation du rythme respiratoire et distension abdominale, perturbation du sommeil. Il existe un risque accru d'asphyxie périnatale.[22]

7. PRISE EN CHARGE ACTUELLE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL AU COURS DE LA GROSSESSE

Trois niveaux de prévention peuvent être définis en ce qui concerne le syndrome d'alcoolisation fœtal (SAF)

- La *prévention primaire* vise à informer la population et les femmes en âge de procréer n'ayant pas de consommation d'alcool à risque.
- La *prévention secondaire* consiste à détecter précisément la consommation d'alcool et à intervenir dans le cas précis chez les femmes enceintes, qu'elles présentent ou non une consommation à risque.
- La *prévention tertiaire* consiste à intervenir auprès des femmes à risque qui présentent une consommation importante ou une dépendance à l'alcool, voire qui ont déjà donné naissance à un enfant atteint de troubles liés à l'alcool, pour éviter qu'elles ne consomment pendant une nouvelle grossesse.

Dans les trois cas, la *quantification de la consommation d'alcool* est centrale.

La meilleure investigation en première intention consiste probablement à demander à la patiente :

- A quelle fréquence elle consomme des boissons alcoolisées.
- Combien de boissons elle consomme en une occasion.
- S'il lui arrive de consommer plus de quatre boissons alcoolisées en une occasion.

Parmi les différents questionnaires permettant l'évaluation de la consommation, le **TACE** est un instrument développé spécialement pour investiguer la consommation d'alcool de la femme enceinte. Il comprend quatre questions :

- **T** « tolérance » : après combien de boissons l'effet d'alcool est-il ressenti ?
- **A** « annoyed » : est-il arrivé que des proches, des professionnels de la santé s'inquiètent de votre consommation d'alcool ?
- **C** « Cut down » : la patiente a-t-elle déjà essayé de réduire sa consommation d'alcool ?
- **E** « eye opener » : la patiente a-t-elle déjà consommé de l'alcool au réveil ?

Il faut relever qu'une seule réponse positive suggère déjà une consommation importante d'alcool.

L'intervention brève est un entretien d'une dizaine de minutes pratiqué selon une technique standardisée, au cours duquel l'intervenant aborde la question de la consommation d'alcool et informe, de manière neutre, empathique et dénuée de jugement.

Dans certains cas, un sevrage pourra être envisagé pendant la grossesse mais il devra être institutionnel, en hospitalisation. Le diazépam (valium*) en cure de 10 jours reste la molécule de référence.

La meilleure prise en charge débutera avant la grossesse avec abstinence de deux mois avant la fécondation : risque de toxicité sur les follicules recrutés deux mois avant et dont un seul sera fécondé.

Toutes les femmes, en âge de procréer, vues par un médecin de soins primaires et / ou de premier recours, une sage-femme ou une infirmière devraient être interrogées au sujet de leurs habitudes de consommation d'alcool qu'elles soient enceintes ou non.

J. PRISE EN CHARGE ACTUELLE DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS

1. LA PRISE EN CHARGE SE SUPERPOSE A CELLE POUR LE TABAC.

Il existe des grilles permettant d'apprécier l'intensité de la dépendance.

DETC Cannabis

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer vos consommations ?
- Votre entourage vous a t'il déjà fait des remarques ?
- Avez-vous déjà l'impression que vous fumez trop ?
- Avez-vous déjà eu besoin du cannabis pour vous sentir bien ?

2. EFFETS PERINATALS DU CANNABIS [10] [23]

Ils sont dose-dépendants et proches de ceux du tabac, difficiles à dissocier du fait de la très fréquente association. Ils sont surtout dus, d'une part, au passage trans-placentaire facile du principal principe actif (tétra-hydro-cannabinol : THC). La production d'HbCO, chez la mère, expose le fœtus à une augmentation du risque de fausse-couche spontanée, de placenta prævia, de prématurité et de RCIU.

Le cannabis n'est pas tératogène. Les conséquences, à court et long terme, pour l'enfant, sont difficiles à cerner à cause des nombreux facteurs confondants : consommations autres, surtout de tabac et d'alcool et du style de vie de l'entourage :

- Hyperexcitabilité et troubles du sommeil chez le nouveau-né.
- Et à long terme, hyperactivité / troubles de l'attention.

K. HEROÏNE ET GROSSESSE [23],[24]

1. LA PRISE D'HEROÏNE PEUT RALENTIR TOUS LES STADES :

- Conception,
- Grossesse,
- Accouchement et nouveau-né.

Les opiacés traversent le placenta.

2. TROUBLES DU CYCLE ET DE L'INFERTILITE

Les héroïnomanes présentent souvent des troubles du cycle, à type d'aménorrhée ou d'oligoménorrhée qui régressent à l'arrêt de l'intoxication. Ce phénomène est connu depuis de nombreuses années.

3. LA PLACE DE SUBSTITUTION :

L'extension rapide des traitements de substitution depuis 1995 en France et par conséquent des populations concernées, laisse supposer qu'un nombre croissant de jeunes femmes ont accès à de tels traitements, à un moment de leur vie coïncidant avec leur période de fécondité. Le dispositif de repérage de cette sous-population est très faible

Correctement pris en charge, de façon pluridisciplinaire, les antécédents d'héroïnomanie ne péjorent pas spécifiquement le pronostic des grossesses.

Ainsi dans l'étude d'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) sur les femmes enceintes ayant accepté la substitution, les complications périnatales :

- prématurité,
- mauvais suivi de la grossesse,
- et surtout séparation mère-enfant,

sont plus en rapport avec le bas niveau socio-culturel et la précarité qu'avec la consommation de produits psychotropes. L'analyse de cette cohorte suivie sur 35 centres a montré qu'il est possible, à l'occasion d'une grossesse, d'infléchir le parcours de ses femmes.

II. POPULATION ET METHODE

L'Hôpital Robert Pax de Sarreguemines est un centre hospitalier général.

Le chef de service de Gynécologie et les sages-femmes sont investis dans la prise en charge prénatale. En association avec un praticien du service de pneumologie, ils ont souhaité évaluer les besoins de santé en termes de consommations de substances addictives licites ou illicites

Ce travail m'a été confié dans le cadre d'une thèse de médecine générale tant ces conduites sont présentes dans notre exercice quotidien.

A. PROBLEMATIQUE

A l'Hôpital Robert PAX de Sarreguemines, ce jour aucune consultation d'aide au sevrage tabagique n'est ouverte en dehors de celle proposée par le service de Gynécologie – Obstétrique. Une prise en charge est proposée au centre hospitalier spécialisé en psychiatrie dans le service d'addictologie, mais localisation est une difficulté. Un projet se construit d'une consultation avancée sur le centre hospitalier général.

Une sage-femme formée propose une prise en charge d'aide au sevrage tabagique. Dans le cadre d'une évaluation des besoins avant de mettre en place une véritable éducation thérapeutique, un travail épidémiologique sur les conduites addictives des gestantes m'a été proposé. Plusieurs travaux ont été réalisés dans notre région pour évaluer cette problématique.

Les patients peuvent également par l'intermédiaire de leur médecin traitant adhérer au programme de prévention de la caisse primaire d'assurance maladie « je t'aime mon cœur ». Mais le financement par l'agence régionale de santé diminue donc la pérennité de ce programme de prévention est menacé.

Notre maternité est de niveau 1.

Les maternités de niveau 1 accueillent des futures mamans dont la grossesse, et à priori le déroulement de l'accouchement ne présente aucun risque... c'est-à-dire la majorité.

B. OBJECTIF DE L'ETUDE

Présentation des résultats d'une enquête par recueil d'auto questionnaires.

Cette étude prospective a pour objectif de collecter des données concernant la consommation déclarée de tabac et de drogues légales (médicaments) ou illégales des femmes enceintes et de leurs conjoints suivis par ce service.

C. METHODE

1. DUREE

Le recueil du questionnaire s'est déroulé sur 4 mois de Mars à mi-Juillet 2015. Ces questionnaires ont été distribués du 1^{er} Mars au 1^{er} Juillet 2015.

2. POPULATION ETUDIEE

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective réalisée par recueil de questionnaires auprès :

- Des gestantes ayant une consultation d'échographie chez les sages-femmes.
- Des gestantes venant en consultation auprès de leur gynécologue hospitalier.
- Des gestantes venant pour accoucher dans le service de maternité.

3. QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire est anonyme.

Le questionnaire a été testé du mois de Janvier 2015 à Février 2015 auprès d'un éventail large de professionnels de santé (sages-femmes, secrétaires, médecins) pour vérifier la faisabilité de cette enquête et concernait :

- Le niveau de compréhension.
- Les erreurs.
- La mise en page.
- Les discussions et suggestions.

Les difficultés rencontrées ont été :

- Le refus des patientes pour le remplir (malgré l'anonymat).
- Leur contrôle qualité nécessaire pour éviter les nombreuses données manquantes. Donc le recueil en pratique n'était pas réellement anonyme contrairement à la saisie.
- Les saisies des données dans un tableur EXCEL, double contrôle sur échantillon, permettant de tester la robustesse de la grille de codage des résultats pour permettre une analyse.

Les questionnaires comportent 16 questions. Le temps de réponse accordé était de 10 minutes. Il s'agissait d'un auto-questionnaire rempli en salle d'attente, au domicile ou dans la chambre d'hôpital.

Le recueil de questionnaire a été réalisé par les secrétaires de consultation, par les sages-femmes, et par moi-même dans le service les week-ends.

Le questionnaire était composé de deux parties :

- Pour patientes non fumeuses.
- Pour patientes fumeuses ou ex-fumeuses.

❖ **La première partie était commune :**

- Âge des femmes.
- Niveau de qualification.
- Parité, gestité, recours à l'IVG, fausses-couches.
- Situation professionnelle,
- Statut conjugal,
- Habitude tabagique du conjoint
- Consommation de boissons alcoolisées, évaluée avec les 3 premières du dit Questionnaire « AUDIT » (dépendance à l'alcool).
- Consommation de drogues.
- Prise de médicaments avant et pendant la grossesse.
- Humeur mesurée par une échelle HAD (Echelle HAD du retentissement émotionnel ou Hospital Anxiety and Dépression scale). (En Annexe)
- Connaissances sur les conséquences du tabagisme.
- Violence ressentie.

❖ **La deuxième partie était dédiée aux femmes enceintes fumeuses et ex-fumeuses.**

Elle comportait des questions sur leurs habitudes, avant et pendant la grossesse, leur motivation pour arrêter de fumer, la mesure de la dépendance, les attentes envers l'équipe médicale pour les aider dans une démarche de sevrage tabagique.

Le test de Fagerström a été utilisé pour mesurer la dépendance tabagique passée ou présente.

Les propositions de moyens d'aide au sevrage tabagique (psychologue, thérapie comportementale, patchs de nicotine, consultation auprès d'un psychologue pour la réalisation d'une prise en charge globale de l'angoisse ou de la dépression, suivi personnalisé, prise en charge financière pour les patchs de substitution nicotinique, mise à disposition des documents d'aide à l'arrêt du tabac) y ont été énumérées.

III. RESULTATS

Entre le 1^{er} Mars et le 12 Juillet 2015 : 140 questionnaires ont été recueillis dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Robert PAX de Sarreguemines. Ce sont des *auto-questionnaires* remplis par les patientes seules, leur remplissage est précédé d'une recommandation motivationnelle.

Les questionnaires ont été remis sous format papier par plusieurs intervenants :

- Par les secrétaires de gynécologie au cours du suivi de grossesse (35).
- Par les sages-femmes lors des échographies obstétricales (49).
- Et par moi-même au lit des patientes hospitalisées pour accouchement ou pour menace d'accouchement prématuré (56).

Ils ont été remplis sur place ou à leur domicile (pas de traçabilité). Le retour de ces questionnaires était éparé : services, secrétariats, sages-femmes et moi-même.

Les sages-femmes ont distribué 65 questionnaires, les secrétaires 60 questionnaires, moi-même 60 également, avec un taux de retour moyen de 75,7% respectivement de :

- Sages-femmes = 75.4 %.
- Secrétaires = 58,3 %.
- Moi-même = 93,3 %.

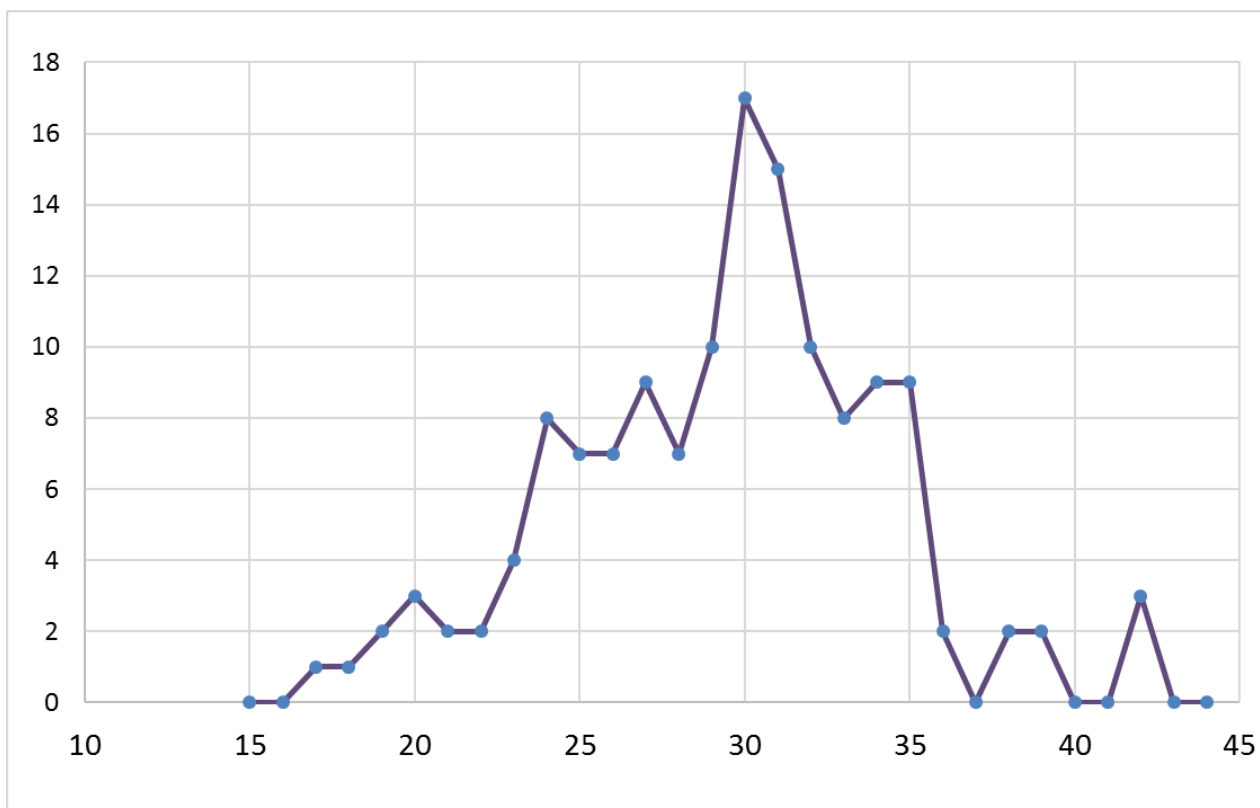
A. CARACTERISTIQUES DE NOTRE POPULATION

1. AGE MOYEN DE LA POPULATION

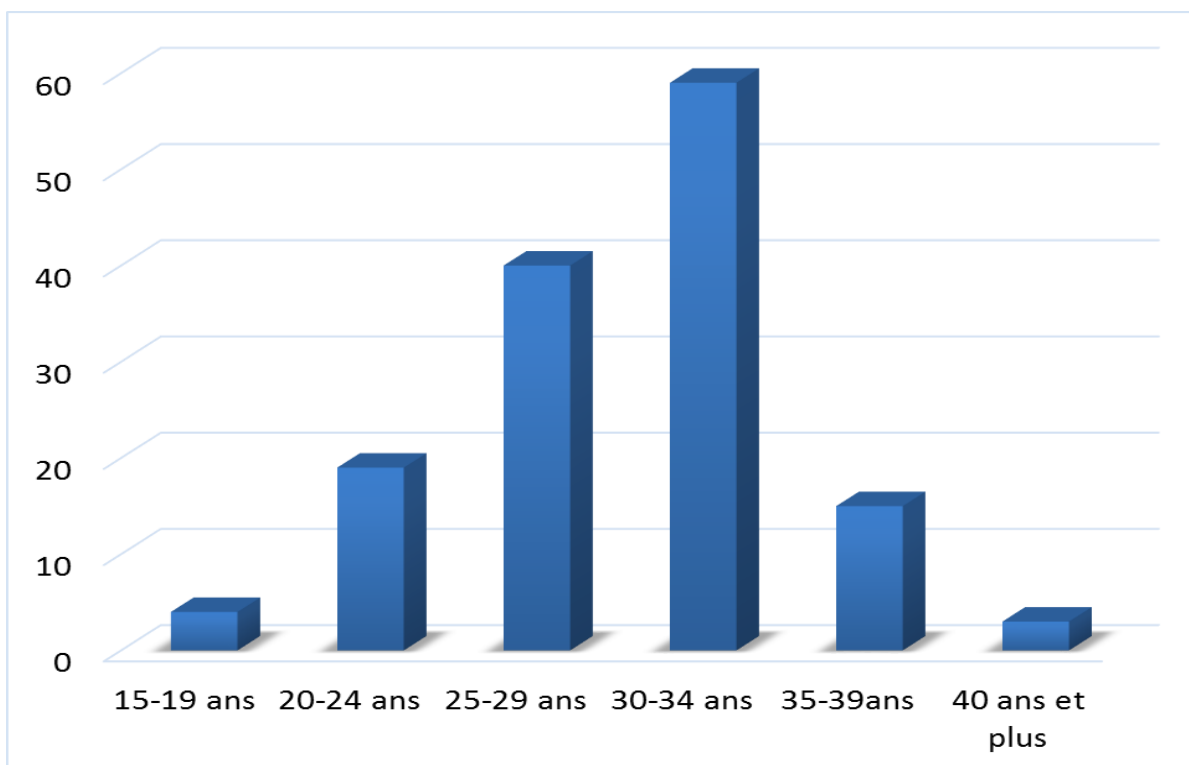
a. *Repartition par tranche d'âge des femmes interrogées*

Age	Nombre	Pourcentage
De 15 à 19 ans	4	2,9%
De 20 à 24 ans	19	13,6%
De 25 à 29 ans	40	28,6%
De 30 à 34 ans	59	42,1%
De 35 à 39 ans	15	10,7%
40 ans et plus	3	2,1%
Total	140	100,00%

b. Répartition graphique par âge des femmes interrogées

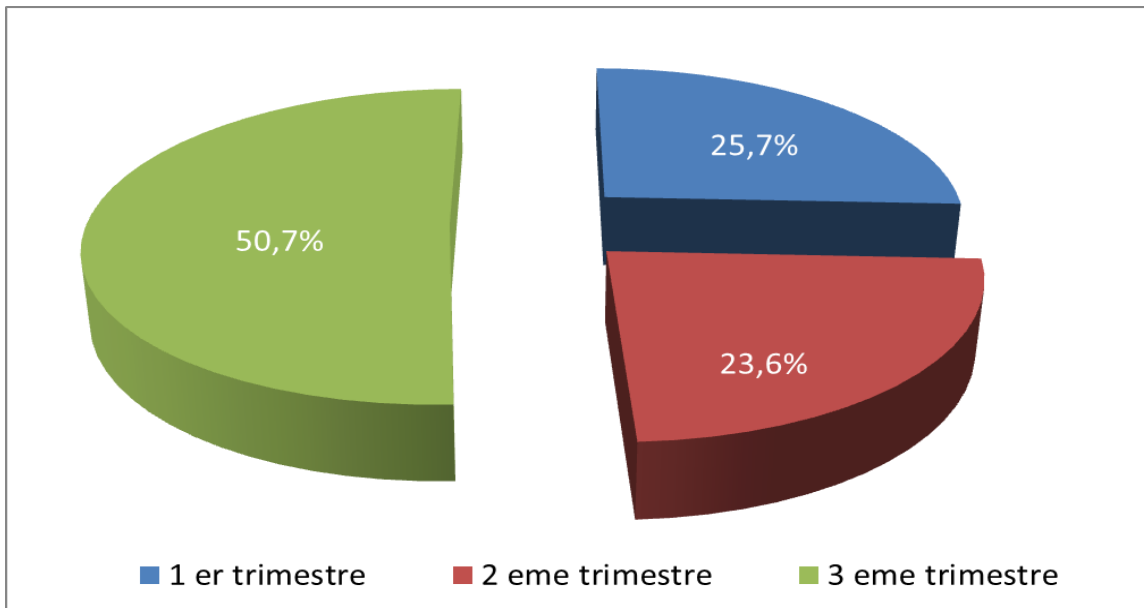


L'âge moyen des femmes enceintes est de 30 ans et la médiane de 29.4 ans.



Autre représentation de la pyramide des âges

2. TRIMESTRE DE GROSSESSE DES FEMMES INTERROGÉES



- Les femmes ont été sollicitées à remplir le questionnaire à différents moments de leur grossesse.
- Du fait des différents circuits utilisés pour le recueil des questionnaires, les femmes questionnées au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse sont majoritaires (51%).

3. PARITE

a. Parité moyenne

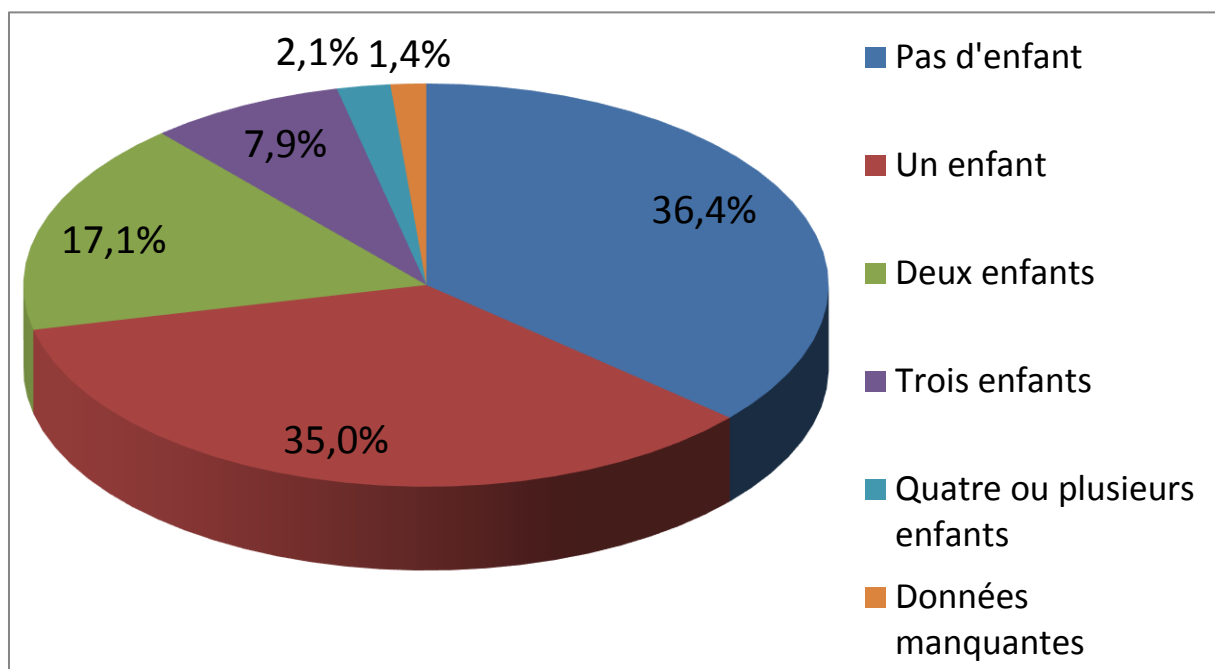
Age maternel suivant la parité :

Parité	Nombre	Pourcentage	Age moyen	Age médian
Primipares	51	37%	27,4	28
Multipares	87	63%	30,7	31
Total	138	100%		

2 données manquantes

- L'âge moyen des primipares est de 27,4 ans.
- L'âge moyen est de 30.7 ans pour les multipares.

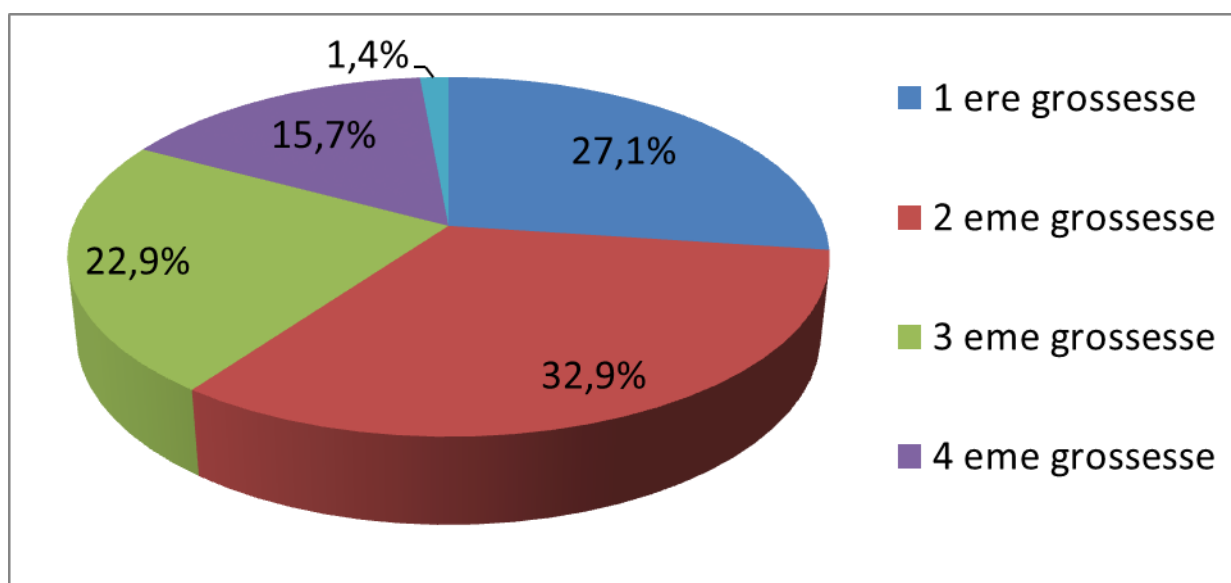
b. Parité



Remarque : La grossesse en cours n'est pas comptée

- Les futures familles de plus de 2 enfants représentent 27.1% .
- 36.4% des femmes attendent leur premier enfant.

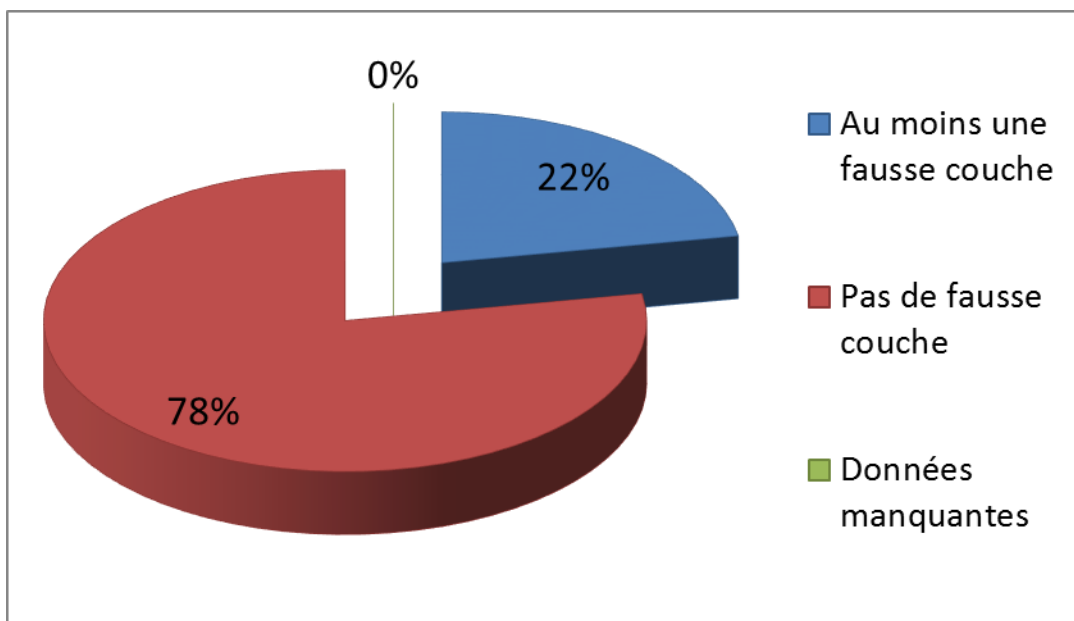
4. GESTITE



- Dans la population étudiée, 27,1 % des femmes sont des primigestes.
- Le taux des deuxième geste est de 32.9%.
- 38,6% de femmes vivent leur 3^{ème} grossesse ou plus.
- La différence entre les chiffres de parité et de gestité est liée :
 - aux fausses-couches.
 - aux interruptions volontaires de grossesse.

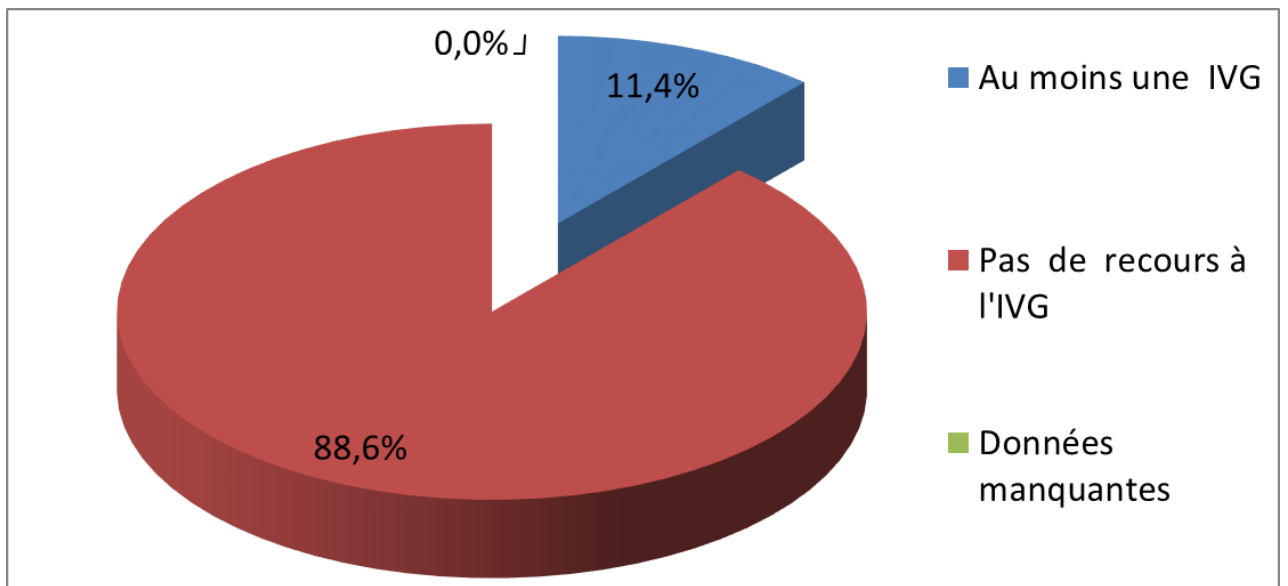
Cette différence est surtout visible pour les primipares, elle est probablement due aux IVG.

5. FAUSSES-COUCHES



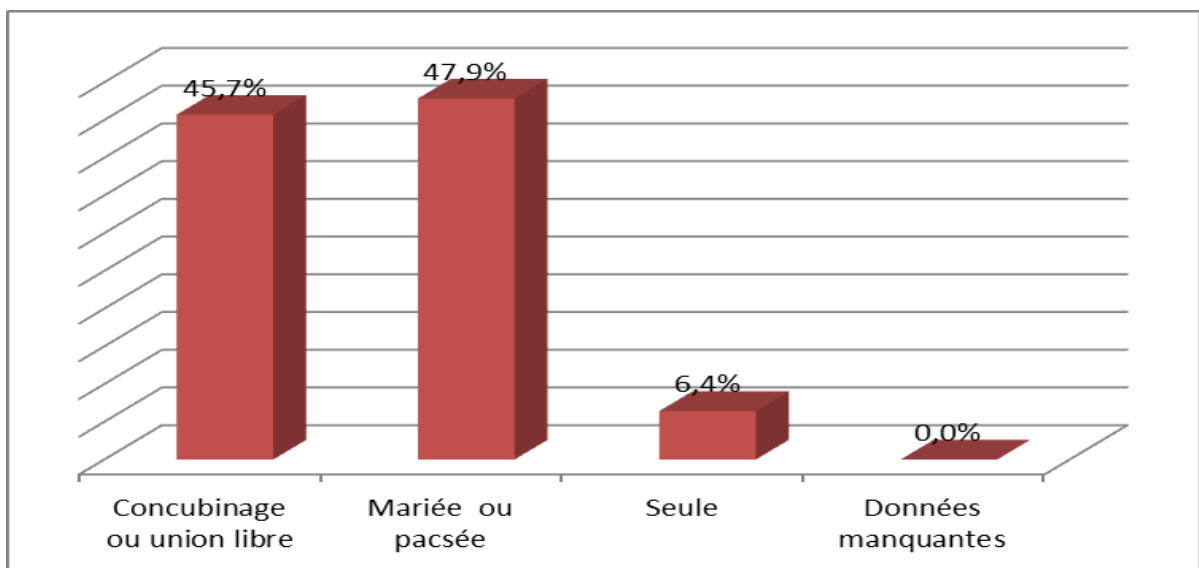
Les femmes ayant présenté au moins une fausse-couche représentent 22.1 %.

6. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)



Le nombre de femmes ayant déclaré avoir eu recours à l'IVG (au moins à une interruption volontaire de grossesse) sur ce questionnaire est de 11.4 %.

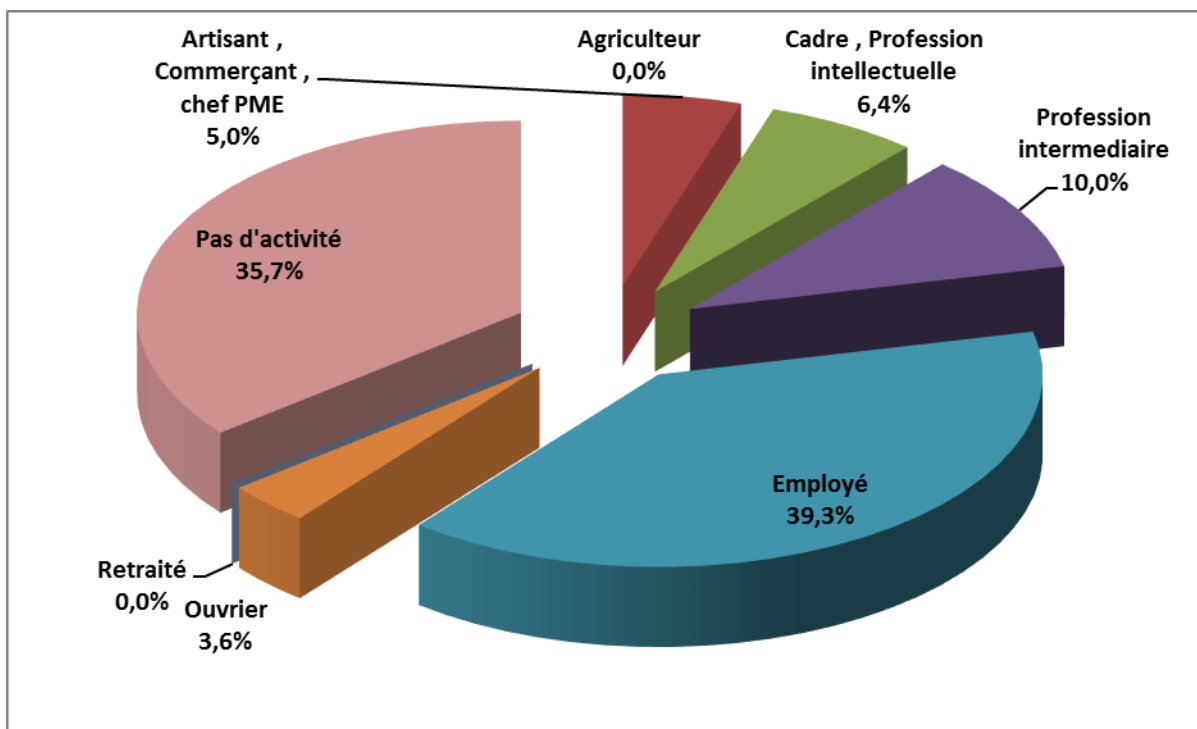
7. CADRE DE VIE DES FEMMES : STATUT FAMILIAL



Statut conjugal de la population interrogée :

- 47.9 % des femmes sont mariées ou pacsées.
- 45.7 % déclarent vivre en concubinage.
- 6.4% des femmes déclarent vivre seules.

8. STATUT PROFESSIONNEL



La situation professionnelle des futures mamans ou mamans est contrastée, 35.71 % des femmes se déclarent sans une activité professionnelle (actuellement ou avant leur congé maternité).

Nous n'avons pas interrogé les femmes sur les causes de leur inactivité :

- Situation de recherche d'emploi ?
- Choix volontaire ou culturel d'être femme au foyer ?
- Statut d'invalidité sans activité professionnelle possible ?
- Etudiante non salariée ?

Les femmes en activité se répartissent comme suit :

Catégorie INSEE	Répartition relative
Agricultrice	0,00 %
Artisan, Commerçante, chef PME	7,78 %
Cadre, Profession intellectuelle	10,00 %
Profession intermédiaire	15,56 %
Employée	61,11 %
Ouvrière	5,56 %

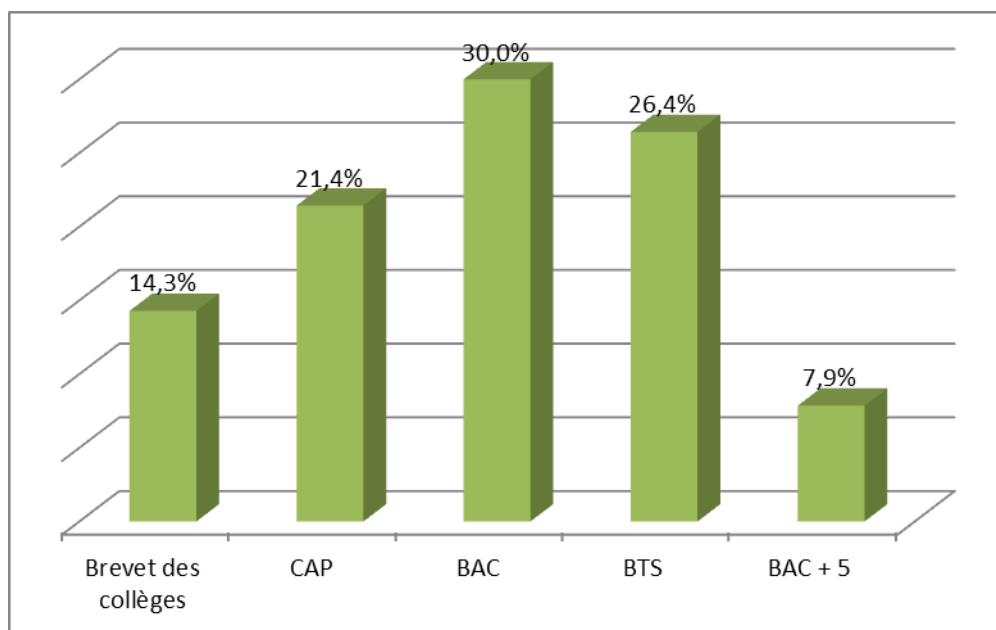
Les femmes qui travaillent ou sont en congé de maternité classent leur profession dans les catégories simplifiées de l'INSEE de la façon suivante :

Les employées représentent la grande majorité (61.1%).

Les professions intermédiaires (avec 15,6 %) correspondent à l'enseignement, la santé, la fonction publique et assimilée de catégorie B .

Les autres catégories sont plus marginales.

9. NIVEAU SCOLAIRE



Les qualifications de la population étudiée se répartissent comme suit :

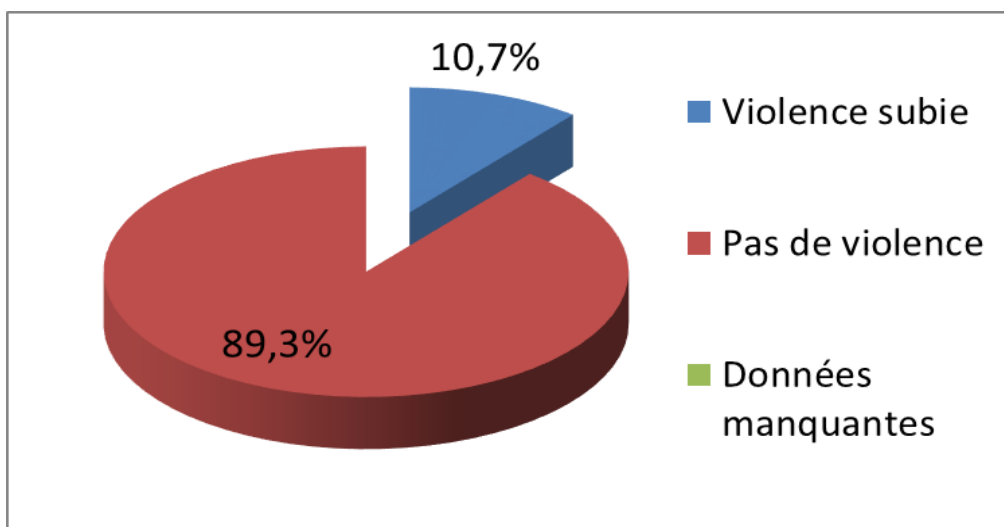
- 14.3 % ont atteint le niveau du Brevet des collèges.
- 21.4 % ont une formation pratique de type CAP.
- 30 % des femmes ont le niveau BAC (Baccalauréat).
- 26.4 % d'entre elles possèdent un BTS (brevet de technicien supérieur).
- 7.9 % ont une formation de niveau dit BAC+5 (et plus).

Donc le niveau d'étude moyen est le BAC

- 36 % n'ont pas atteint le secondaire (lycée).
- 56.4 % ont le niveau BAC et BTS

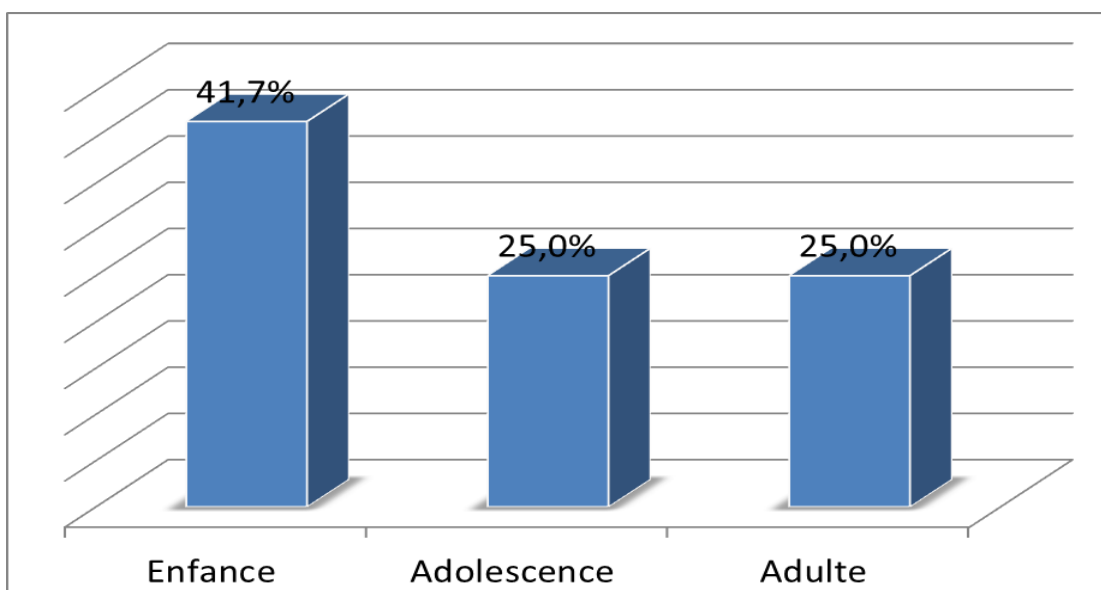
10. PLACE DE LA VIOLENCE

a. Femmes exposées à la violence



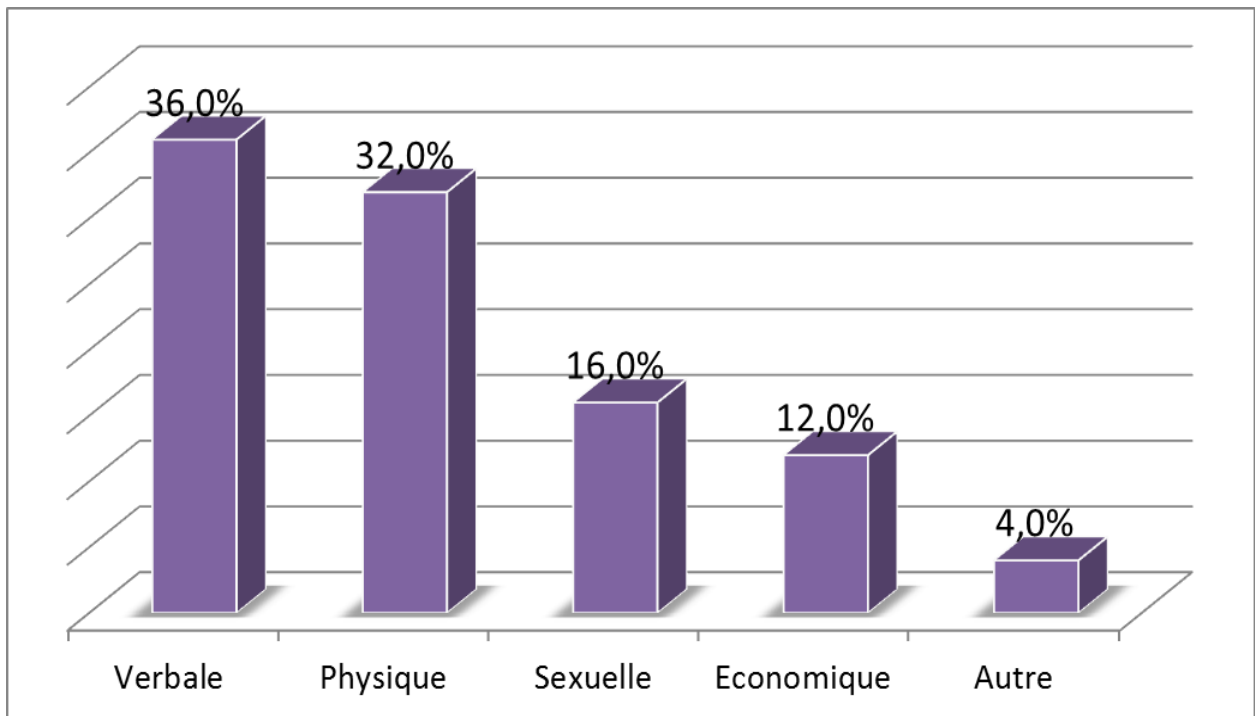
Dans notre population 10.7 % des femmes ont déclaré avoir été victimes de violence, toutes causes confondues.

b. Période où s'est exercée cette violence



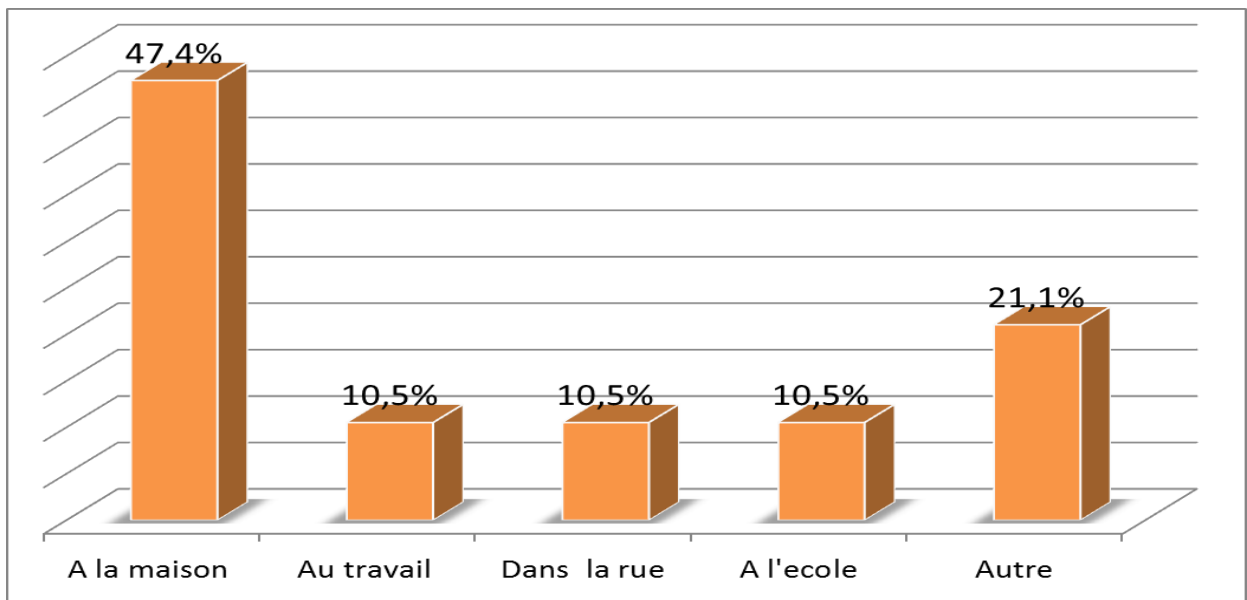
La perception de cette violence, s'associe essentiellement à l'enfance et à l'adolescence.

c. Type de violence



Ces 15 femmes (10.7%) ont précisé le type de violence dont elles ont été victimes. Elles relatent en premier lieu la violence verbale et physique .

d. Lieu où s'exerce cette violence



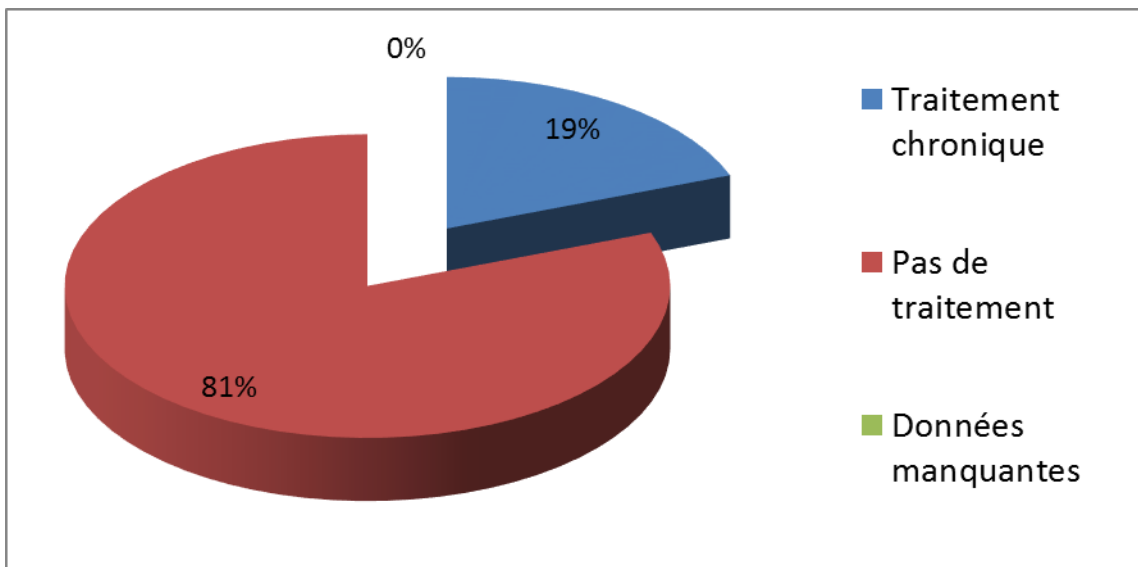
Elles localisent cette violence préférentiellement à leur domicile.

En pratique en raison de l'étroitesse de l'échantillon , aucune conclusion ne peut être émise. Mais la tendance se dégage par quatre mots clés :

- Une femme sur dix.
- Maison.
- Enfance et adolescence.
- Psychique et physique.

11. COMORBIDITES ET GROSSESSE

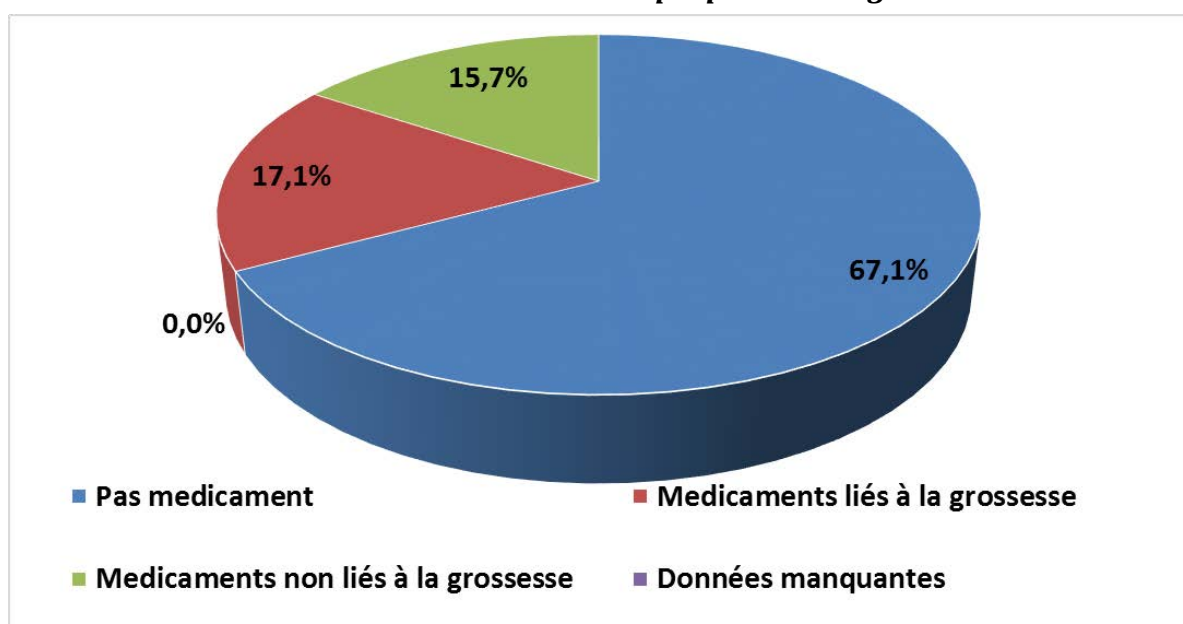
a. Traitement chronique avant la grossesse



- 19,3% des femmes déclarent avoir pris un traitement régulier avant cette grossesse.

- Quelques exemples, à titre indicatif, pour les femmes qui ont précisé leur traitement :
 - Pentasa® pour maladie de Crohn (x 2)
 - Nocertone®, Maxalt 5 mg® = Anti migraineux (x 2)
 - Lysanxia®, Effexor®=Antidépresseurs et anxiolytiques (x 4)
 - Atarax®, Zopiclone = Hypnotiques (x 3)
 - Anti- inflammatoire non stéroïdien (x 2)
 - AntiH1 (ex kestinlyo®) (x 4)
 - Levothyrox® (x 2)
 - Doliprane® si besoin (x 5)
 - Subutex®(x 1)
 - Inhibiteur pompe à proton (x 3)
 - Tramadol (x 1)
 - Bêtabloquant (x 2)
 - Seretide = traitement asthme (x 2)
 - Pas de médicament anti-épileptique.

b. Traitement chronique pendant la grossesse

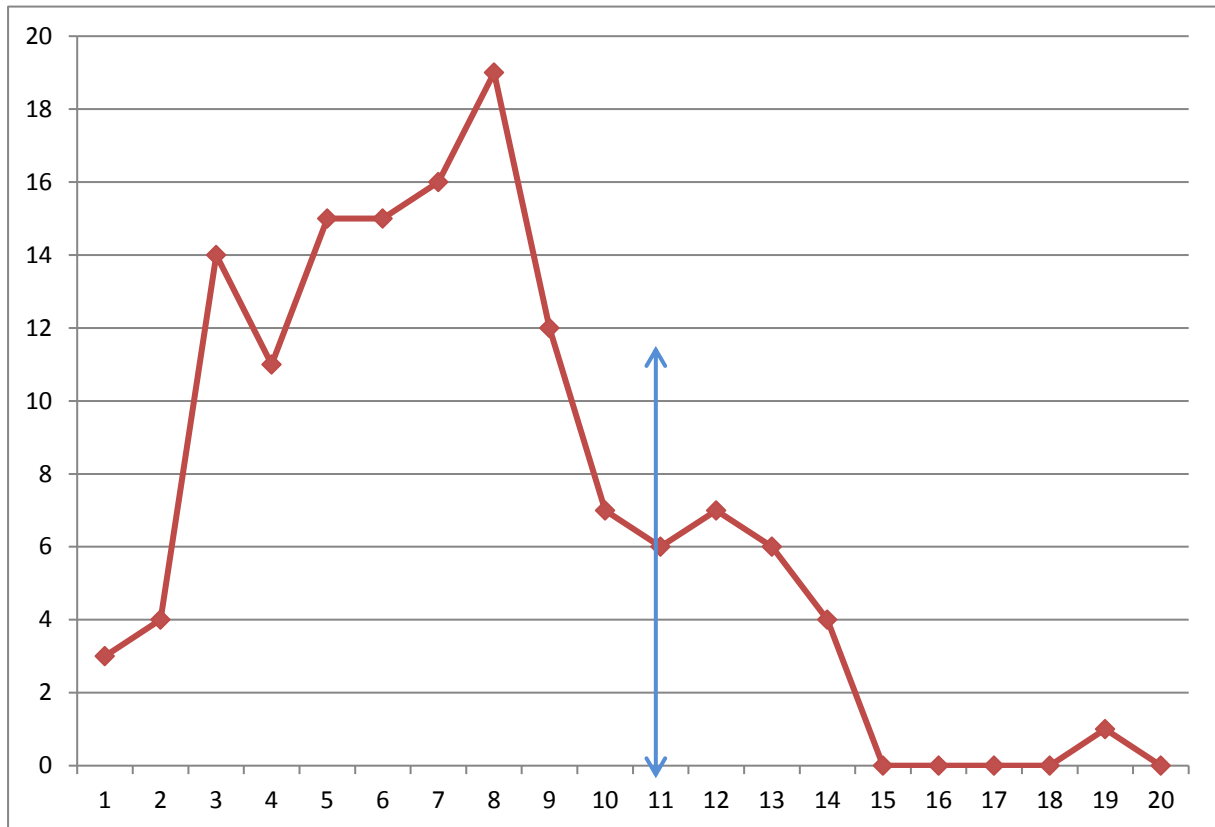


- Vingt-deux femmes sur les vingt-sept ont poursuivi leur traitement chronique.
- Les antimigraineux ont été arrêtés ainsi que les AINS .
- Pour les antidépresseurs et anxiolytiques, la réponse est floue. Une patiente a arrêté les deux principes actifs.

12. ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION

Le niveau d'anxiété et de dépression de la population a été déterminé par le **test HAD (Hospital Anxiety and Dépression Scale)**.

a. Répartition du niveau d'anxiété de la population avec le questionnaire HAD



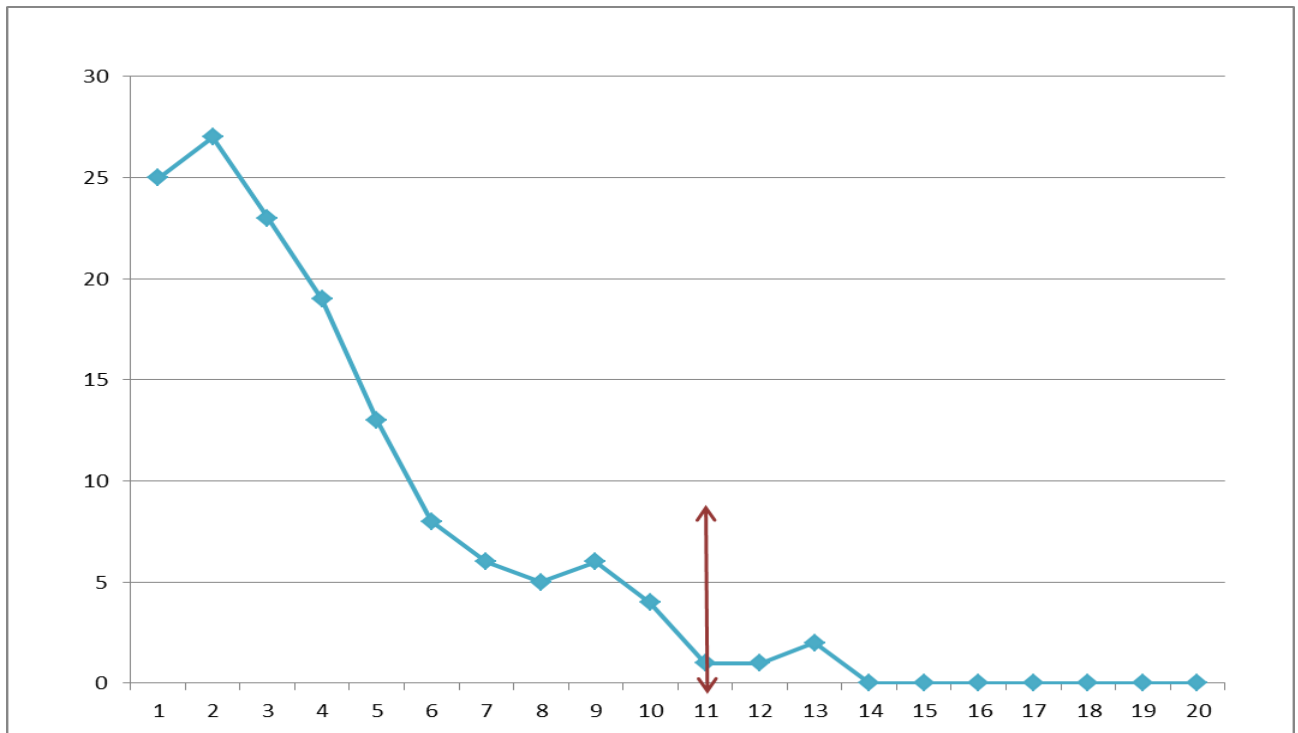
Pour l'anxiété, la moyenne de la population est de 7.2 et la médiane de 7.

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores. [25]

A= Anxiété et D= dépression :

- Sept ou moins : absence de symptomatologie.
- Huit à dix : symptomatologie douteuse.
- Onze et plus : symptomatologie certaine.

b. Niveau de dépression de la population avec le questionnaire HAD

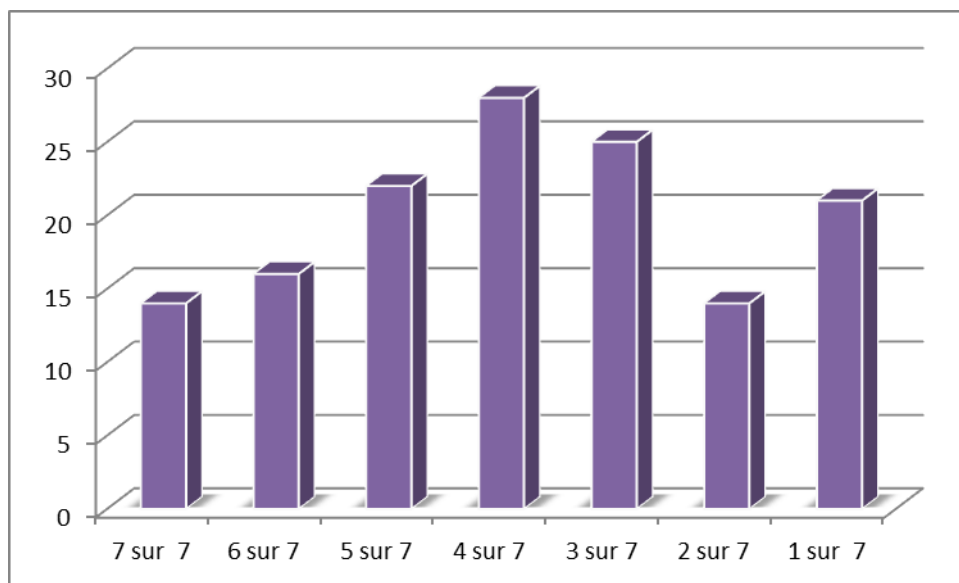


- Pour la dépression, la moyenne de la population est de 3.95 et la médiane de 3.
- Le score est :
 - Douteux pour l'anxiété,
 - Normal pour la dépression.

En pratique soixante-deux femmes (44,3%) un score pour les symptômes anxieux (A) significatif, supérieur à 7 et dix-neuf (13,6 %) patientes ont score pour les items évoquant des traits dépressifs(D) supérieur à 7.

Vingt-quatre femmes (17,1 %) ont un score A et quatre ont un score D (3%) supérieur ou égale à 11.

13. CONNAISSANCES THEORIQUES SUR LES CONSEQUENCES DU TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE : REPARTITION DES NOTES SUR 7 DE FEMMES INTERROGEEES



L'interprétation est difficile, il semble que certaines femmes aient coché les réponses vraies et non les fausses comme demandé dans la consigne, ce qui explique peut-être le fort taux de « mauvaises notes » sur ce graphique avec une réponse juste sur 7.

Sur les 137 femmes qui ont répondu ; les connaissances des femmes enceintes concernant les conséquences du tabagisme pendant la grossesse sont :

- 10% des femmes ont répondu correctement aux QCM.
- 21.3 % des femmes ont répondu correctement au moins 6 propositions .
- 37.1 % des femmes répondu juste à aux moins 5 propositions.

B. LA PLACE DU TABAC DANS NOTRE POPULATION

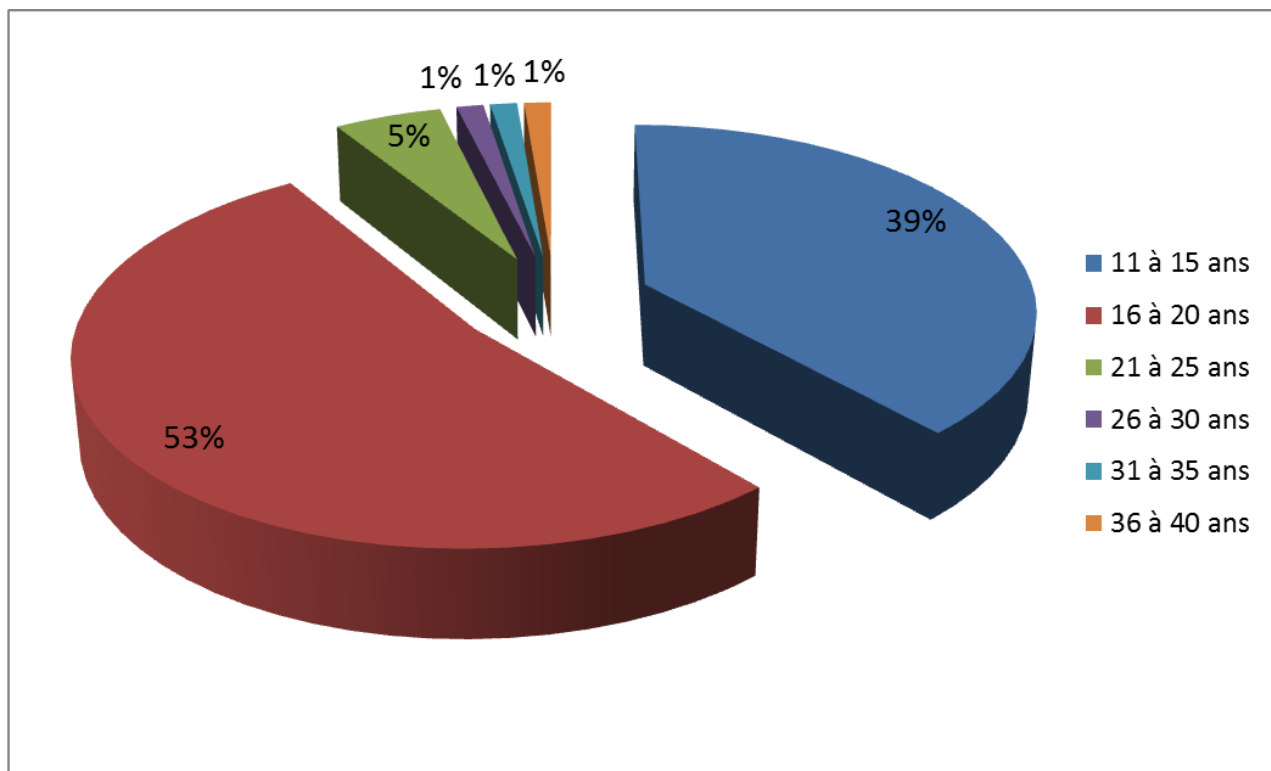
1. INCIDENCE DU TABAGISME

Habitudes tabagiques	%	Nb brut
Non fumeuse = « never smoke »	44,3%	62
Ex-fumeuse (Arrêt tabac depuis plus 1 an)	8,6%	12
Arrêt motivé par cette grossesse	14,3%	20
Fumeuse	32,7%	46
Total	100%	140

- 44,3% des femmes interrogées n'ont jamais fumé de cigarettes ou autres dispositifs contenant du tabac.
- Dans cette population 32.7 % des femmes fument pendant leur grossesse lors de la sollicitation pour cet auto-questionnaire.
- 14.3 % des femmes ont arrêté de fumer depuis moins de 1 an et ont renseigné cette ligne du questionnaire « *J' ai arrêté récemment le // 201... ; je fumais cigarettes / j depuis l' âge de* ». Par extrapolation, nous avons conclu que les femmes ont arrêté de fumer lors du désir d'enfant ou lorsque cette grossesse fut averée.
- 8.6 % ont stoppé leur tabagisme depuis plus d'un an.
- L' âge moyen est de 30 ans et l' âge median de 29.7 ans, pour les fumeuses et les ex-fumeuses.
- Dans notre serie , avant cette grossesse, 47,1% des femmes fument.

Ces deux constantes sont comparables à la population générale.

2. REPARTITION PAR TRANCHES DE L'AGE DE DEBUT DU TABAGISME



L'âge moyen de début du tabagisme a été étudié pour soixante-dix-huit femmes. Les femmes ont commencé à fumer, en moyenne, à l'âge de 16.8 ans avec une médiane à 16 ans.

3. EVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE TABAC PAR LES FEMMES ENCEINTES AVANT ET PENDANT LA GROSSESSE

a. Evolution avant et pendant

Tabac	Nombre	Pourcentage
Arrêt total	20	30,3%
Diminution moins de 5 cigarettes	7	10,6%
Diminution entre 5 et 10 cigarettes	26	39,4%
Diminution plus de 10 cigarettes	13	19,7%
Inchangée	0	0,0%
Augmentation	0	0,0%
Début	0	0,0%
Evolution inconnue	0	0,0%
Total	66	100,0%

La moyenne de la diminution est de 9 cigarettes et la médiane de 10 cigarettes.

b. Nombre de femmes qui fument

	Avant	Pendant
Tabac	66	46
	47.1%	32.9%

Pendant la grossesse 20 femmes arrêtent de fumer soit 14.3 % de femmes, ou 30% des fumeuses.

c. Nombre de cigarettes quotidiennes d'une fumeuse avant et pendant la grossesse

Nombres de cigarettes	AVANT		PENDANT	
Zero cigarette	62	44.3	94	67,1%
Une à 10 cigarettes/J	32	22,9%	39	27,9%
Onze à 20 cigarettes/J	34	24,3%	6	4,3%
Vingt et un à 30 cigarettes/J	12	8,6%	1	0,7%

Sont incluses dans ce tableau les femmes qui ont arrêté depuis plus d'un an.

Pendant la grossesse , de nombreuses femmes ne fument plus, ou le tabagisme quotidien a nettement diminué. Le taux de non fumeuses est de 67.1 %, moins de 1 % des femmes fument plus d'un paquet/J.

d. Répartition des différents modes de consommation de Nicotine avant et pendant cette grossesse.

Type de produits	AVANT		PENDANT	
TABAC				
cigarettes	65	100%	46	100%
cigares	2	3.1%	0	
Narguilé avec tabac	1	1.5%	0	
NICOTINE				
E-cigarettes	5	7.7%	1	2.2%
Gommes de substitut nicotinique	0	0%	1	2.2%

Une donnée manquante

Ce tableau n'inclut pas les ex-fumeuses

- La cigarette (industrielle ou roulée) est fumée par tous les fumeuses. Dans 87.26% des cas , elle utilisent que la cigarette classique. Dans 12.3 % des cas, les femmes fumeuses utilisent plusieurs vecteurs.
- Toutes les femmes qui utilisent la cigarette électronique, consomment également des cigarettes classiques.
- Pendant cette grossesse et de façon cohérente par rapport à la première question du questionnaire, sur les 78 fumeuses ou anciennes fumeuses, 31 femmes n'ont mentionné aucune prise de nicotine. Donc une seule femme poursuit une conduite addictive avec une e-cigarette pendant cette grossesse sans tabac incandescent.
- Sur les 46 femmes fumeuse , 96 % ne consomment qu'un seul vecteur , dans 98% la cigarette classique est le principal vecteur de nicotine. Une seule femme utilise également des gommes de substitut nicotinique.

4. LES RAISONS MOTIVANT LES FEMMES POUR ARRÊTER DE FUMER :

Nous avons interrogé les femmes fumeuses et ex-fumeuses sur les raisons les motivant à arrêter de fumer .

Il s'agit de réponses à choix multiples.

Nous avons résumé dans ce tableau les occurrences des réponses.

	AVANT LA GROSSESSE		PENDANT LA GROSSESSE	
	Nombre	%	Nombre	%
Données manquantes	3	2,2%	6	4.1%
Aucune motivation	3	2,2%	3	2%
Motivation économique	34	25,2%	14	9.5%
Diminution les malformations fœtales	14	10,4%	18	12.2%
Amélioration de la fertilité	7	5,2%		
Diminuer les complications pendant la grossesse	9	6,7%	20	13,5%
Pour ma santé	33	24,4%	22	14,9%
Pour la santé de mon futur Bébé	21	15,6%	43	29.1%
Autre	11	8,2%		
Augmentation motivation après confirmation de cette grossesse			17	11.5%
Augmentation motivation depuis la première échographie			5	3.4%
	135	100,0%	148	100%

Sept ex-fumeuses attendant leur premier enfant n'ont pas répondu à la question « motivation pendant la grossesse ».

Avant cette grossesse

- Parmi l'ensemble des motivations des femmes pour arrêter de fumer avant cette grossesse, l'item la raison économique est choisi dans 25.2 % des cas .
- A part égale l'item « ma santé » est choisi a 24.4 %.
- Le 3^{ème} item choisi est la santé du bébé.
- Le tabac ne fait pas peur, le nombre d'occurrences, pour la fertilité et diminution des complications, est modeste.

Pendant la grossesse,

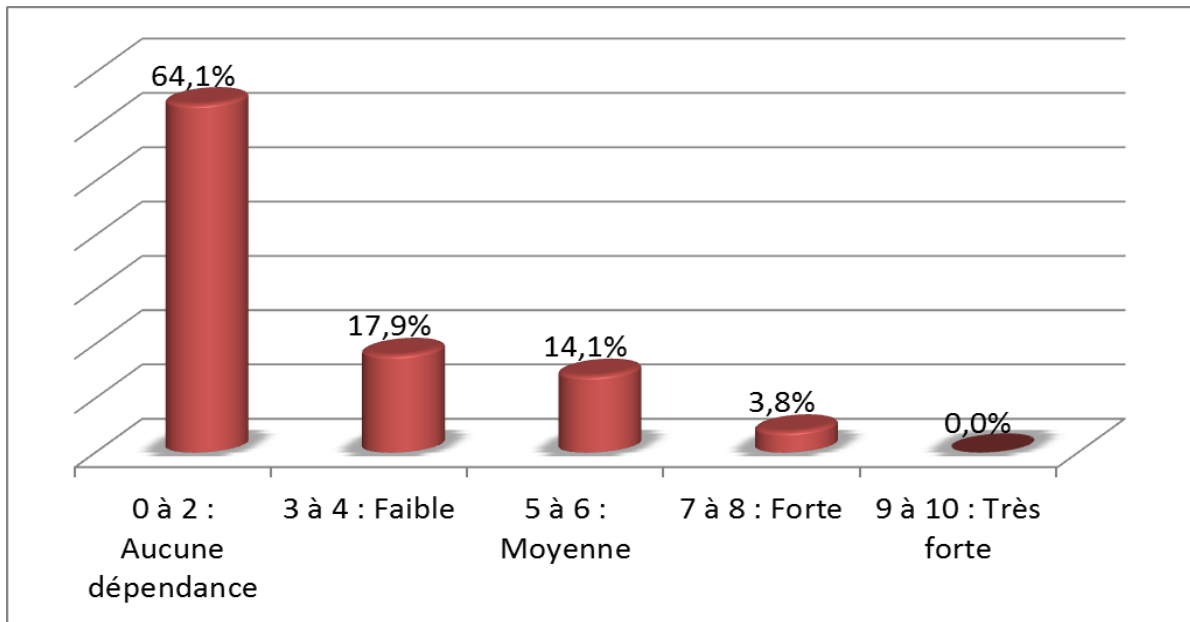
- Les motivations n'ont été exprimées que par 65 femmes sur 78 femmes ex-fumeuses ou fumeuses car :
 - Sept femmes sont effectivement non concernées, car sevrées depuis plus d'un an.
 - Six n'ont pas souhaité remplir cette rubrique.
- Douze femmes, qui ont arrêté de fumer depuis plus de 1,5 an, ont souhaité remplir cette partie.
- Le première échographie n'est pas un élément déterminant. Néanmoins la motivation liée à la santé est de loin la plus importante (89.7 %).
- Trois femmes ont affirmé leur non-motivation pendant cette grossesse . Ce fait peut être souligné mais il n'a pas de valeur statistique.
- L'item le plus choisi « *la santé de mon bébé* » par 29.1 % des futures mamans.

En pratique

« Pour la santé de mon futur bébé » est le 1er item , il a été coché par quarante-trois femmes sur les soixante-cinq qui se sont exprimées .

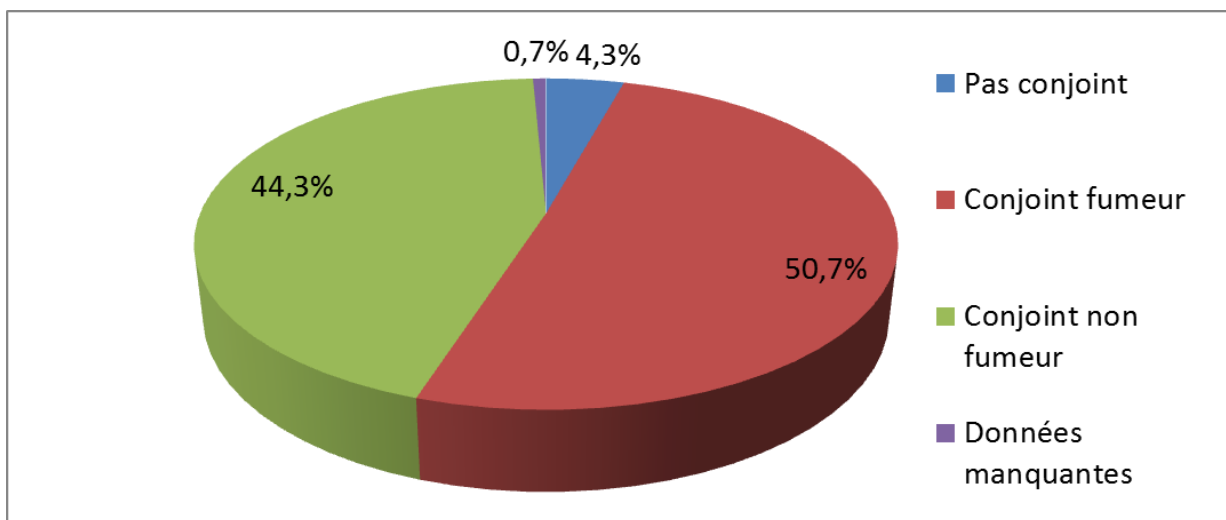
Le diagnostic biologique ou clinique de la grossesse a plus d'influence que la première échographie de datation .

5. LA DÉPENDANCE AU TABAC MESURÉE AVEC LE TEST DE FAGERSTRÖM



Les fumeuses et ex-fumeuses ont auto-évalué leur dépendance par le *test de Fagerström*. Globalement, les femmes s'estiment ou s'estimaient très peu dépendantes voire non dépendantes dans 64.1 % des cas.

6. LES HABITUDES TABAGIQUES DU CONJOINT



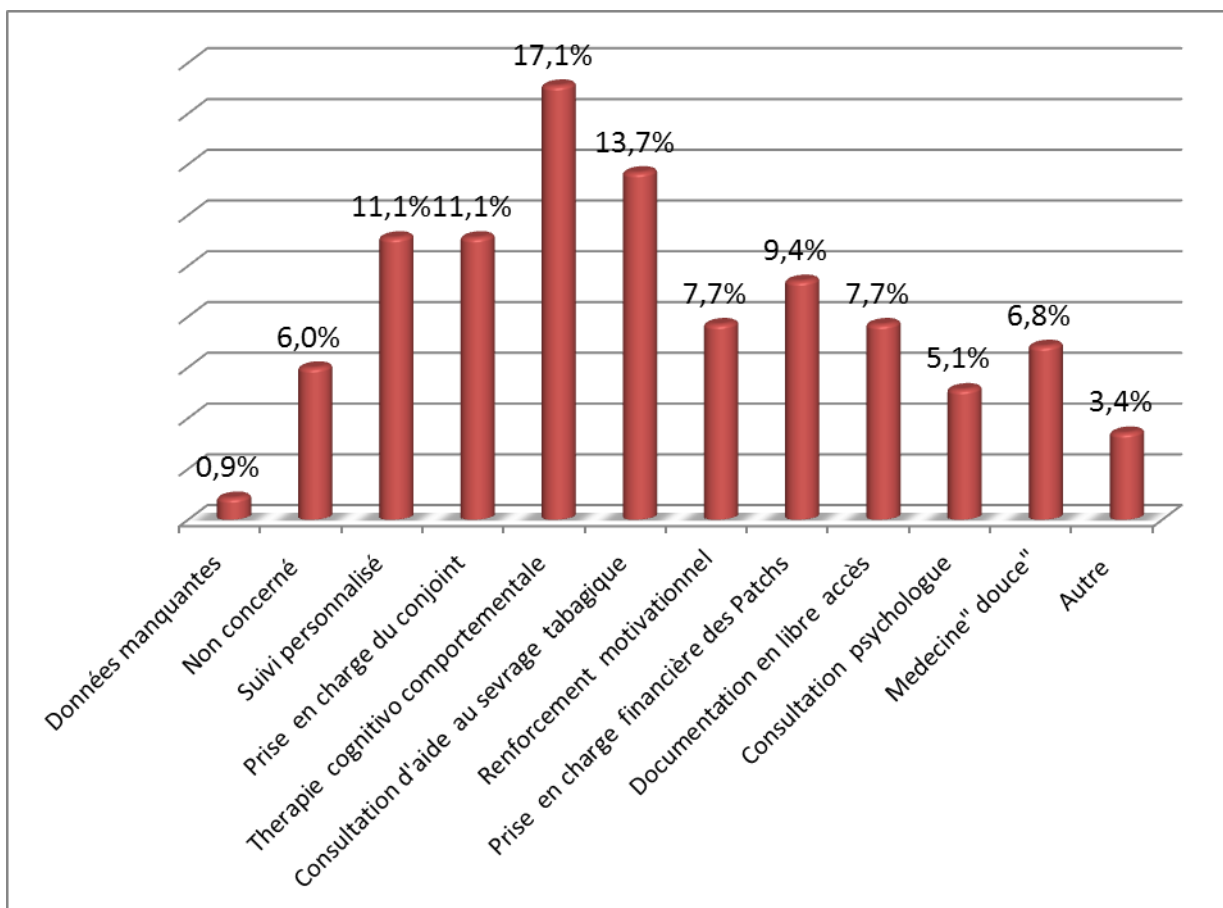
- Les femmes fument mais leurs conjoints aussi; 50.7 % déclarent avoir un conjoint fumeur .
- Par extrapolation, dans notre région, les jeunes hommes fument plus que les femmes.

7. AIDE AU SEVRAGE OU LA CONSOLIDATION DU SEVRAGE TABAGIQUE SOUHAITEE PAR LES FEMMES FUMEUSES ET EX-FUMEUSES

Les femmes pouvaient cocher une ou plusieurs propositions parmi celles citées ci-dessous

- Un suivi personnalisé (consultations) par une sage-femme.
- Prise en charge de votre conjoint.
- Thérapie cognitivo-comportementale individuelle (apprendre à gérer son stress, identifier les situations à risque, désapprendre les rituels).
- Une consultation d'aide au sevrage tabagique ouverte pour toutes les femmes en désir d'enfant.
- Renforcer la motivation dans le cadre d'un programme bien défini et proposé dans le service.
- Une prise en charge financière pour 3 mois des patchs de substitut nicotinique (TNS, gommes, comprimés).
- Mise à disposition de documents d'aide à l'arrêt du tabac...
- Une consultation auprès d'un psychologue pour une prise en charge plus globale de l'angoisse ou de la dépression.
- Proposition d'une prise en charge alternative dans le service: Hypno-thérapie ou acupuncture.
- Autre.

Le graphique suivant représente les pourcentages relatifs à chaque item.



- Les femmes fumeuses et ex-fumeuses souhaitent, dans leur grande majorité, une aide institutionnelle au sevrage tabagique.
- Sept ex-fumeuses, depuis plus d'un an, se sont senties non concernées par cette question.
- Dans notre établissement, une prise en charge minimale par une sage-femme est proposée. La thérapie cognitivo-comportementale est pourtant préférée en premier.

C. CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES PAR LES FEMMES

1. ANALYSE DE LA CONSOMMATION DES DROGUES ILLICITES

La consommation de stupéfiants est relatée avant la grossesse par 13.6 % des femmes, et par 5.7% pendant la grossesse.

Devant la liste des stupéfiants, 14.3% des femmes (soit 20 femmes) déclarent avoir utilisé une ou plusieurs fois ces produits avec la répartition suivante :

Parmi ces femmes , dix-sept sont des mono-consommatrices :

- Deux, de cocaïne.
- Quatorze de cannabis sous diverses formes.
- Une d'amphétamines.

Trois sont polytoxicomanes :

- Cocaïne et cannabis.
- Une patiente sous subutex®, associé à héroïne, cocaïne , ecstasy et cannabis, a poursuivi au cours de la grossesse le Subutex® et des prises occasionnelles d'héroïne.
- Une femme consomme tous les produits, mais pour cette grossesse déclare avoir tout arrêté. La date du sevrage est inconnue.

Pendant la grossesse, sept femmes ont poursuivi l'usage de stupéfiants :

- La patiente sous subutex® sus-citée reste polyconsommatrice (Subutex®, heroine,marijuana)
- Six autres mono-consommatrices de cannabis.

2. CONSOMMATION COMPAREE AVANT ET PENDANT LA GROSSESSE

Stupéfiants	Avant la grossesse		Pendant la grossesse	
Subutex®	1	3,5%	1	11,1%
Héroïne	2	6,9%	1	11,1%
Cocaïne	5	17,2%	0	0,0%
Ecstasy	2	6,9%	0	0,0%
Marijuana	17	58,6%	7	77,8%
Amphétamines	2	6,9%	0	0,0%
	29	100,0%	9	100,0%

Pendant la grossesse la consommation de drogues illicites diminue, la banalisation du cannabis contribue probablement à sa poursuite dans 41,2 %.

Le traitement substitutif est poursuivi.

Evolution de la consommation de cannabis par les femmes avant et pendant la grossesse (déclaratif).

Cannabis ou Marijuana	
Avant la grossesse (déclaratif)	17
Pendant la grossesse (déclaratif)	7
Différence	10
Arrêt déclaratif (%)	58.8%

L' arrêt déclaratif du cannabis est de 58.8 %.

Mode consommation du Cannabis	Joint	Narguile	oral
Avant la grossesse (déclaratif)	10	1	6
Pendant la grossesse (déclaratif)	4	0	3
Différence	6	1	3
Arrêt déclaratif (%)	60%	100%	50%

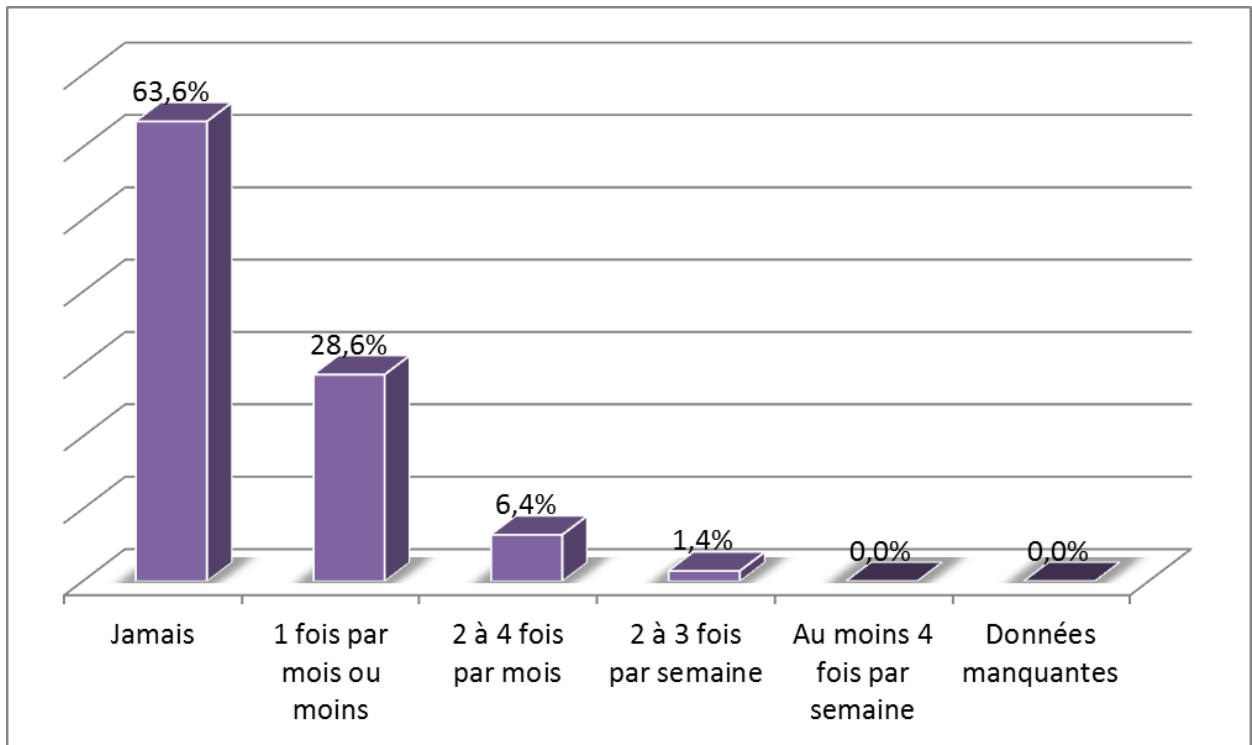
- En croisant les questions , nous pouvons en déduire ce tableau.
En effet, dix-sept femmes ont déclaré consommer du cannabis. Mais dans la question sur les modes de consommation du tabac, dix femmes déclarent consommer des « joints » et une, utiliser un narguilé (déjà antérieurement à la grossesse).
- La même interprétation est réalisée pendant .

D. CONSOMMATION D' ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

Préambule : Notre questionnaire étant axé sur la consommation de tabac, nous avons interrogé les femmes uniquement sur la consommation d'alcool pendant cette grossesse. Les résultats déclaratifs présentés correspondent à la consommation déclarée des 140 femmes enceintes.

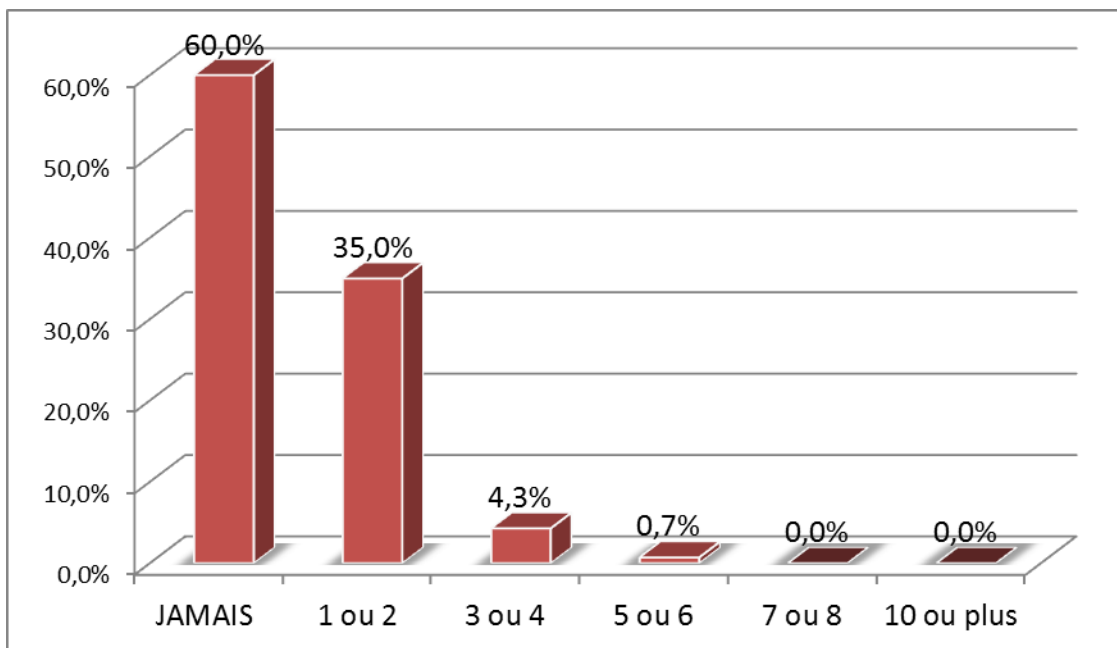
Ainsi nous ne pouvons comparer la consommation d'alcool avant et pendant cette grossesse.

1. FREQUENCE DE LA CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISEES



- La consommation de boissons alcoolisées est nulle pour 63.6 % des femmes.
- 28.6 % ont une consommation occasionnelle, 1 fois par mois.
- 6.4 % ont une consommation plus régulière, 2 à 4 fois par mois.
- 1.4 % ont une consommation quasi quotidienne, 2 à 3 fois par semaine.

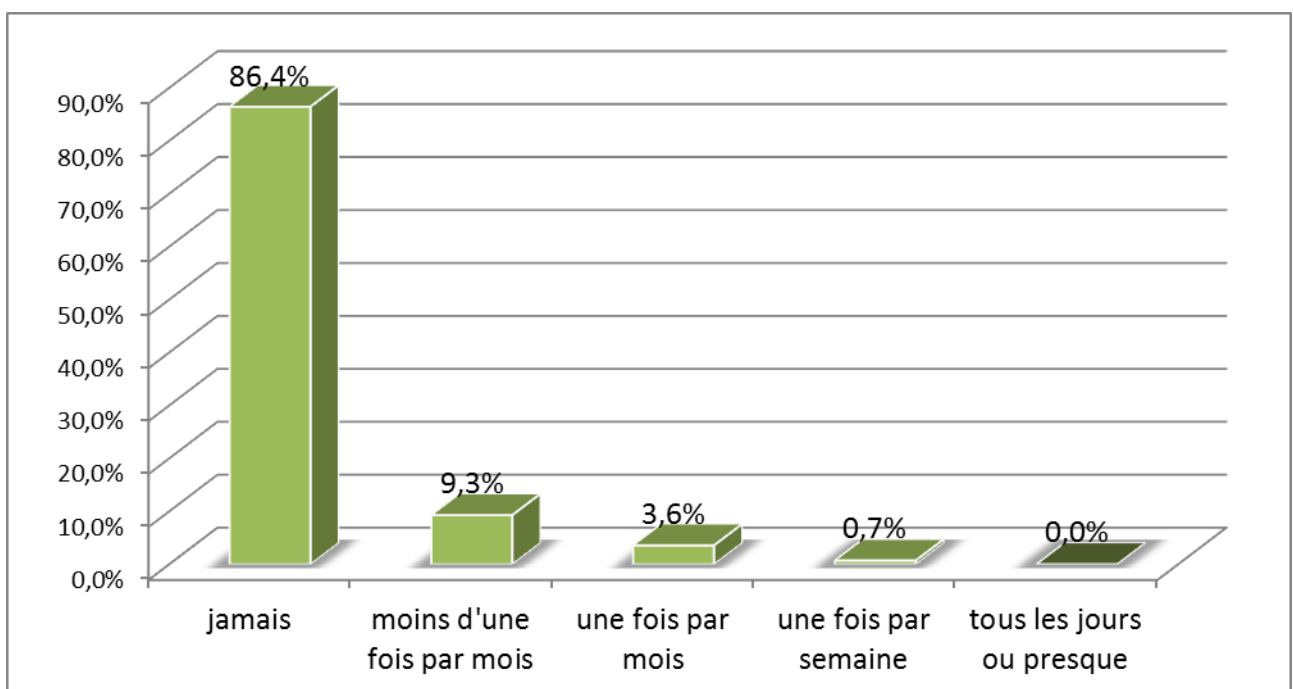
2. QUANTITE DE VERRES D'ALCOOL CONSOMMES UN JOUR TYPIQUE



A chaque occasion, les femmes ayant déclaré une consommation d'alcool, boivent environ 1 à 2 verres dans 35 % des cas, de 3 à 4 verres dans 4.3 %, et plus de 5 verres dans 0.7 % des cas.

Donc 60% des femmes soit 84 femmes ne consomment pas d'alcool pendant cette grossesse, mais 40% oui.

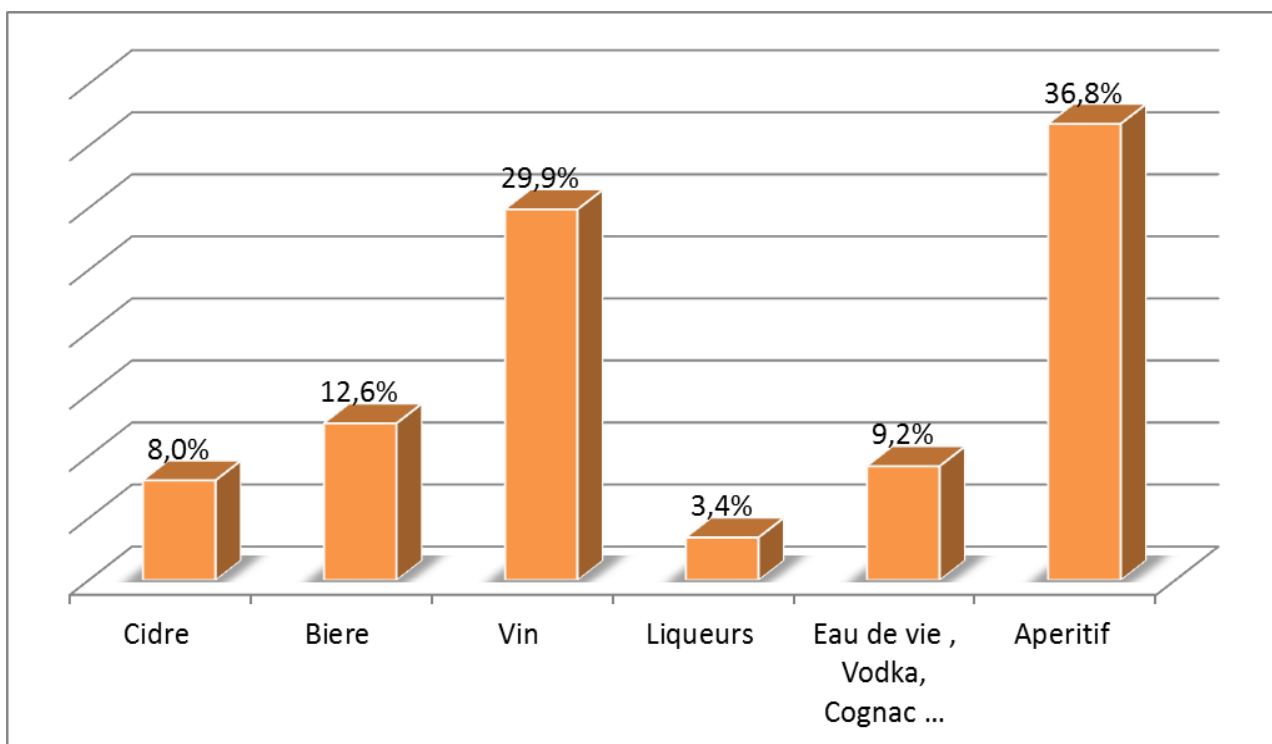
3. CONSOMMATION FESTIVE DES FEMMES INTERROGÉES



Les femmes enceintes ont répondu, tel que rapporté ci-dessus, à la question suivante :
A quelle fréquence, buvez-vous six verres ou davantage lors d'occasions particulières ?

- 9.3 % des femmes consomment six verres ou plus moins de 1x/mois.
- 4.3 % au moins une 1x/mois.

4. TYPE DE BOISSON CONSOMMEE PAR LES FEMMES



- Il s'agit d'une question à choix multiples, 27,1% ne consomment qu'un seul type de boisson alcoolisée, les autres les associent.
- L'apéritif représente la boisson alcoolisée la plus choisie (36.8%).
- En seconde position le vin (29.9%).
- Il existe une petite divergence déclarative, en effet quatre-vingt-neuf femmes ne consomment jamais d'alcool, mais face au listing, elles ne sont que quatre-vingt-trois à confirmer cette affirmation.

E. ANALYSE UNIVARIEE ENTRE LES HABITUDES TABAGIQUES ET LES AUTRES DONNEES DU QUESTIONNAIRES

Préambule : Dans cette partie , nous avons décidé de représenter, par deux graphiques, deux représentations d'une même réalité :

- Le nombre de femmes dans chaque catégorie (non fumeuses , ex-fumeuses , nombre de femmes ayant arrêté récemment de fumer pour raison de grossesse et fumeuses) en fonction de la variable étudiée.
- Le second graphique représente la part relative des quatre catégories.

Variables choisies :

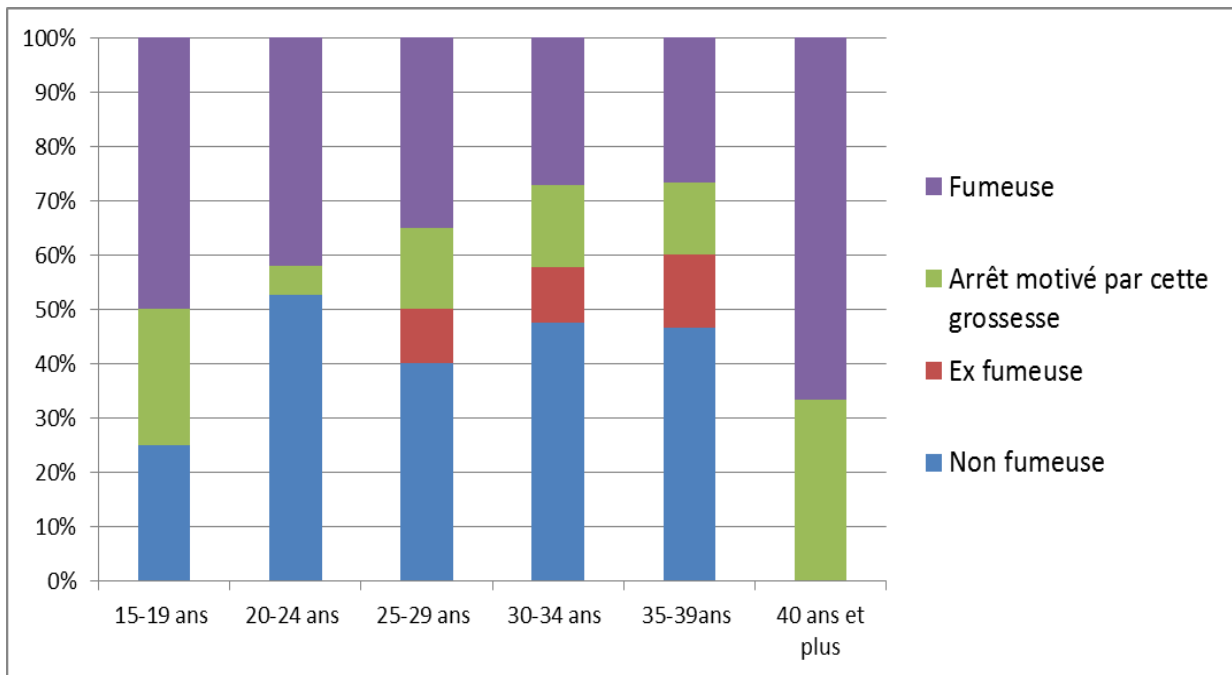
- Tranches d'âge.
- Qualification professionnelle.
- Activité professionnelle.
- Statut conjugal.
- Habitudes tabagiques du conjoint.
- Parité.
- Gestité.
- IVG et fausses-couches.
- Semaines d'amménorrhée.
- Connaissances théoriques.
- Consommation de drogues illicites.
- Violence.
- Traitement médicamenteux.
- Fréquence de consommation d'alcool.

1. AGE ET HABITUDES TABAGIQUES

a. Age

âge	Non fumeuse	Ex-fumeuse	Arrêt motivé par cette grossesse	Fumeuse
moyenne	29,1	30,4	31,1	29
Médiane	30	30,5	32	29
Répartition	62	20	12	46

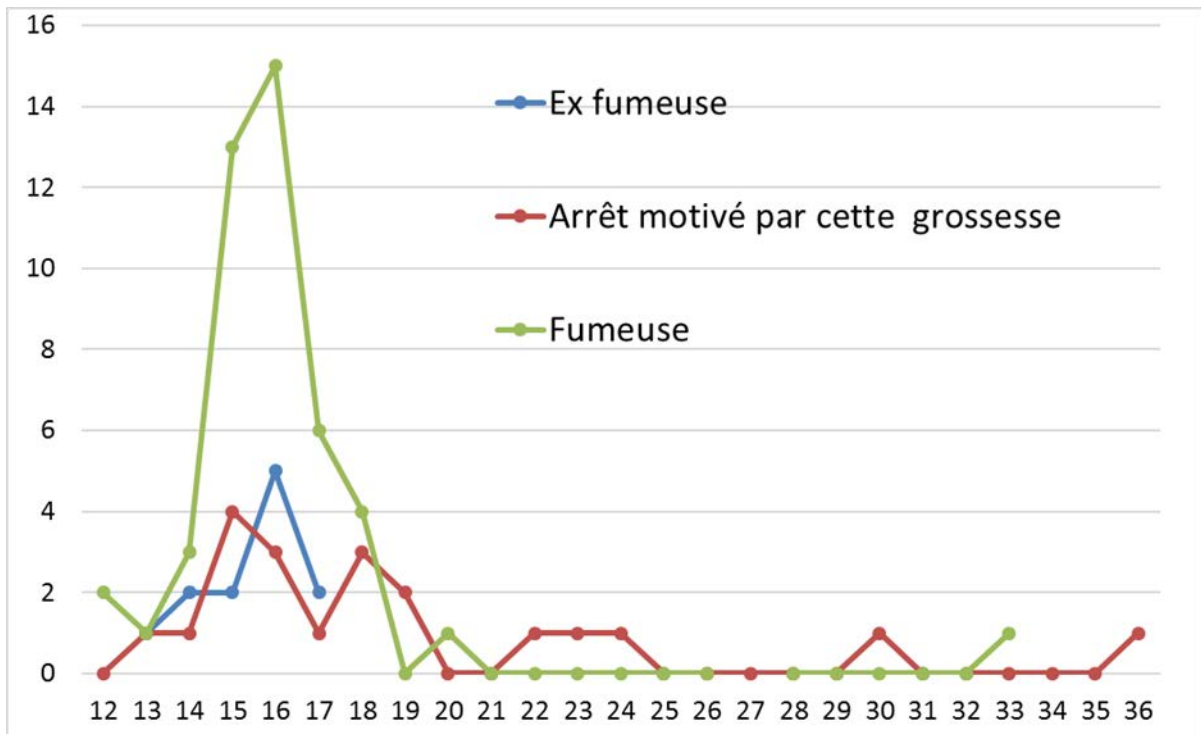
b. Répartition par tranche d'âge du statut tabagique



- Le nombre de fumeuses par tranche d'âge en valeur absolue, croit de 20 ans à 34 ans avec un pic maximal entre 30 et 34 ans en valeur relative.
- La part relative des fumeuses diminue avec l'âge. La plus grande proportion est retrouvée entre 15 et 19 ans.
- La part relative des fumeuses, pour les femmes de 40 ans et plus, est non interprétable en raison de la faiblesse de l'échantillon.
- La part relative des non fumeuses est importante entre 20 et 24 ans, à 50 %.
- Dans notre série, les femmes arrêtent de fumer entre 20 et 30 ans, très probablement. Donc la part relative des ex-fumeuses reste stable avec un pourcentage variant non significativement entre 10 et 13 %.
- La part relative d'arrêt du tabac, motivé par la grossesse, est très variable de 5% à 15% si l'on exclut les extrêmes (les 15-19 ans, et les 40 ans et plus, où les effectifs sont faibles).

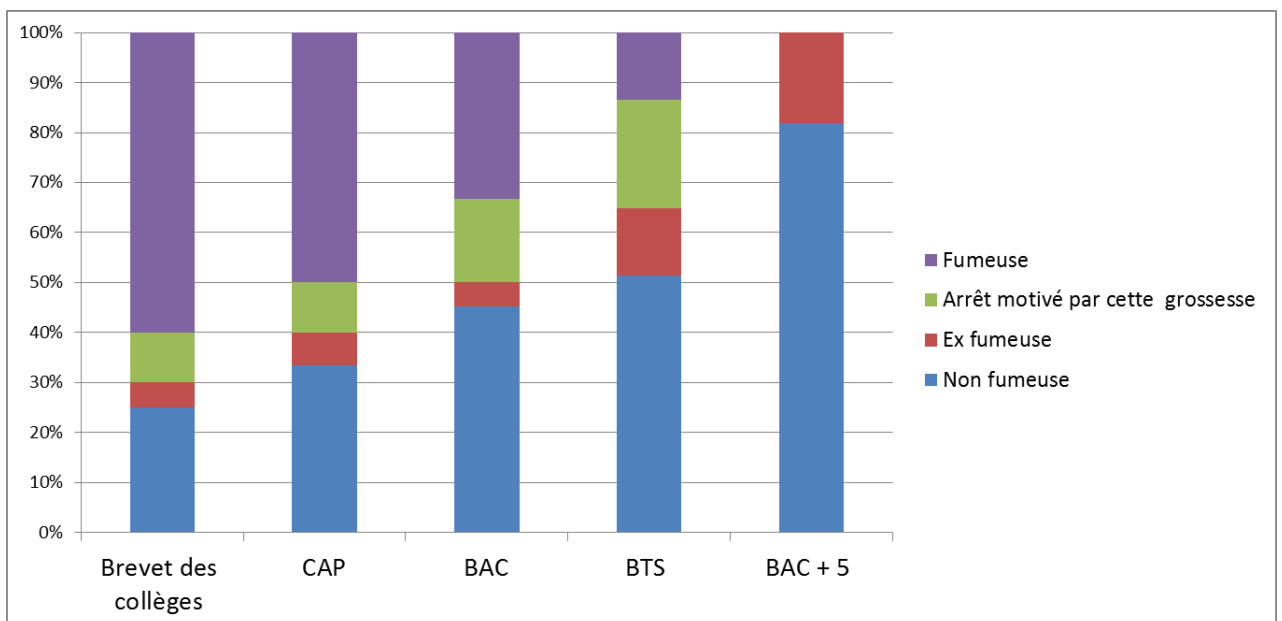
En conséquence, l'éducation à la santé, dont le sevrage tabagique pendant la grossesse, a un sens sur l'ensemble de la population. Il n'est pas licite de cibler une tranche d'âge en particulier.

c. L'âge de début du tabagisme et le statut tabagique



Les femmes qui arrêtent de fumer pendant la grossesse semblent avoir commencé à fumer plus tardivement.

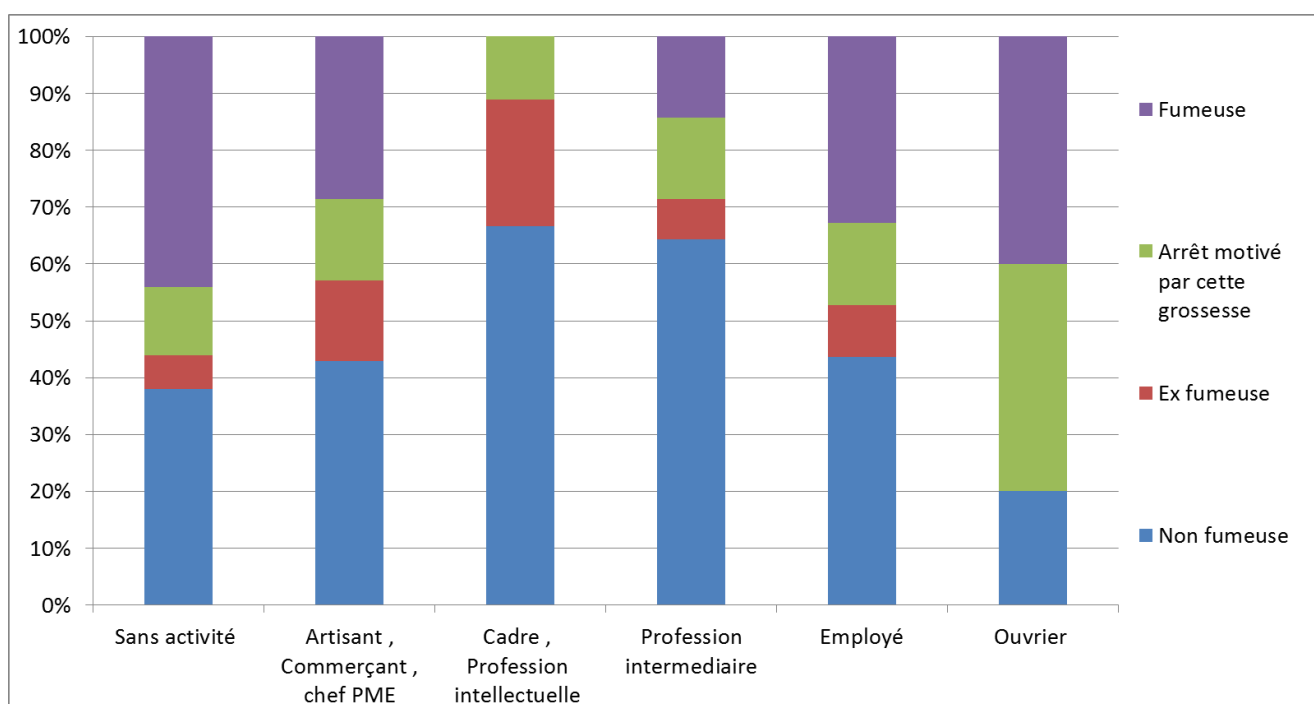
2. QUALIFICATION PROFESSIONNELLE ET HABITUDES TABAGIQUES



- La prévalence du tabagisme diminue avec l'augmentation du niveau des qualifications professionnelles. Le pourcentage diminue de 60% pour le niveau brevet à 0 % pour le niveau ingénieur.
- En miroir à cette réalité, le pourcentage de non fumeuses augmente de 25 % (niveau brevet) à 81.8 % pour le niveau bac + 5.
- Les femmes, ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat, sont plus accessibles à un sevrage tabagique ou à l'arrêt du tabac pour cette grossesse. En effet, le pourcentage d'ex-fumeuses est de l'ordre de 4.8 % à 6.7 % du niveau brevet au Bac, contre 13.5 % et 18.2 % pour les catégories BTS et bac + 5.

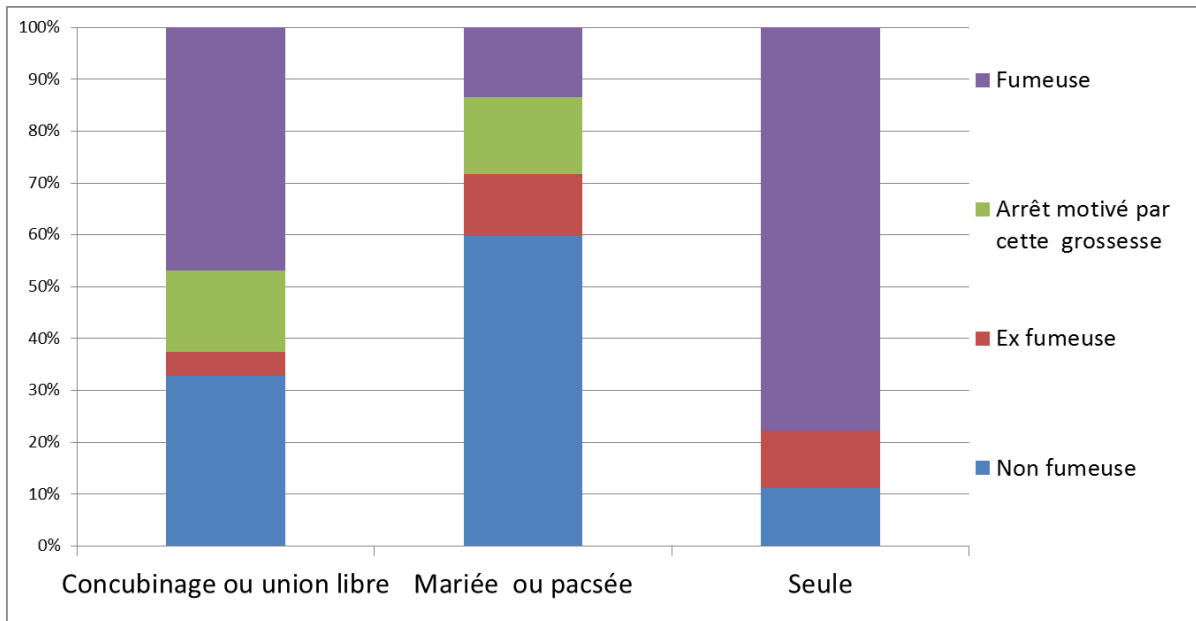
Les arrêts de tabagisme motivés par cette grossesse augmentent de 10 % à 21.6 % avec le niveau scolaire.

3. ACTIVITE PROFESSIONNELLE ET HABITUDES TABAGIQUES



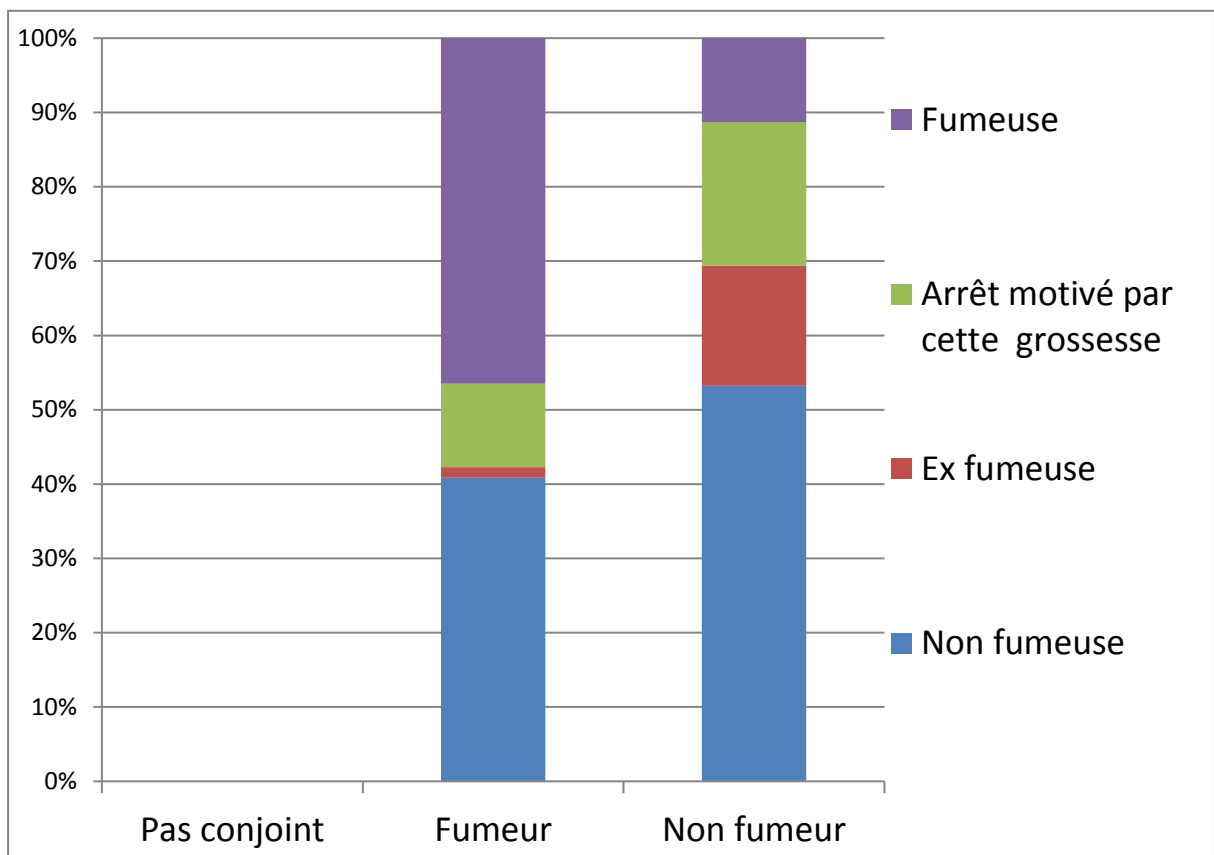
- Les fumeuses sont sur-représentées parmi les ouvrières (40%), les employées (32.7%) et les personnes sans activité professionnelle (44 %).
- Les cadres et les professions intellectuelles ne fument pas ou ne fument plus.
- La proportion d'ex-fumeuses est plus importante pour les cadres (22.2%) et les artisans commerçants (14,3 %) mais le nombre de femmes dans ces 2 catégories est faible.
- La proportion d'arrêt motivé par la grossesse est quasi-constante - entre 11.1 % et 14.6 % - pour les quatre premières catégories correspondant à un effectif de 135 femmes. Le résultat pour les ouvrières est à prendre avec réserve (faible effectif = 5 femmes).

4. STATUT CONJUGAL ET HABITUDES TABAGIQUES



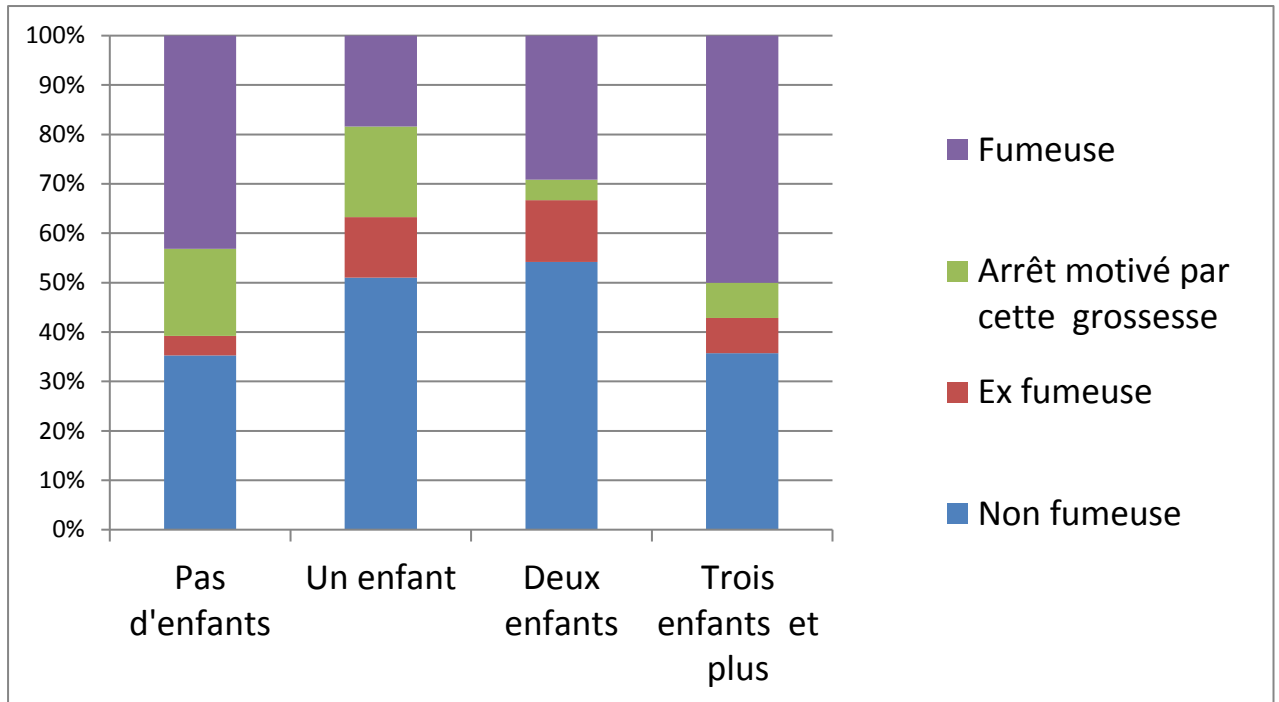
- Le statut marital est très clivant, les femmes seules fument beaucoup mais l'effectif est faible (9 femmes mais 3 déclarent avoir un conjoint).
- Les fumeuses représentent, au sein des couples sans statut juridique, 46.9 %, contre 13.4 % au sein des couples mariés. Les non fumeuses représentent 33,8% des couples vivant en concubinage et en union libre contre 59.7 % pour les couples mariés ou pacsés. Ces 2 différences, pour les fumeuses et les non fumeuses, en fonction de leur statut marital, sont hautement significatives ($p=0.00034$).
- La motivation des femmes pour arrêter de fumer pendant la grossesse est similaire pour les deux types de couples.
- Les ex-fumeuses représentent respectivement 4.7 % (unions libres, concubinages) et 11.9 % (couples mariés et pacsés).

5. HABITUDES TABAGIQUE DU CONJOINT ET HABITUDES TABAGIQUES DES FEMMES ENCEINTES



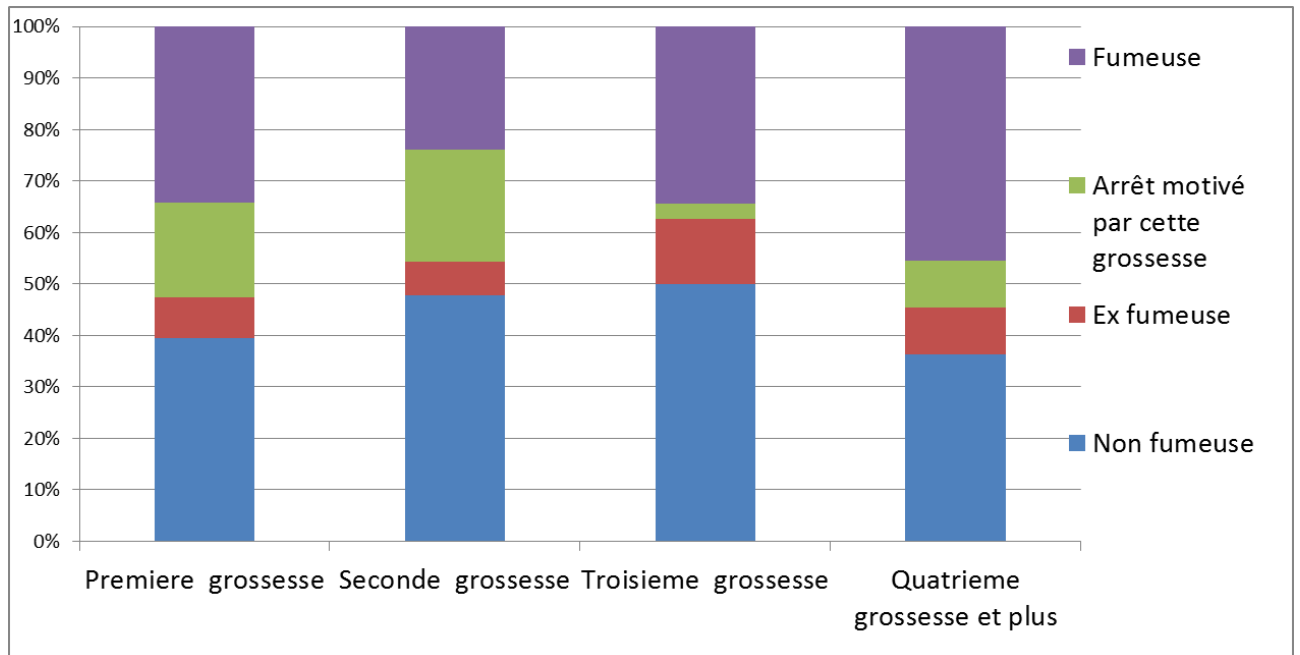
- La population de femmes enceintes étudiée est de 133 (six femmes déclarent ne pas avoir de conjoint et une donnée manquante).
- Les conjoints fumeurs représentent 53,4 % (71 hommes). Ils sont majoritaires. Donc dans cette population, la prévalence du tabagisme des jeunes hommes reste forte et supérieure à celui des femmes.
- Le tabagisme passif pendant cette grossesse représente 53,5 % des femmes (non fumeuses, ex-fumeuses, et de celle dont l'arrêt était motivé par cette grossesse).
- Les couples fumeurs représentent 24,8 % des couples.
- Le tabagisme passif masculin est de 5,26 % pendant cette grossesse.
- Les femmes qui ont arrêté de fumer pour cette grossesse vivent dans 36,9% avec un fumeur.

6. PARITE ET HABITUDE TABAGIQUE



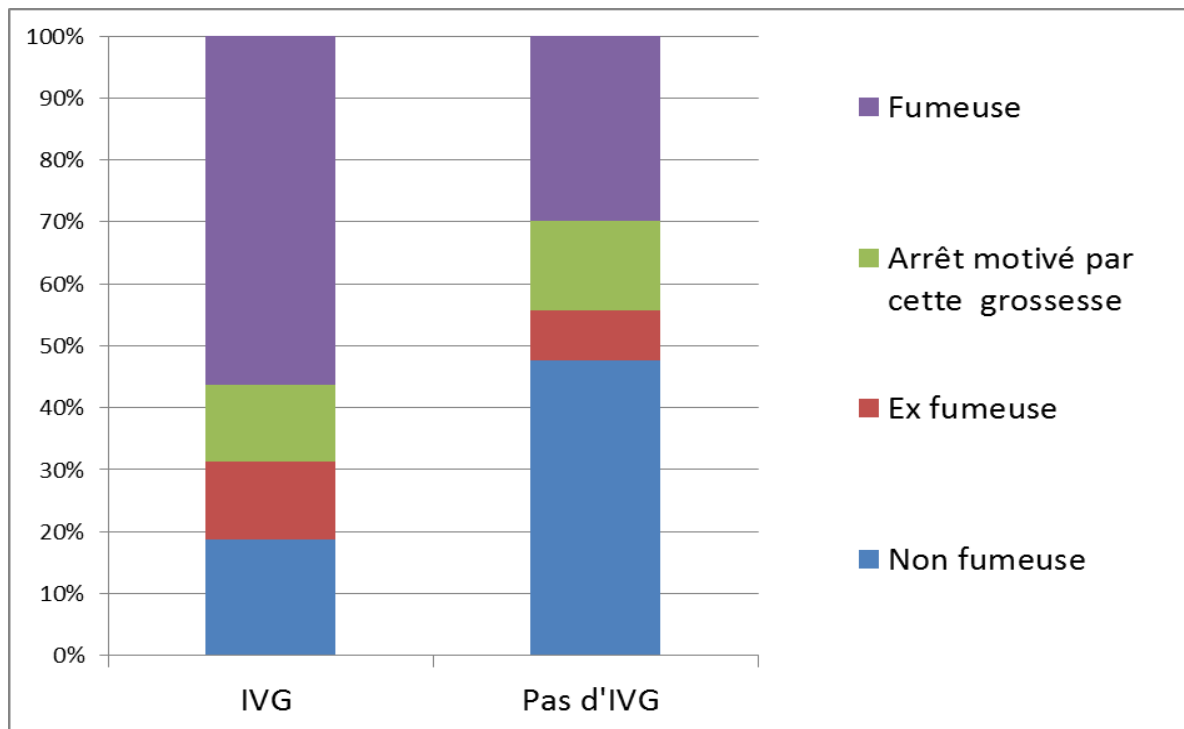
- Les femmes fumeuses les plus motivées par l'arrêt du tabac attendent leur 1^{er} ou leur 2^{ème} enfant, dans respectivement 17.6 % et 18.4 % des cas .
- Parmi les 46 fumeuses , vingt-deux attendent leur 1^{er} enfant .
- La proportion de fumeuses diminue dans notre série entre le premier 1^{er} et le 2^{ème} enfant, de 43.1 % à 18.4 %. L'explication est triple : augmentation des non fumeuses , mais également part significative d'ex-fumeuses et de femmes ayant arrêté de fumer pour cette grossesse.
- La proportion d'ex-fumeuses est stable pour les femmes qui attendent leur 2^{ème} et le 3^{ème} enfant. Donc les femmes arrêtent de fumer majoritairement entre le 1^{er} et le 2^{ème} enfant .
- Pour les femmes qui attendent leur 4^{ème} enfant ou plus, l'effectif est de 14 personnes. Toute interprétation doit être émise avec réserve. Une analyse plus spécifique est réalisée en annexe.

7. GESTITE ET HABITUDES TABAGIQUES



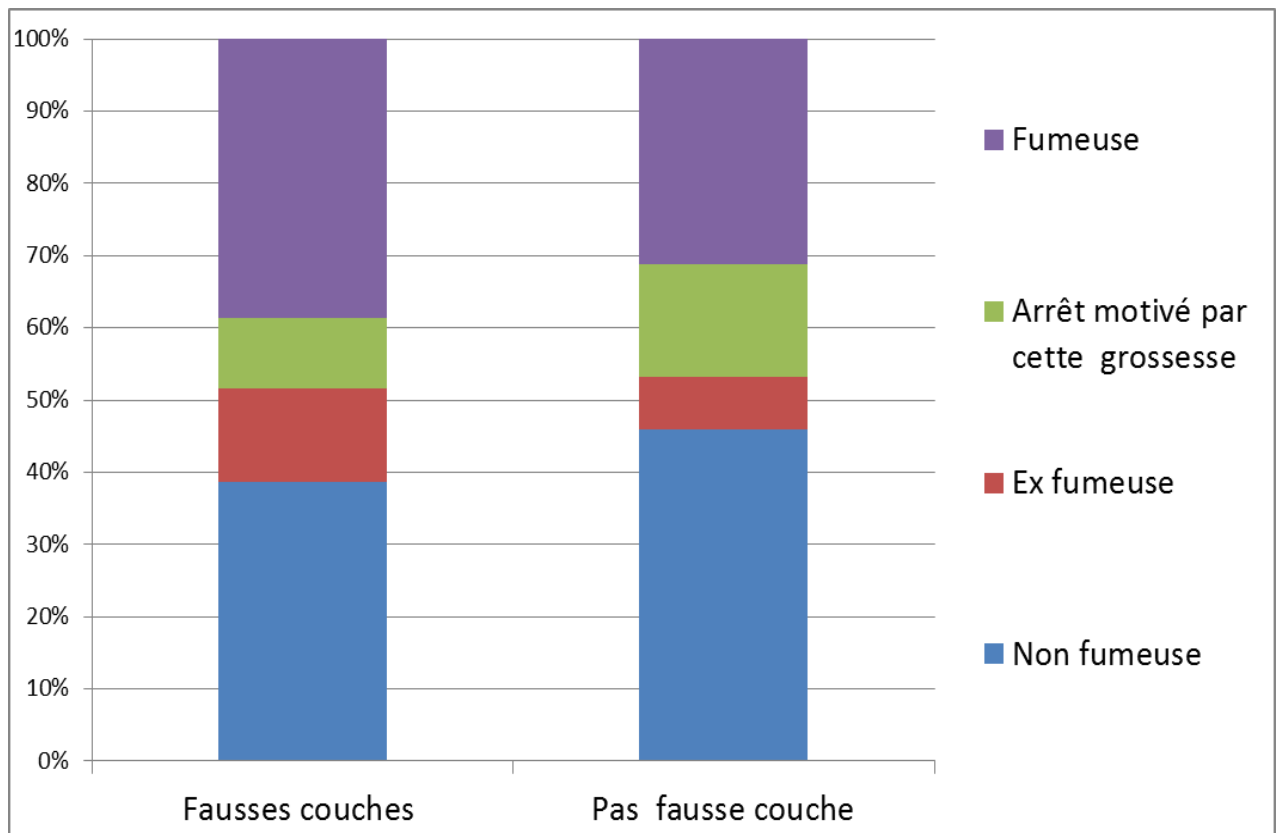
- Les femmes les plus nombreuses sont les 2^{ème} geste (46). Dans cette population, la proportion de fumeuses est la plus faible (23.9 %) et la proportion de femmes ayant arrêté de fumer pour cette grossesse est le plus élevée (21.7%).
- La proportion de non fumeuses augmente de 39,5 % à 50 % entre la 1^{ère} et la 3^{ème} grossesse puis diminue pour la 4^{ème} grossesse. Cette image conforte la suspicion évoquée par l'analyse des parités.
- Au-delà de trois grossesses, la prévalence du tabagisme semble plus importante à 45,5 %.
- Comme décrit pour la parité, les femmes qui arrêtent de fumer pendant la grossesse, le décide surtout lors de la première grossesse (18.4 %) et à la seconde grossesse (21.7 %). Malgré le faible effectif la différence est significative ($p=0.016$) entre 1^{er} et 2^{ème} grossesse puis ensuite.

8. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ET HABITUDES TABAGIQUES



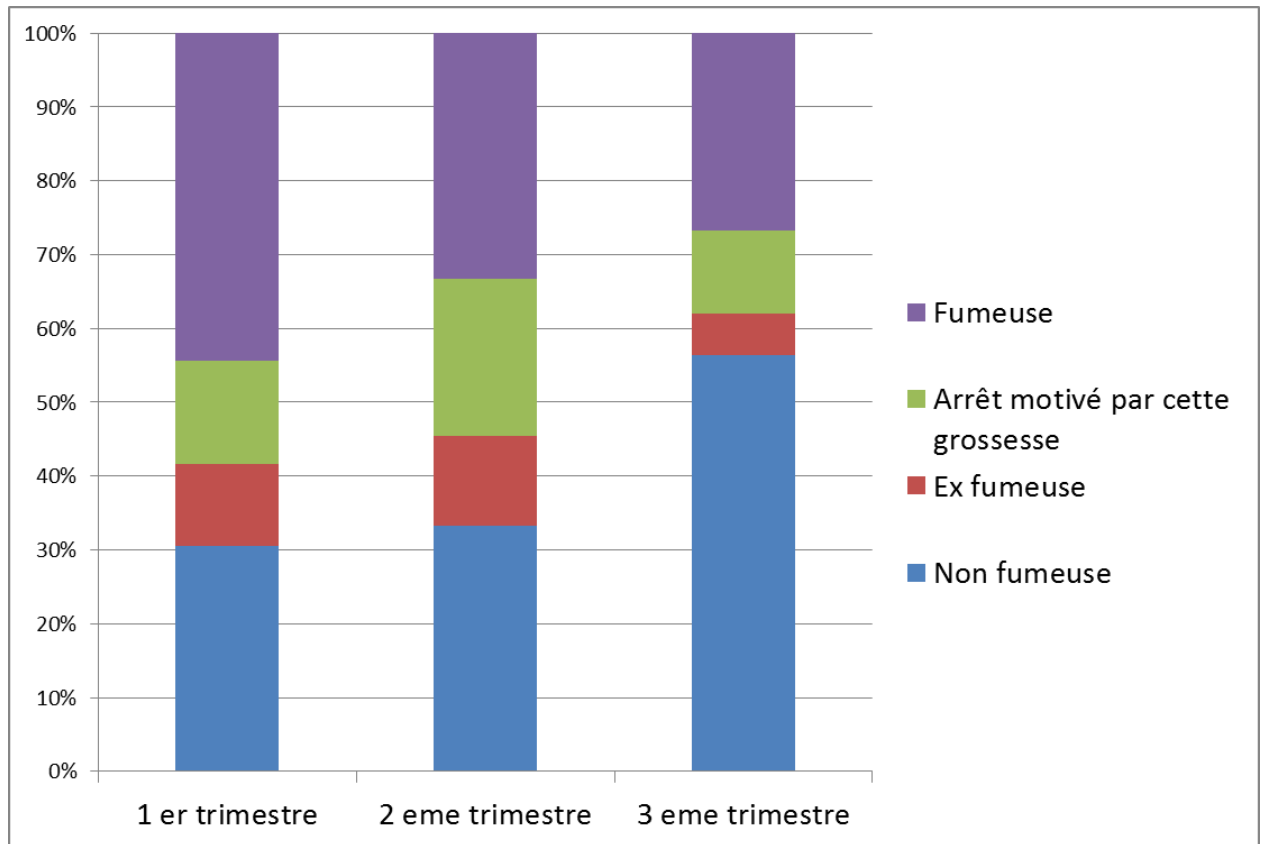
- Nette prédominance de fumeuses parmi les femmes ayant eu recours à l'IVG : 56.3% versus 29.8 % .
- La motivation pour arrêter de fumer semble toutefois identique :12.5 % versus 14.5 % .
- Nous reviendrons sur les caractéristiques de ces femmes dans l'analyse multivariée.

9. FAUSSES-COUCHES ET HABITUDES TABAGIQUES



- Les fumeuses sont plus nombreuses chez les patientes ayant présenté une fausse-couche (38.7 % versus 31.2 %).
- Les ex-fumeuses sont relativement plus nombreuses chez les femmes ayant présenté une fausse-couche mais la différence n'est pas significative ($p=0.32$).
- La fausse-couche a-t-elle motivé l'arrêt du tabac de ces femmes ? Le questionnaire ne permet pas de répondre à cette question .

10. NOMBRE DE SEMAINES D'AMENORRHEE, DE GROSSESSE ET HABITUDES TABAGIQUES



Préambule à l'analyse :

Les questionnaires pour le 1^{er} et le 2^{ème} trimestre ont été distribués par les sages-femmes et les secrétaires de l'hôpital public (consultations publiques et privées sans dépassement d'honoraires).

Les questionnaires pour le 3^{ème} trimestre ont été recueillis au lit des patientes hospitalisées dans le service de maternité, venant

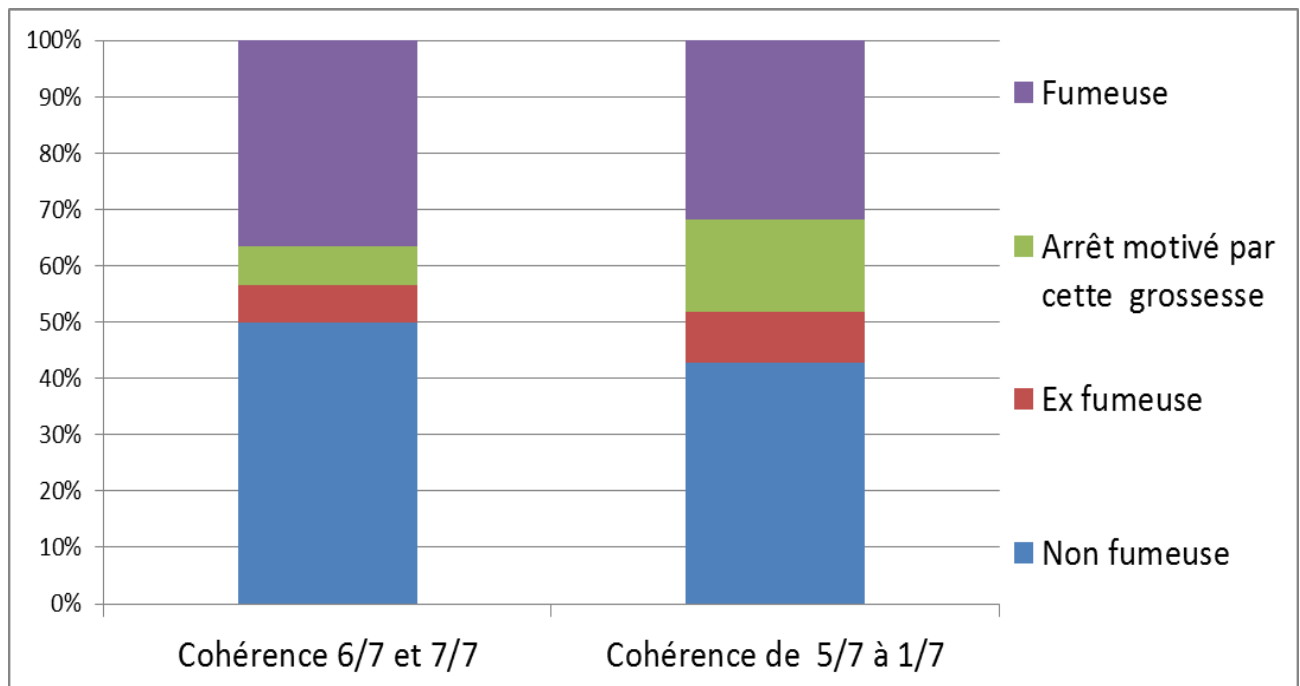
- pour accoucher,
- pour une complication médicale, pouvant être surveillée dans une maternité de niveau 1
- ayant tout juste accouchées.

De plus cette population rassemble des femmes ayant un suivi de grossesse *en ville* ou en milieu hospitalier.

Il s'agit donc de 2 populations légèrement différentes. L'interprétation doit par là-même être prudente.

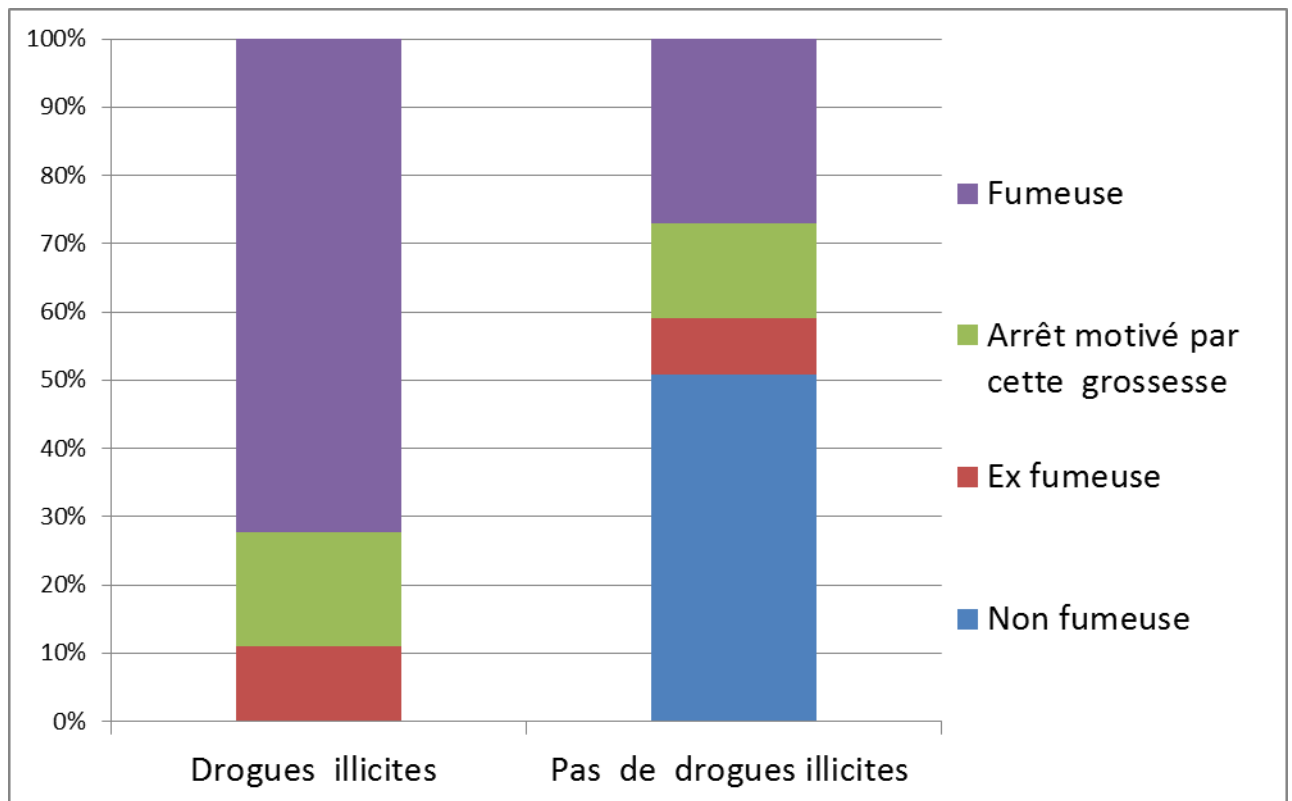
- La proportion de femmes ayant arrêté de fumer pour cette grossesse augmente entre le 1^{er} et le 2^{ème} trimestre de 13,9 % à 21,2 %.
- Les fumeuses actives diminuent en proportion de 44,4 % à 33,3 % entre le 1^{er} et le second trimestre, la différence est non significative ($p=0,3$)

11. CONNAISSANCES ET HABITUDES TABAGIQUES



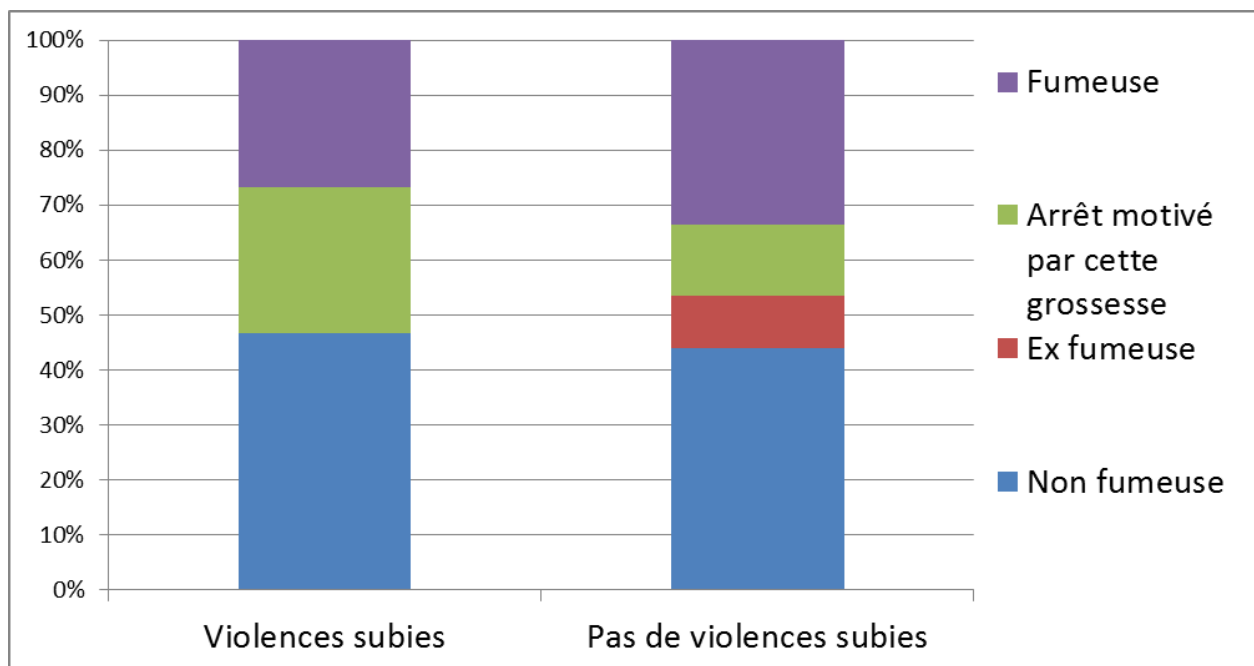
- Les fumeuses et les non fumeuses ont des connaissances identiques :
 - Pour les non fumeuses : 6 ou 7 items sont justes dans 24,2 % des cas,
 - Pour les fumeuses : 6 ou 7 items sont justes dans 23,9% des cas ($p=0.97$).
- L'effectif est trop restreint mais nous avons l'impression que les femmes qui ont arrêté de fumer pendant cette grossesse, ont un niveau de connaissance moindre.
- En pratique , il existe globalement un déficit d'information ou de connaissance.

12. CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES ET HABITUDES TABAGIQUES



- Le tabagisme et la consommation de drogues illicites sont liés. Le nombre de non fumeuses est de 0 % parmi les consommatrices de drogues illicites. Malgré le faible effectif, la différence entre non fumeuses et fumeuses vis-à-vis des drogues est significative ($p = 0.00008$)
- La motivation pour arrêter de fumer reste identique dans les deux groupes.
- Les ex-fumeuses représentent 10.5 % des femmes ayant consommé des drogues illicites contre 8.3 % dans l'autre groupe.
- Parmi les ex-fumeuses, aucune n'a poursuivi l'utilisation de drogues illicites pendant la grossesse.

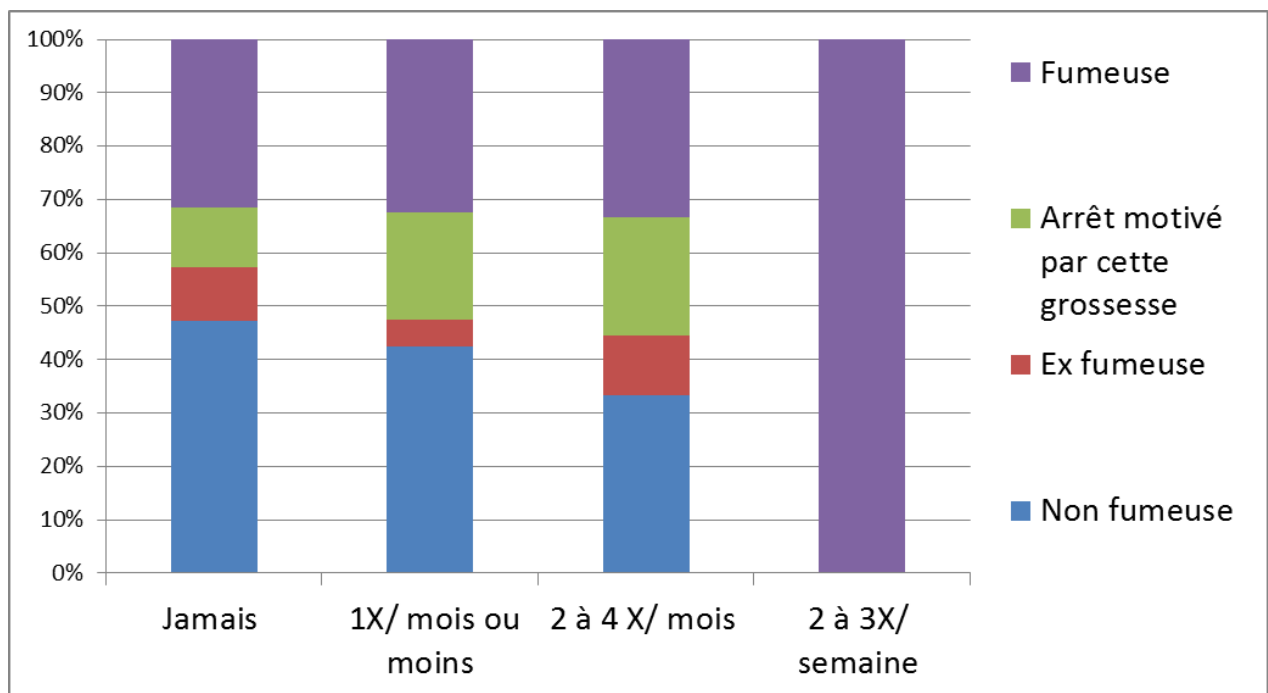
13. VIOLENCES SUBIES PAR LES FEMMES ET HABITUDES TABAGIQUES



Préambule : la population de femmes ayant subi des violences est de quinze personnes.

Pas de différence significative ($p = 0.14$) du point de vue des habitudes tabagiques entre les femmes violentées et non violentées (petits effectifs).

14. FREQUENCE DE LA CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISEES ET HABITUDES TABAGIQUES



Préambule : La consommation d'alcool déclarée correspond à celle pendant la grossesse, au moment du renseignement de cet auto-questionnaire .

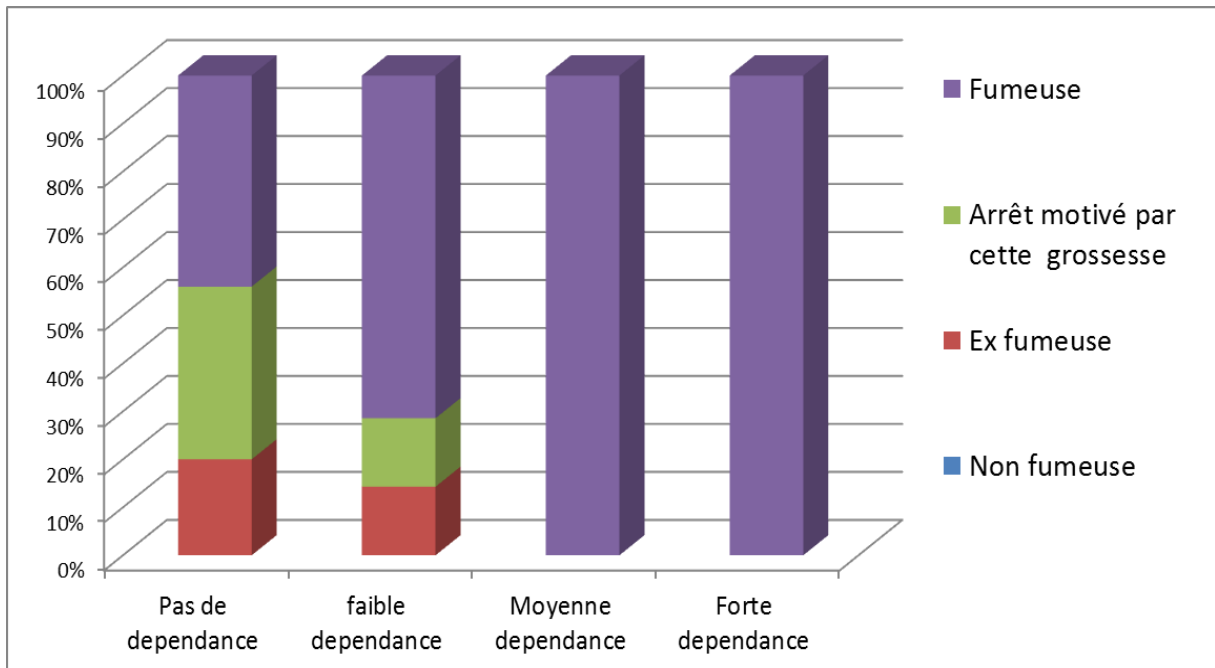
- Le discours sanitaire sur la consommation d'alcool pendant la grossesse semble mieux perçu que celui pour le tabac (89 femmes sur 140 ne consomment pas d'alcool pendant la grossesse). Mais il peut être plus facile de s'astreindre de ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse , car la dépendance est moins forte voire absente.
- A contrario, 51 femmes ne respectent pas une éviction totale de l'alcool pendant la grossesse.
- La consommation d'alcool ne semble pas associée au tabagisme actif pendant la grossesse ($p = 0.64$).
- Les femmes s'arrêtant de fumer pour cette grossesse s'autoriseraient quelques écarts pour la consommation d'alcool (pas de différence significative sur ce faible échantillon $p = 0.17$). En pratique dix femmes n'en consomment jamais et dix n'en consomment qu'un peu.

15. TRAITEMENT MEDICAMENTEUX CHRONIQUE AVANT/PENDANT LA GROSSESSE ET HABITUDES TABAGIQUES

Habitudes tabagiques	Traitement chronique		Pas de traitement chronique		Traitement lié à la grossesse	Total
	<i>Avant</i>	<i>Pendant</i>	<i>Avant</i>	<i>Pendant</i>	<i>Pendant</i>	
Non fumeuse	10	11	52	38	13	62
Ex-fumeuse	1	2	11	8	2	12
Arrêt motivé par la grossesse	3	2	17	15	3	20
Fumeuse	13	7	33	33	6	46
Total	27	22	113	94	24	140

- Selon les recommandations actuelles, 100 % des femmes devraient avoir pris un traitement au cours de la grossesse (acide folique et/ou une supplémentation martiale) mais peut être que ces médicaments ne sont pas considérés comme de véritables traitements par les femmes.
- Avant la grossesse, treize femmes fumeuses prenaient un traitement régulier. Ce chiffre diminue à sept pendant la grossesse.
- Les non fumeuses continuent leur traitement pendant la grossesse, car ils ne peuvent être suspendus. Lorsque celui-ci est renseigné, il s'agit d'opothérapie, de traitement pour la maladie de Crohn, d'inhibiteurs de la pompe à protons, et de traitement de l'asthme.

16. DEPENDANCE MESUREE AVEC LE TEST DE FAGERSTRÖM ET HABITUDES TABAGIQUES



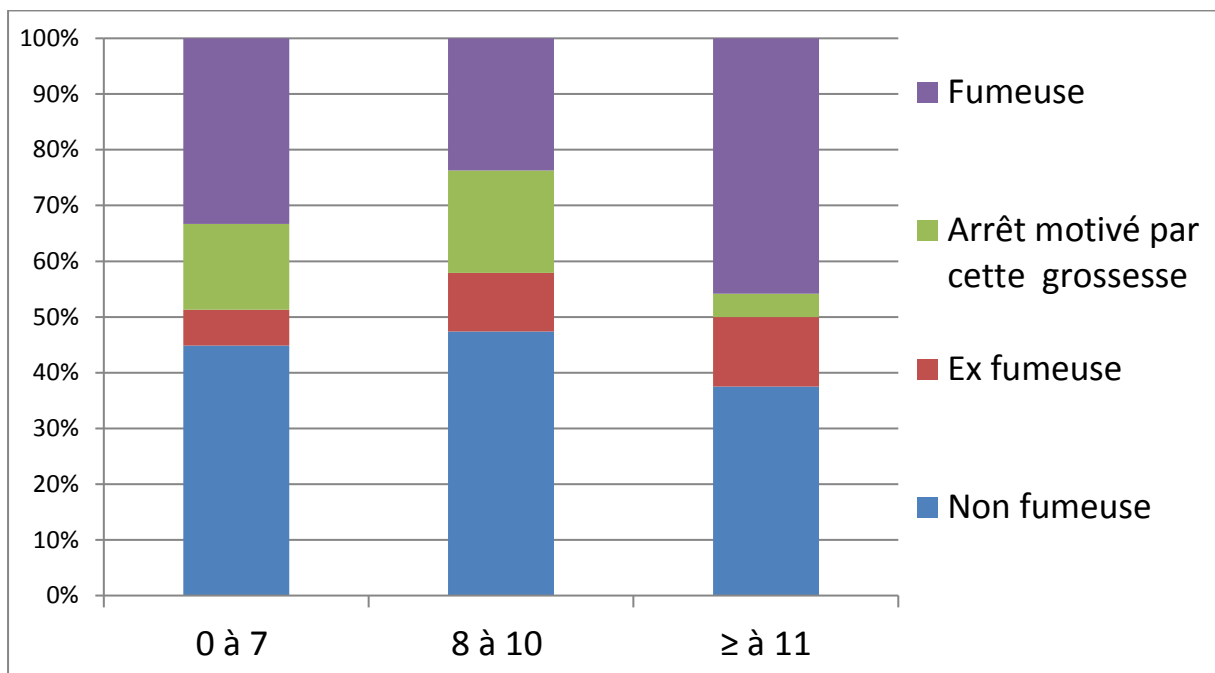
- La dépendance est très fortement liée au tabagisme actif, en comparant les niveaux de dépendance entre le groupe des ex-fumeuses et fumeuses, ayant arrêté pour cette grossesse, aux fumeuses actives, la différence est très significative ($p = 0.0008$).
- Les niveaux de dépendances, moyenne et forte, établis par cet auto-questionnaire ne sont constitués que de fumeuses actives.

17. SYMPTOMES ANXIEUX ET HABITUDES TABAGIQUES

Pour les deux scores symptômes dépressifs et anxieux, des valeurs seuils ont été déterminées :

- Score inférieur ou égal à 7 : pas d'argument en faveur d'un symptôme anxieux ou dépressif.
- Score entre 8 et 10 : cas douteux.
- Score supérieur ou égal à 11 : évoque un symptôme anxieux ou dépressif

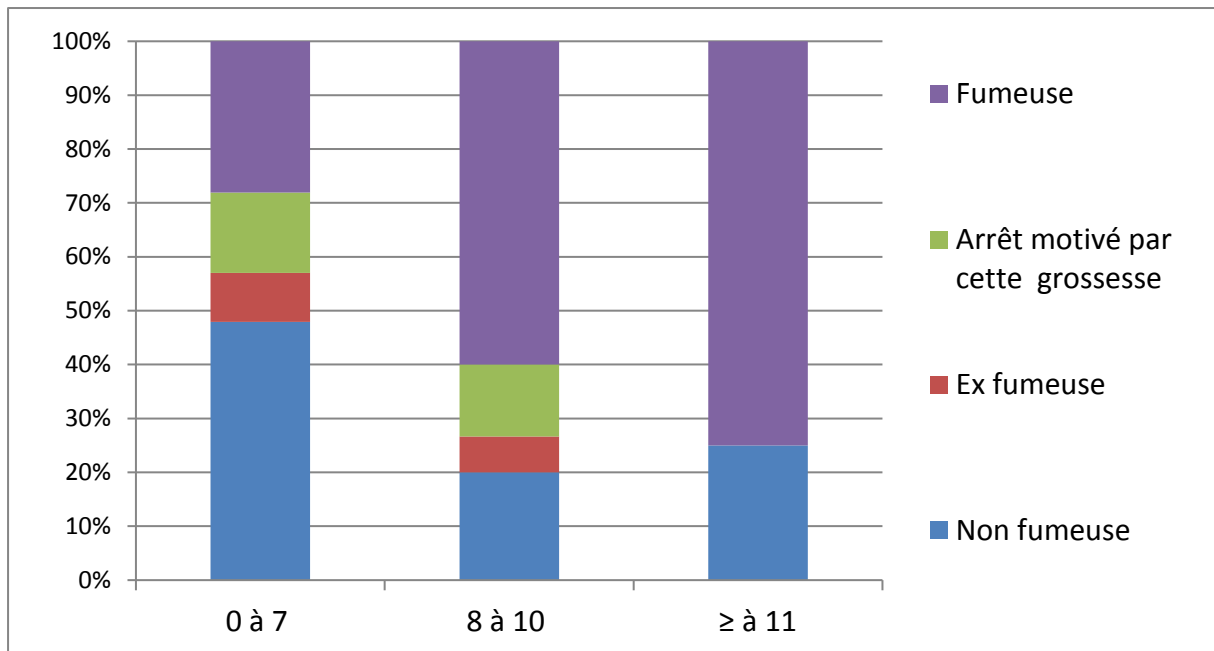
Le questionnaire HAD est utilisé pour un screening des patients, il ne permet pas d'établir un diagnostic mais une simple présomption.



Anxiété	Non fumeuse	Ex-fumeuse	Arrêt motivé par cette grossesse	Fumeuse
Nombre	62	12	20	46
Moyenne	6,9	7,4	6,6	7,8
Mediane	7	8	6,5	7

- Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre le niveau d'anxiété et le caractère fumeur et non fumeur ($p = 0,99$) si l'on compare, à l'aide d'un tableau KHI-2, les femmes ayant un score inférieur ou égal à 7 et celles ayant un score supérieur ou égal à 11.
- La population d'ex-fumeuses est trop faible pour tirer des conclusions de cette médiane mesurée à 8 pour la dépression.
- Dans cette population, le niveau d'anxiété ne semble pas avoir de lien avec les habitudes tabagiques.

18. DÉPRESSION ET HABITUDES TABAGIQUES



Dépression	Non fumeuse	Ex-fumeuse	Arrêt motivé par cette grossesse	Fumeuse
Nombre	62	12	20	46
Moyenne	3,3	3,2	4,1	5,0
Médiane	3,0	2,0	4,0	4,0

- Il existe une corrélation entre le niveau de la dépression et le tabagisme ($p = 0.0025$) (comparaison population non dépressive et score supérieur ou égal à 8).
- Les femmes symptomatiques, avec un score supérieur à 11, sont quatre dont trois fumeuses.
- Le score intermédiaire entre 8 et 10 représente quinze femmes.

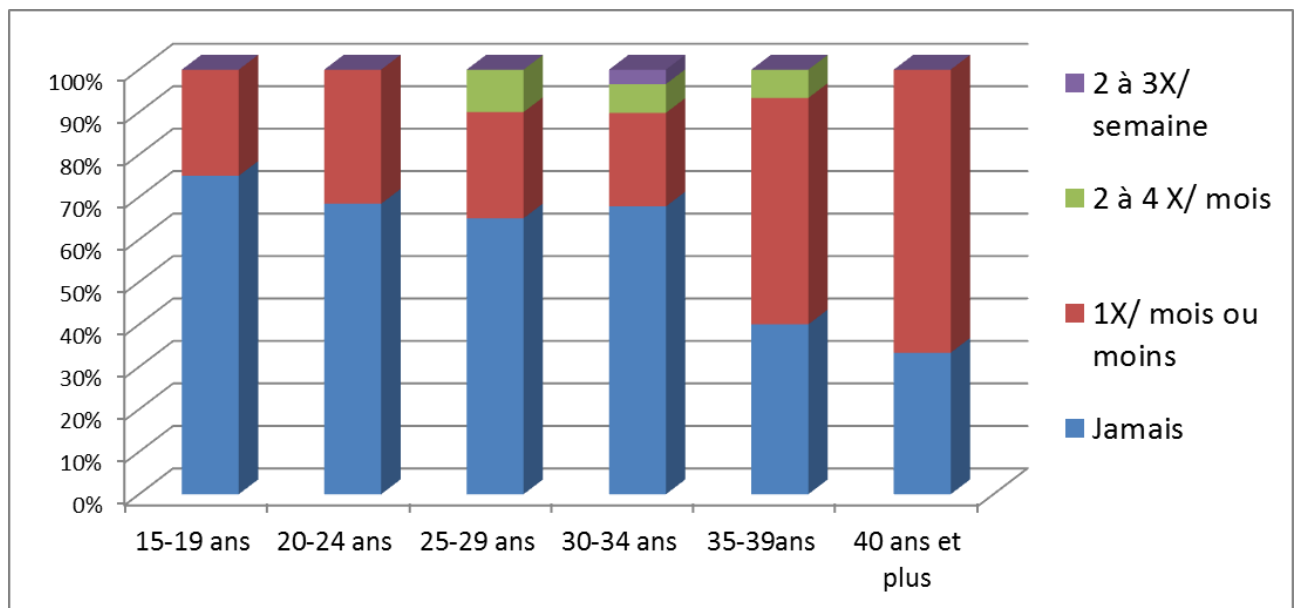
F. TABAC ET COADDICTIONS

1. **TABAC ET DROGUES ILLICITES**

- Dix-sept femmes ont consommé du cannabis avant cette grossesse : deux ex-fumeuses, trois récemment sevrées du tabagisme et douze fumeuses .
- 100% des femmes qui ont poursuivi le cannabis au cours de la grossesse sont fumeuses.
- Les deux femmes qui ont consommé de l'heroïne et de l'ecstasy sont fumeuses.
- Une non fumeuse a consommé une drogue illicite : cocaïne et les quatre autres sont fumeuses.
- La femme traitée par subutex* est fumeuse.

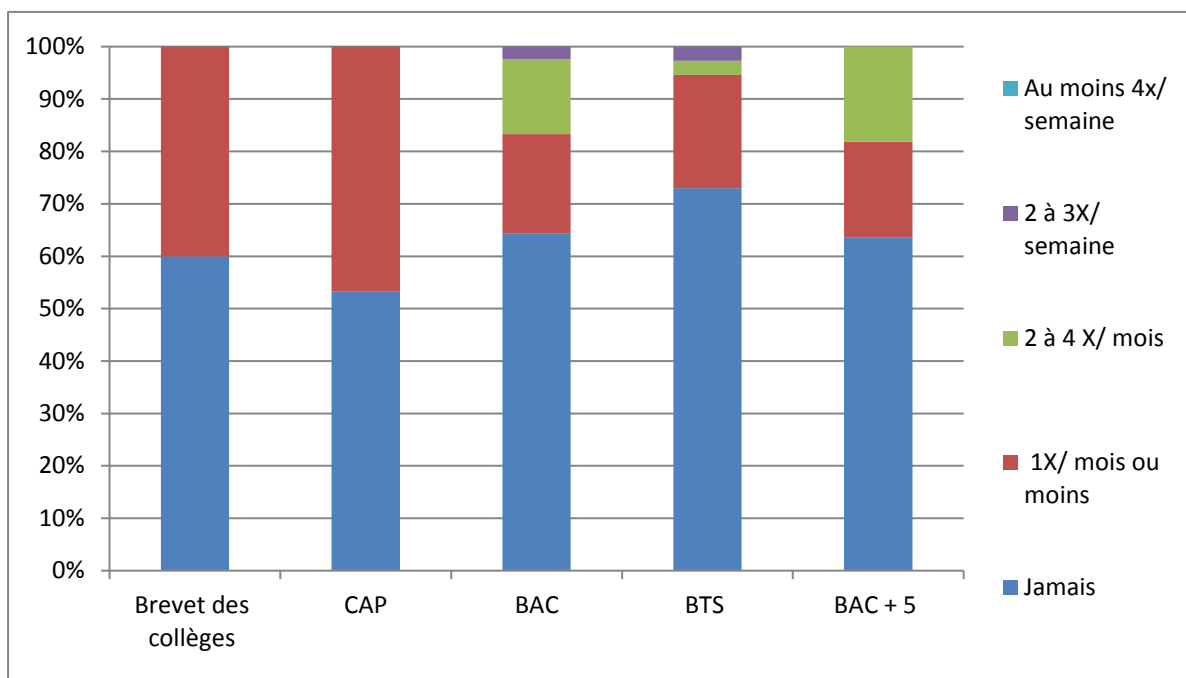
2. **ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE**

a. *Age et consommation d'alcool pendant la grossesse*



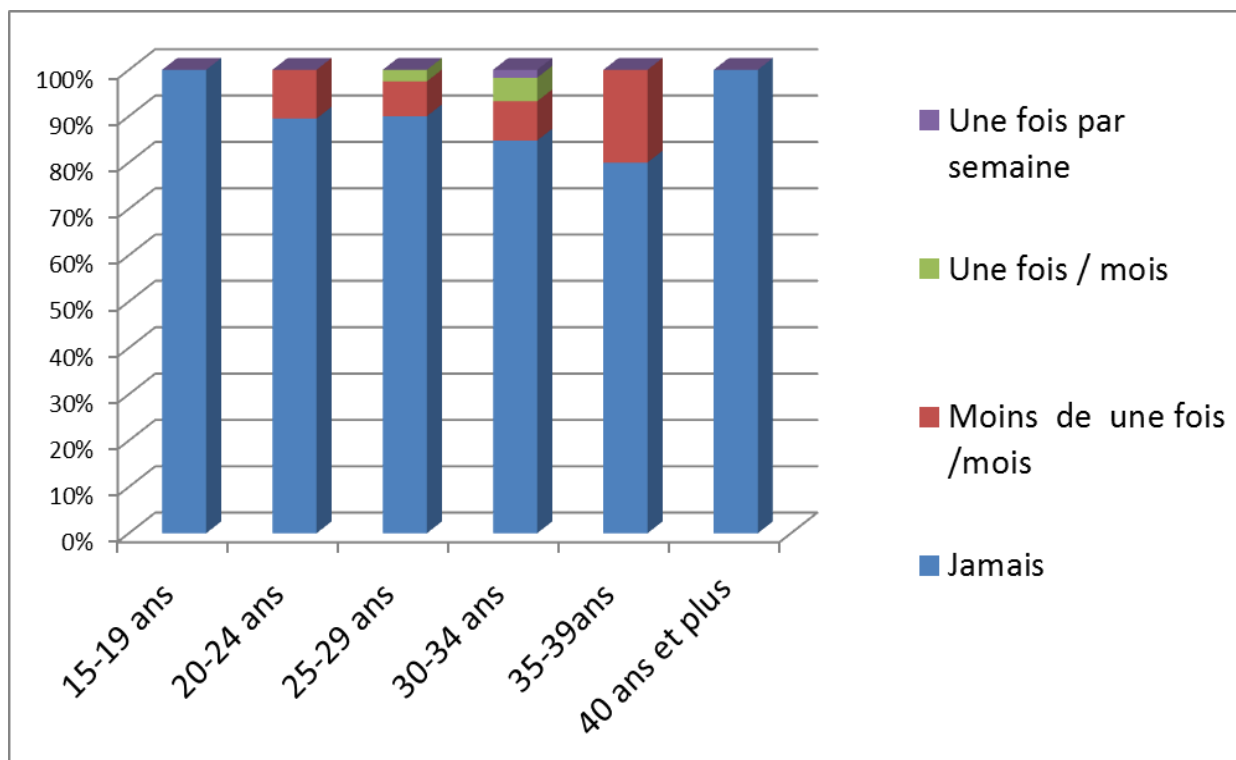
La consommation d'alcool pendant la grossesse est significativement plus marquée pour les plus âgées de la pyramide des âges. En effet les plus de 35 ans, malgré la faiblesse de cette population soit dix-huit femmes, en consomment significativement plus fréquemment ($p=0.02$).

b. Niveau d'étude et consommation d'alcool pendant la grossesse



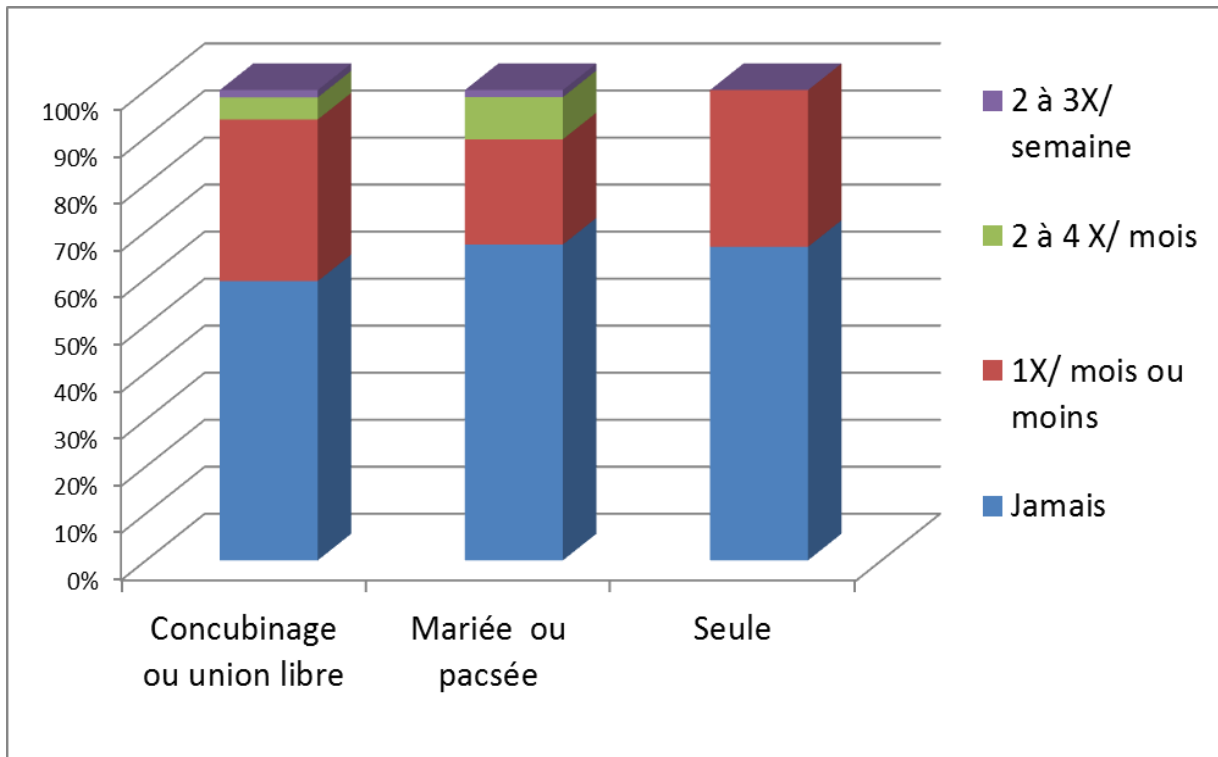
- La consommation d'alcool pendant la grossesse semble plus fréquente pour les femmes ayant le niveau d'étude Bac et Bac + 5.
- Pour les femmes ayant le niveau CAP et brevet des collèges, la consommation d'alcool est plus faible, mais plus commune. Il n'y a pas de différence significative entre le groupe CAP et brevet des collèges et le groupe Bac – BTS – BAC+ 5 ($p = 0.16$).

c. Age et consommation festive pendant la grossesse



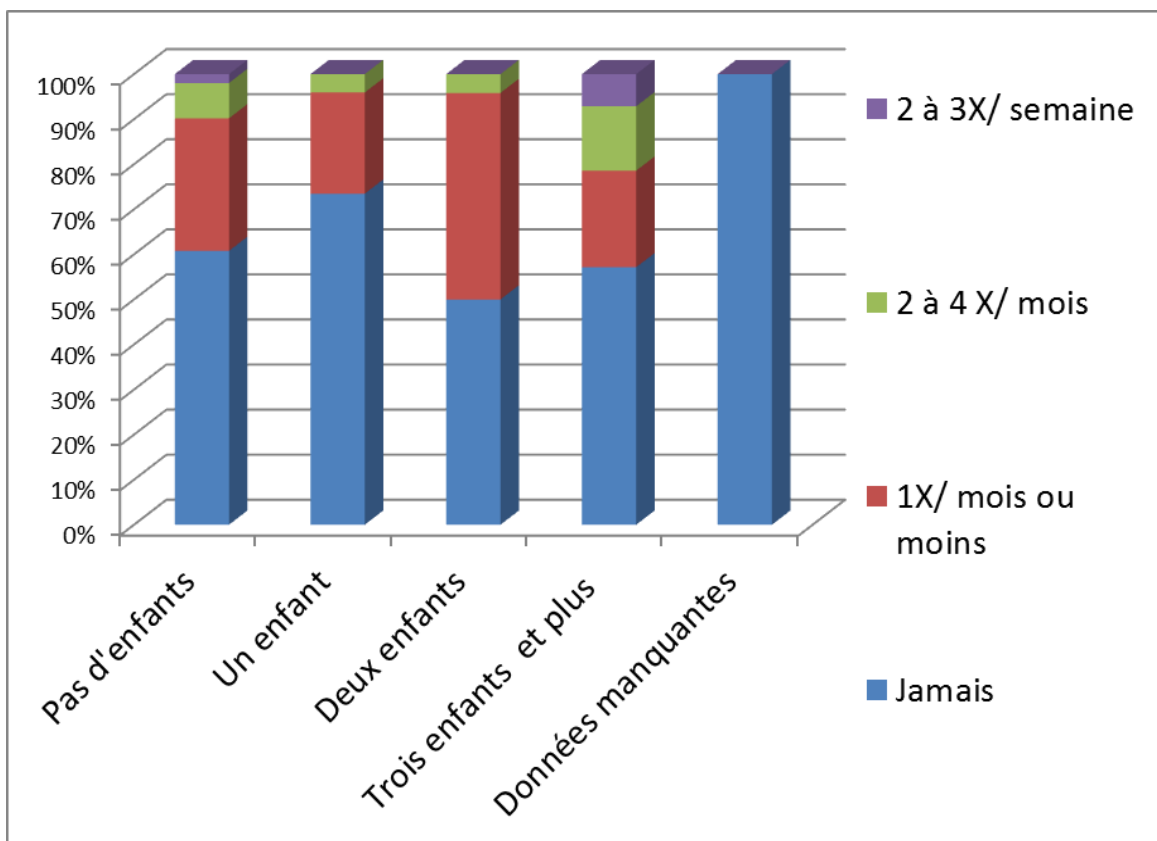
La consommation festive, d'au moins 6 verres d'alcool, est loin d'être anodine pendant la grossesse et concerne 20 % des femmes de 35 - 39 ans et 15,3 % des femmes de 30- 34 ans.

d. Statut marital et consommation d'alcool pendant la grossesse



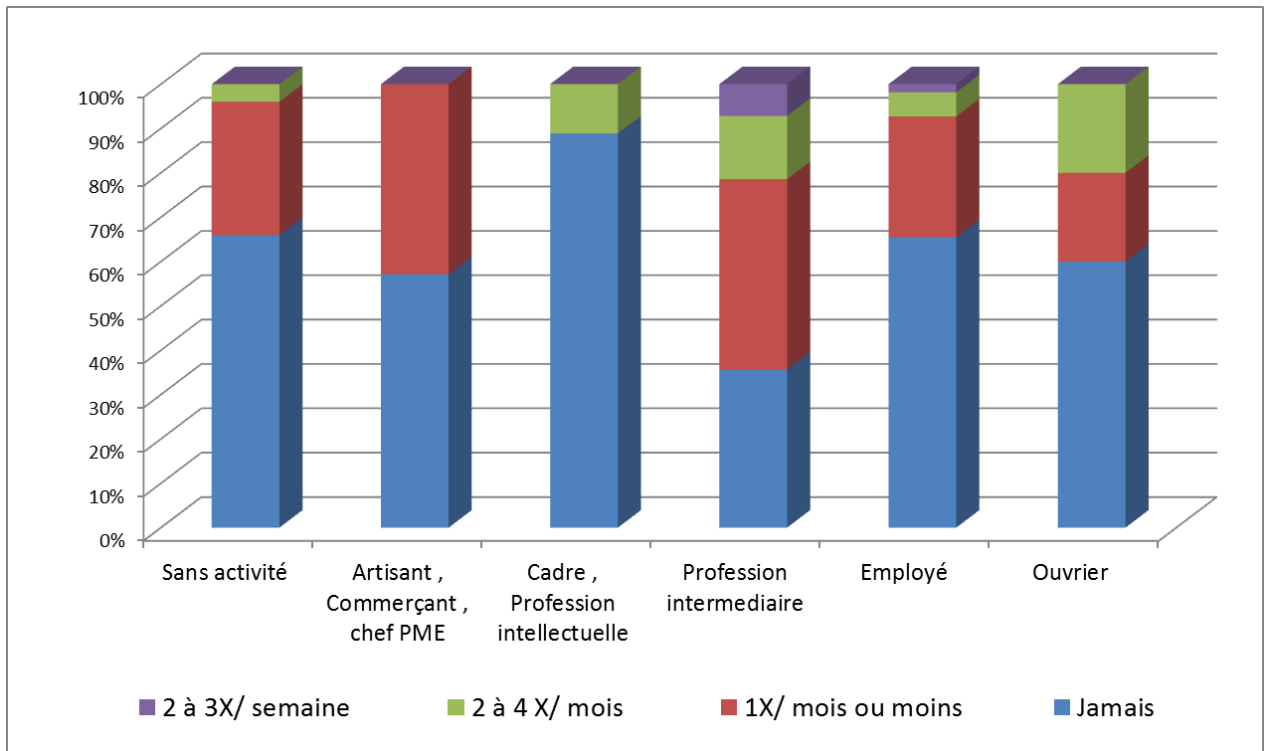
- Il n'existe pas de différence significative entre la fréquence de consommation d'alcool de la femme enceinte mariée ou pacsée ou vivant en concubinage ($p= 0.35$).
- Il en est de même si l'on compare les consommatrices plus régulières ($p = 0.38$ vert et violet) .

e. Parité et consommation d'alcool pendant la grossesse



Les femmes qui attendent leur 2^{ème} enfant semblent consommer moins fréquemment de l'alcool, mais la différence par rapport aux autres catégories n'est pas significative ($p = 0.1$).

f. Situation professionnelle et consommation d'alcool pendant la grossesse



- Les artisans et les professions intermédiaires consomment plus fréquemment de l'alcool que les autres catégories ($p=0.032$).

G. ANALYSE DE DIFFERENTS PROFILS DES FEMMES ENCEINTES AYANT REALISEES :

- Au moins une IVG.
- Au moins une fausse-couche.
- Femmes qui attendent leur 4^{ème} enfant
- Des épisodes de consommation festive (plus de 6 verres d'alcool)

1. ANALYSE DU PROFIL DES 16 FEMMES AYANT EU RECOURS A L'IVG :

- L'âge moyen de notre population est de 28 ans et elle sont interrogées majoritairement au premier trimestre.
- Huit femmes vivent en concubinage, cinq sont mariées, trois vivent seules.
- Le niveau des qualifications se répartit comme suit :
 - Sept : brevet des collèges.
 - Deux : CAP.
 - Trois : niveau baccalauréat.
 - Deux : BTS.
 - une seule femme a suivi des études supérieures.

- Utilisation de drogues illicites : deux femmes en ont consommées avant la grossesse.
 - Amphétamines, cocaïne pour l'une.
 - Cannabis pour la seconde.
 - Ces deux femmes ont arrêté leur consommation de drogues illicites avant cette grossesse.
- L'alcool est un marqueur plus pertinent, en effet huit femmes déclarent consommer de l'alcool pendant la grossesse.
 - Six : consommation de boissons alcoolisées au moins 1x/mois.
 - Une : consommation de boissons alcoolisées au moins 2 à 4x/mois.
 - Une : consommation régulière, presque quotidienne, 2 à 3x/semaine.
- Trois femmes ont subi des violences.
- 50 % des femmes sont fumeuses actives, deux femmes ont arrêté de fumer pendant cette grossesse, deux sont des ex-fumeuses.
- Quatre femmes ont présenté au moins une fausse-couche avant cette grossesse.

En pratique :

Mots clés :

- Sans activité professionnelle (9/16).
- Neuf femmes sur seize ont le niveau brevet – CAP.
- Fumeuses actives : 8/16.
- Consommation d'alcool.

2. ANALYSE DES 31 FEMMES AYANT PRESENTEES UNE FAUSSE-COUCHE

L'âge moyen de notre population est de 30 ans et 3 trimestres, la médiane de 30 ans.

- Seize femmes vivent en concubinage, treize sont mariées, une vit seule.
- Le niveau des qualifications se répartit comme suit :
 - Cinq : brevet des collèges
 - Huit : CAP
 - Sept : niveau baccalauréat
 - Neuf : BTS
 - Une femme a suivi des études supérieures Bac + 5.

- Utilisation de drogues illicites : cinq femmes en ont consommé avant la grossesse et deux ont poursuivi la consommation pendant la grossesse.
 - Une poly-toxicomane (héroïne, cocaïne, ecstasy, cannabis, et amphétamines).
 - Cannabis : deux femmes, une des deux femmes a poursuivi pendant la grossesse.
 - Une femme association cocaïne + amphétamines avec poursuite des amphétamines pendant la grossesse.
 - Une femme consomme des amphétamines seules.
- L'alcool est également un marqueur pertinent. En effet 12 femmes déclarent consommer de l'alcool pendant la grossesse.
 - neuf : consommation de boissons alcoolisées au moins 1x/ mois.
 - deux : consommation de boissons alcoolisées au moins 2 à 4x/mois.
 - une femme consommation régulière presque quotidienne 2 à 3x/semaine.
- Trois femmes ont subi des violences.
- Onze femmes sont des fumeuses actives, trois femmes ont arrêté de fumer pendant cette grossesse, quatre sont des ex-fumeuses.

En pratique :

- Par rapport à la population générale, la prise de substances toxiques : drogues illicites, alcool est plus marquée.
- L'âge moyen est légèrement supérieur à la population générale

3. ANALYSE MULTIVARIEE DES 14 FEMMES QUI ATTENDENT LEUR 4 IEME ENFANT.

- L'âge moyen de notre population est de 30 ans et 7 mois, l'âge médian de 30 ans.
- Le statut conjugal : huit sont mariées, six femmes vivent en concubinage.
- Le niveau d'études se répartit comme suit :
 - Quatre : brevet des collèges.
 - Trois : CAP.
 - Trois: niveau baccalauréat.
 - Quatre : BTS.
 Le niveau d'étude médian est CAP.
- La situation professionnelle de ces femmes se répartit ainsi :
 - Plus de la moitié des femmes sont sans activité professionnelle (8).
 - cinq sont employées.
 - Une femme exerce une profession dite « intermédiaire »
- La moitié des femmes a présenté une fausse-couche avant cette grossesse.
- Utilisation de drogues illicites : Aucune.

- Le consommation d'une boisson alcoolisée est déclarée pour 5 femmes :
 - Deux consomment des boissons alcoolisées au moins 1x/mois.
 - Deux consomment des boissons alcoolisées au moins 2 à 4x/mois.
 - Une femme consomme régulièrement, presque quotidiennement, 2 à 3x/semaine.
- Une femme se déclare victime de violences.
- Habitudes tabagiques :
Statut tabagique

- Sept femmes sont fumeuses actives.
- Une femme a arrêté de fumer pendant cette grossesse.
- Une femme est une ex-fumeuse.
- Cinq femmes sont non fumeuses.

Le nombre de cigarettes fumées par jour pendant la grossesse:

- Quatre femmes fument 10 cigarettes/J.
- Deux femmes fument 15 cigarettes/J.
- Une femme fume 20 cigarettes/J.

- **En pratique :**

Ces femmes ont un niveau éducatif faible. Elles fument, boivent comme la population générale, mais ne se droguent pas .

4. ANALYSE DU PROFIL DES 18 FEMMES AYANT AU COURS DE LA GROSSESSE DES EPISODES DE CONSOMMATION FESTIVE (PLUS DE 6 VERRES D'ALCOOL)

- Cette population de femmes est plus âgée, la moyenne est de 31,1 ans et la médiane de 31 ans.
- La fréquence de la consommation d'alcool s'établit comme suit :
 - Treize consomment des boissons alcoolisées au moins 1x/mois.
 - Cinq consomment des boissons alcoolisées au moins 2 à 4x/mois.
 - Une femme consomme régulièrement, presque quotidiennement ; 2 à 3x/semaine.
- Le statut conjugal : plus de la moitié sont mariées, 9 femmes vivent en concubinage.
- Le niveau d'études se répartit comme suit :
 - Deux : brevet des collèges.
 - Trois : CAP.
 - Huit : niveau baccalauréat.
 - Quatre : BTS.
 - Deux : BAC + 5.

- La situation professionnelle est contrastée :
 - Six personnes sans activité professionnelle.
 - Quatre de profession intermédiaire et cadres.
 - Six employées.
 - Deux artisans et commerçants.
- Le plupart de ces femmes ont le niveau BAC, le groupe CAP, BAC, BTS regroupe quinze femmes.
- Ces femmes ne semblent pas plus déprimées ni anxieuses que les autres :

Anxiété

- Sept femmes ont une symptomatologie douteuse en faveur d'une anxiété
- Une seule femme est vraiment anxieuse.
- Onze femmes n'ont aucune symptomatologie anxieuse .

Dépression :

- Une femme a une symptomatologie douteuse en faveur d'une dépression.
- Dix-huit femmes n'ont pas de symptomatologie en faveur d'une dépression.

	Anxiété	Dépression
Moyenne	6,5	3,2
Médiane	7	3

- Conduites addictives :
 - Deux femmes ont déclaré une consommation de drogues illicites avant cette grossesse.
 - Parmi ces femmes , 9 sont fumeuses , 4 non fumeuses , 2 ex-fumeuses , 3 arrêts motivés par cette grossesse .
 - La consommation de cigarettes pendant la grossesse: 3 femmes sont de grandes consommatrices, 1 femme consomme 10 cigarettes / j, 5 femmes ont réduit leur consommation à 2-5 cigarettes / J

- **En pratique :**

La consommation festive d'alcool pendant la grossesse ne semble avoir de déterminisme social , le lien avec le tabagisme est possible.

IV. DISCUSSION :

A. PREAMBULE

Cette discussion est basée sur une comparaison entre nos résultats et en particulier les résultats des travaux suivants :

- ✓ La thèse de Madame Maryam ZIAI intitulée « *Grossesse et consommation de drogues licites et illicites, justifications épidémiologiques à une prise en charge durant la grossesse* » réalisée de Mars à juin 2008 [7]

Cette étude a été conduite auprès de femmes enceintes interrogées par questionnaire, et de plus contrôlées par des analyses sanguines et urinaires. La prise des différents produits addictifs légaux ou non légaux a donc été étudiée sur une population de 806 femmes de l'agglomération METZ – THIONVILLE.

- ✓ Une autre étude épidémiologique a été réalisée en 2008 auprès de 300 femmes en post-partum immédiat à la maternité du CHU de Nantes. La prévalence des consommations de substances licites et illicites a été évaluée sur questionnaires. [26] En début de grossesse, 34 % des femmes fumaient, 63 % consommaient de l'alcool et 8% du cannabis. Cette consommation diminue au 2^{ème} trimestre à 22 % des femmes pour le tabac et 20 % pour l'alcool. De cette étude, 38 % des femmes ont consommé, de l'alcool, du tabac ou du cannabis au-delà du 1^{er} trimestre [26].
- ✓ La troisième étude est descriptive et par auto-questionnaire sur un échantillon de 1006 femmes enceintes dans l'agglomération versaillaise de janvier à juin 2006 dans 4 maternités et cabinets libéraux essentiellement sur le tabagisme[4].

B. INTERET ET LIMITE DE L'ETUDE

1. INTERET DE L'ETUDE :

- Notre enquête apporte des données chiffrées sur la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes et leur compagnon ou mari dans un centre hospitalier général d'une petite localité (Sarreguemines, sous-préfecture de la Moselle, communauté de communes 45 000 habitants environ)
- Intérêt confirmé d'un repérage systématique des conduites addictives et des fragilités sociales,
- Elle confirme les tendances déjà décrites sur l'influence,
 - Du niveau d'études.
 - De l'activité professionnelle.
 - De l'âge.

Sur la prévalence du tabagisme

- Cette étude est réalisée dans un Centre hospitalier général « classique », il n'y a pas d'effet de centre car il s'agit du seul établissement du territoire dans la santé donc de sélection des patients. Les GHT (groupement hospitalier de territoire) vont probablement changer la donne.
- Les femmes interrogées ont un suivi de grossesse normal car il s'agit d'une maternité de niveau 1.

2. LIMITE DE L'ETUDE :

- L'échantillon est faible.
- Nous n'avons pas interrogé les femmes sur leur consommation d'alcool avant la grossesse.
- Les grossesses les plus à risque sont exclues car suivies dans une autre maternité.
- Aucun dosage sanguin n'a été réalisé, il s'agit d'une étude uniquement sur questionnaire.
- Nous n'avons pas évalué les femmes ayant intégré le programme d'aide au sevrage tabagique proposé par nos sages-femmes en particulier madame Borner qui réalise un suivi personnalisé.
- Cette étude n'évalue pas le taux de reprise du tabagisme en post-partum. L'intervention pendant la grossesse, avec des entretiens individuels pendant la grossesse par téléphone, ou physiques, influe peu sur cette reprise. Dans une méta-analyse de 2011 sur une population de femmes enceintes américaines et canadiennes le taux de reprise du tabagisme est de 92 %, 6 mois après l'accouchement. La réalisation d'une intervention éducative pendant la grossesse diminue ce risque à 86,7 %. [27]

C. POPULATION

1. PARTICIPATION

Le taux de retour des questionnaires est de 75.7 %. Tous les questionnaires étaient exploitables car les sages-femmes, les secrétaires et moi-même contrôlions la qualité. Le taux de refus est de 24.3 % par extrapolation.

2. CARACTERISTIQUES DE NOTRE POPULATION

a. Age moyen

L'âge moyen est de 30 ans, cette valeur est en concordance avec les données nationales (29 ans) et l'étude réalisée en 2008 [7] avec une moyenne de 28.7 ans. Dans l'étude réalisée au CHU de Nantes, l'âge moyen est de 29.6 ans[26].

b. Statut conjugal

Les femmes mariées ou pacsées représentent 47.9%

Dans l'étude de 2008, ce pourcentage est de 54,7 % pour Thionville (Bel air), 46.5 % pour Briey, 51.3% pour les femmes suivies à l'hôpital Bon Secours (Metz), 44.6 % à l'hôpital Sainte Croix (Metz).

c. Qualifications professionnelles :

Le taux de femmes, de niveau CAP ou moins, représentent 35.7% de la population contre 35.4% en 2008.

30 % des femmes ont le niveau « BAC ». Cette valeur est comparable à celle de l'étude sur la Moselle avec un taux de bachelier, sur les quatre sites, variant entre 32% et 36%. [7]

Dans notre série 33,3% des femmes ont un niveau post-BAC.

Le découpage des études supérieures est légèrement différent, il est donc difficile de discuter nos chiffres.

Dans l'étude de Nantes, 41,3 % des femmes, ont le niveau BAC.

d. Statut professionnel

35.7 % des femmes sont sans activité professionnelle contre 33.4 % en 2008.

Parmi les personnes qui travaillaient avant cette grossesse, 61 % sont employées contre 30.8 % sur l'agglomération de Metz en 2008. [7]

Le marché du travail pour les femmes, sur le bassin d'emploi de Sarreguemines, est très différent de celui de Metz en 2008.

Dans l'étude de Nantes, la majorité des femmes a un emploi, soit 68,1 %.

e. La parité

L'âge moyen des primipares est de 27.4 ans versus 26.8 ans en 2008 dans l'agglomération messine. [7]

L'âge moyen des multipares est de 30.7 ans (versus 30.2 en 2008).

Le pourcentage de primipare est de 37 % (versus 45.9 %).

La différence semble presque significative sur la proportion de femmes primipares.

f. La gestité

Dans notre série, 27.1 % des femmes vivent leur 1^{ère} grossesse contre 34.9 % en 2008 à Metz.

g. Fausses-couches

Le pourcentage de femmes ayant présenté au moins une fausse-couche est comparable 22,1 % versus 19.8 % en 2008.

h. Interruption volontaire de grossesse.

Il en est de même pour le taux d'IVG (11.4 % versus 14.9 % en 2008).

En pratique notre population est peu différente de la population sondée précédemment dans l'agglomération de METZ. [7]

A noter néanmoins quelques nuances :

- Le marché du travail local offre aux femmes essentiellement un travail d'employée pour des diplômés équivalents à 2008.
- L'âge des primipares semble légèrement supérieur.
- Le nombre de primipares semble plus restreint (limite de la significativité).

i. La question de la violence portée aux femmes

Cette question n'a pas été abordée dans le questionnaire de METZ. Nous ne pouvons simplement qu'évoquer ce sujet. Dans notre série, 10,7 % des femmes déclarent avoir subi des violences, essentiellement dans leur maison, pendant l'enfance et l'adolescence, violence surtout physique ou psychologique.

Nos résultats sont conformes aux données du site de l'Insee[28]. La violence sexuelle semble toutefois inférieure aux données nationales dans cette population de jeunes femmes (1,9% contre 3,6%). [29] . Mais ce sujet reste tabou, certaines femmes n'ont peut-être pas renseigné cette rubrique de façon exacte.

j. Traitements médicamenteux

Dans notre série 19.3 % des femmes consomment des médicaments de façon chronique. Donc une jeune femme sur cinq est suivie pour une pathologie chronique. La prise en charge de cette pathologie chronique pendant la grossesse est donc une problématique fréquente pour le corps médical et en particulier le médecin traitant.

Les antidépresseurs, anxiolytiques et les hypnotiques sont prédominants, six femmes sur vingt-sept suivent la prise en charge de la migraine et des pathologies allergiques. Les pathologies inflammatoires intestinales et l'hypothyroïdie représentent quatre personnes.

Une patiente est substituée par Subutex®

Pendant la grossesse, les traitements que nous avons présumé antimigraineux cessent généralement.

k. Symptômes anxieux et dépressifs

Les données du site de l'Inserm font état, pour notre tranche d'âge, de 10 % de patientes déprimées. En utilisant l'auto-questionnaire HAD ; 13,6 % justifient une consultation médicale. Le symptôme anxieux est plus palpable dans nos données avec le même questionnaire.[30] avec des symptômes anxieux pour 44,3%

D. TABLEAU DE SYNTHÈSE : STATUT TABAGIQUE ET CARACTÉRISTIQUES DE NOTRE POPULATION.

	Non fumeuse	Ex-fumeuse	Arrêt motivé par cette grossesse	Fumeuse	F/NF p=
Pourcentage	44,2%	8,6%	14,3%	32,9%	
Age moyen	30	31	30.4	29	
Mariées / pacsés	64.5%	66.7%	50%	19.6%	3,6 10 ⁻⁶
% BAC et plus	75.8%	75%	75%	41,3%	0.0003
% inactives	30.6%	25%	30%	35.7%	0.067
% employées	38.7%	41.7%	40%	39.1%	0.96
Parité moyenne	1.1	1.3	0.7	1	
Gestité moyenne	2.2	2.4	1.9	2.2	
Conjoint fumeur	46.8%	8.3%	40%	71.7%	0.009
IVG	4.8%	16.7%	10%	19.6%	0.016
Fausse-couches	19.4%	33.3%	15%	26.1%	0.4
Drogues illicites avant la grossesse	1.6%	17.7%	15%	28.3%	0.00004
Violence subie	11.3%	0	20%	8.7%	0.66
Aucune prise d'alcool pd la grossesse	67.7%	5%	50%	60.9%	0.45
Pas de symptômes anxieux	44.9%	6,4%	15,4%	33,3%	0.2

Dans notre série, il existe un fort lien statistique :

- Négatif entre « être fumeuse » et mariage, poursuite d'étude au-delà du bac,
- Positif entre « être fumeuse » et conjoint fumeur, pratique d'une IVG, utilisation de drogues illicites.

E. CONDUITES ADDICTIVES

1. **CONSOMMATION DE SUBSTANCE TOXIQUES ET ADDICTIVES AVANT ET PENDANT LA GROSSESSE COMPAREE AU DONNEES DE LA LITTERATURE**

	Notre série	La littérature
Tabac avant la grossesse	47,1%	Metz [7]: 39% Nantes[26] : 37% Versailles [4]:35%
Tabac pendant la grossesse	32.9% Dont 1 ^{er} trimestre : 44.4% 3ieme trimestre : 26.8%	Metz [7] :27% Nantes [26] : Premier trimestre 34% puis 2ieme et 3ieme trimestre 22% Versailles [4] :14%
Tabagisme d'un paquet/jour ou plus avant cette grossesse	12,8%	Metz [7]: 9.8% Nantes [26] : 4,8% Versailles [4]:?
Tabagisme d'un paquet/jour ou plus pendant cette grossesse	1.4%	Metz [7]: 2% Nantes [26] : 4,8% Versailles [4]:?
Jamais d'alcool pendant la grossesse	63,6%	Metz [7]: 53% Nantes [26] : 74% Versailles [4]: non étudié
Cannabis avant la grossesse	12,1%	Metz [7]: 2,5% (QCM) Nantes [26] :12 % Versailles [4]: non étudié
Cannabis pendant la grossesse	5%	Metz [7]: 1,9% (tests urinaires+QCM) Nantes [26] :8 % 1 ^{er} trimestre et 3% 3ieme trimestre Versailles [4]: non étudié

2. TABAGISME AVANT ET PENDANT LA GROSSESSE

Dans une étude sur les femmes fumeuses enceintes, incluses dans un protocole (patches de dérivés nicotiniques /placebo) entre 2007 et 2013[31] il apparait les mêmes tendances : - *faibles qualifications , femmes non mariées, faible revenu, âge de début précoce* -

- Age moyen 29 ans.
- Dans 99 % employées, femmes au foyer ou chômeuses.
- Vivant en concubinage dans 74% des cas.
- Revenu du couple inférieur à 30 000 euros.
- Score au test de Fagerström médian = 5.
- L'âge médian de la première cigarette est de 15 ans.
- La consommation médiane pendant la grossesse est de 11 cigarettes.

Avant cette grossesse, 47 % des femmes fument à Sarreguemines. En 2008, le taux est de 39 % dans la région de Metz. Il semble que la différence soit importante.

Dans la population générale, le bulletin de INPES [2] sur la consommation de tabac en 2014 en France, estime la prévalence du tabagisme à 34% de 15 à 75 ans . Cette hausse était également constatée sur la population générale. Mais les enquêtes qui se sont concentrées sur les femmes de la tranche d'âge de 20 à 44 ans montrent une baisse de la prévalence entre 2010 et 2014.

Donc la prévalence du tabagisme actif chez les femmes en âge de procréer est probablement supérieure aux données nationales sur la région de Sarreguemines.

Pour mémoire, en 2014, la prévalence du tabagisme des femmes qui fument régulièrement est de[2] :

- 32,5 % pour les femmes entre 20 – 25 ans, contre 47,3 % dans notre série entre 20 et 24 ans,
- 28,7 % pour les femmes entre 26 et 34 ans, contre 50% entre 25 et 29 ans et 42,3% entre 30 et 34 ans dans notre série.

Pendant la grossesse, 32.9 % des femmes continuent de fumer, contre 26.6 % en 2008, mais la différence ne semble pas significative.

Avant la grossesse, les fortes consommatrices (plus d'un paquet/J) sont moins nombreuses dans notre série (8,6%), l'étude de 2008, 9.8% fumaient plus d'un paquet/J sur l'ensemble des femmes sondées

Dans l'étude de 2008 sur la maternité du CHU de Nantes [26] le nombre de grandes fumeuses (>20 cigarettes) est de 4,8%.

En 2005 à Versailles, les femmes enceintes fumeuses représentent 14%, et les grandes fumeuses de plus de 15 cigarettes correspondent à 1.5% dans cette série. 21 % des femmes sont des ex-fumeuses et 21% de fumeuses ayant arrêté pour cette grossesse. [4] .

La réduction globale est similaire à 2008 avant et pendant la grossesse, le nombre de fortes consommatrices de tabac diminue de 82 %, les consommatrices d'1/2 paquet à 1 paquet de 20 cigarettes diminuent de 73 % mais les consommatrices « modérées » augmentent en valeur absolue relative de 32 à 39 femmes.

Selon L'INPES, 70,7 % des fumeurs ont arrêté de fumer volontairement pendant au moins une semaine. Les 15 – 24 ans essaient d'arrêter de fumer dans 53,6%. Les ex fumeurs sur la population générale en 2014 représentent 31%. Dans notre série, sur une population différente, les ex-fumeuses représentent de 10 à 13 % selon les classes d'âge. Nous sommes très loin de ces données nationales. [2]

Le risque de continuer à fumer pendant la grossesse est augmenté 3,1 X chez les femmes dépendantes au test de Fagerström [26] . Cet élément est confirmé dans notre population. En effet les femmes ex-fumeuses ou ayant arrêté de fumer pour cette grossesse estiment avoir une dépendance nulle ou faible. 100% des fumeuses, moyennement ou fortement dépendantes, n'ont pas cessé de fumer.

3. CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES AVANT ET PENDANT LA GROSSESSE.

La consommation de stupéfiants avant la grossesse est relatée par 13.6 % des femmes et 5.7% pendant la grossesse. Dans notre étude, nous avons 17 femmes sur 140 qui ont consommé du cannabis versus 18 femmes sur 745 dans l'étude de 2008 sur Metz.

Cinq femmes ont consommé de la cocaïne versus une seule dans l'étude de Metz

Deux femmes sont des consommatrices de drogues illicites versus aucune dans l'étude de Metz.

En conséquence soit il s'agit de deux populations différentes, ce qui est infirmé par l'analyse préalable des deux populations, soit les conduites addictives des femmes augmentent dans notre région entre 2008 et 2015.

Pendant la grossesse, nos données dénombrent sept consommatrices de cannabis (5%) versus 5 en 2008 [7] pour 700 femmes et une femme a poursuivi l'héroïne pendant la grossesse versus aucune à Metz en 2008.

Dans l'étude nantaise [26]de 2008, la poly consommation de cannabis tabac était de 3.5%. La consommation diminue également au cours de la grossesse pour le cannabis (12% avant, 8% au cours du 1^{er} trimestre, 3% cours du 3^{ème} sur la même cohorte)

De même une femme est sous un traitement substitutif par Subutex® avant et pendant grossesse comme dans l'étude de Metz dans notre série.

4. CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

Pendant la grossesse, dans notre étude, 36.4 % des femmes consomment une boisson alcoolisée au moins une fois par mois. Parmi ces femmes, 7.8 % boivent plus de 2 verres d'alcool / mois.

Dans l'étude de 2008 [7], la moyenne de non abstinence de consommation d'alcool était de 9 %. A Briey ce chiffre augmente à 14.6 % avec une différence significative entre les quatre sites étudiés.

Il semble que la consommation d'alcool pendant la grossesse est plus importante sur Sarreguemines que dans les autres études.

Dans l'étude de Nantes[26], le pourcentage de femmes continuant à consommer de l'alcool au premier trimestre était de 26% mais leur statut addictologique vis-à-vis de l'alcool selon le questionnaire AUDIT avant la grossesse correspond à un usage simple à 90%. Néanmoins ceci l'enlève rien aux risques tératogènes et autres risques en lien avec l'alcool.

Dans notre population, sur 95 femmes interrogées au-delà du 1^{er} trimestre de 40 (42,1%) continuent à consommer de l'alcool dont 32 (80%) moins de une fois par mois.

Le type de boisson alcoolisée préféré dans notre étude, par les femmes enceintes, est le verre d'apéritif dans plus d'un tiers des cas.

Les messages sanitaires sur les conséquences de l'alcool sur le fœtus sont d'actualité. Ces différences sont soit liées à l'absence d'autocensure soit une banalisation de l'alcool à dose modérée.

F. LE TABAGISME PASSIF

	Notre série	La littérature
Tabac passif pendant la grossesse	37%	Metz [7]: 25,9% Nantes[26] : non étudié Versailles [4]:19%

Nous avons interrogé les femmes sur les habitudes tabagiques de leur conjoint ou mari. Dans notre série 53% des hommes fument. Très vraisemblablement, l'âge de ces hommes est comparable à celui des femmes.

Dans l'étude de INPES [2] sur le tabagisme en France en 2014, la prévalence du tabagisme actif des hommes est de 44,8 % pour les hommes de 20 à 25 ans ; 43,8% de 26 à 34 ans. Nous pouvons en conclure que la prévalence tabagique dans notre série est bien au-delà de la moyenne nationale.

Les couples de fumeurs avant la grossesse représentent 31 % de notre série, 32% des couples sont non-fumeurs. Dans 37 % des cas, il s'agit de « couples mixtes ». Dans 22 % des cas l'homme est fumeur et dans 15 % la femme est fumeuse.

Donc dans 37 % des couples, la notion de tabagisme passif est valide. Donc si l'ont inclus les couples fumeurs, par extrapolation de taux de domicile enfumé serait de 54%.

Dans l'étude de l'INPES, 38,9 % déclarent que quelqu'un fume régulièrement à l'intérieur de leur domicile.

Dans la thèse de 2008 à METZ [7], le tabagisme du conjoint est inchangé par la grossesse . Cette question n'a pas été posée dans notre questionnaire. Le tabagisme des conjoints est mesuré entre 47% et 48,4% selon les lieux.

Ce problème de santé publique reste inchangé depuis 2008.

G. L'INEGALITE SOCIALE, LA FAMILLE ET LE TABAGISME

1. NIVEAU D'ETUDE, ACTIVITE PROFESSIONNELLE ET HABITUDES TABAGIQUES

L'INPES met évidence le caractère très clivant sur la prévalence du tabagisme : [2]

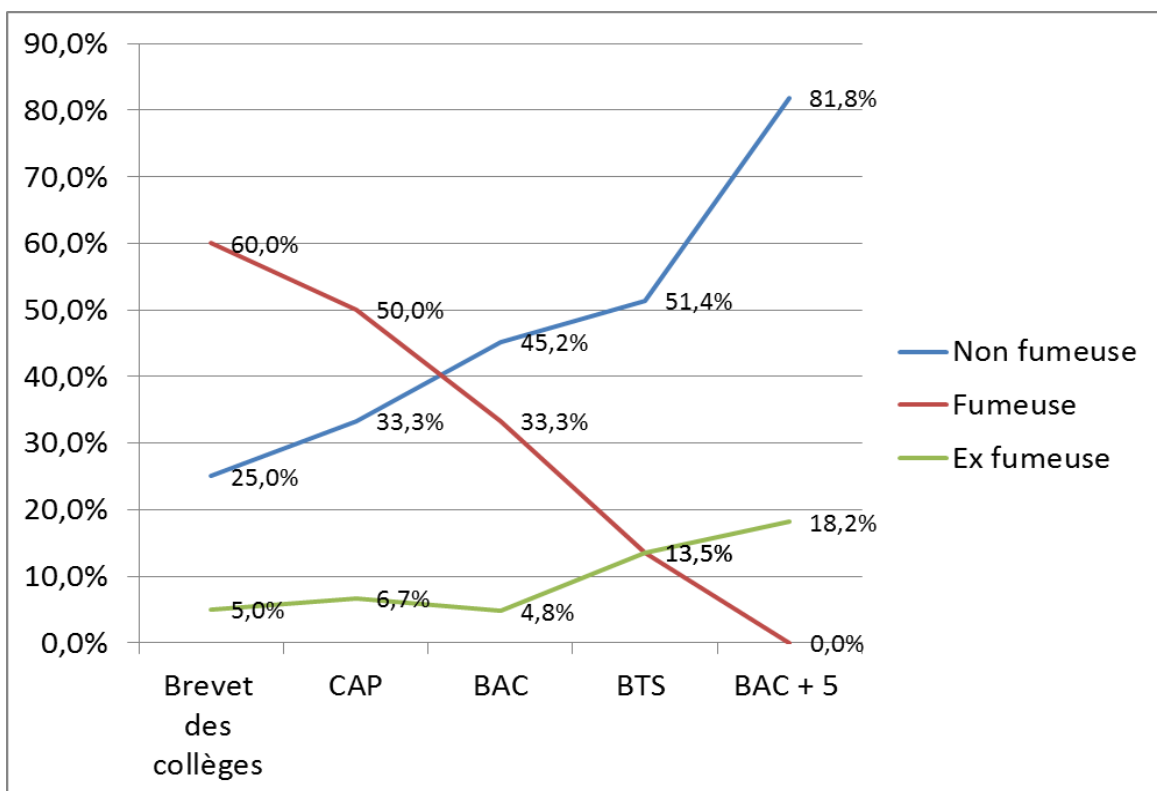
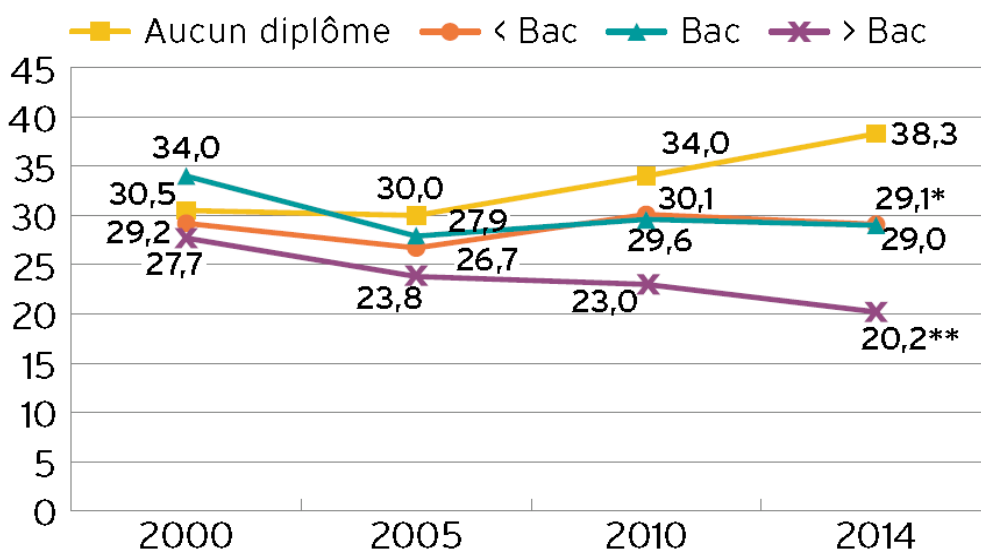
- Du Diplôme.
- De l'activité.
- Du niveau de revenu :

Dans l'étude de Nantes [26], le risque de fumer pendant la grossesse diminue de 6.9 fois entre la femme ayant un niveau primaire et la femme ayant suivi des études supérieures . A noter que ce même risque augmente à 26.3 pour la consommation de cannabis.

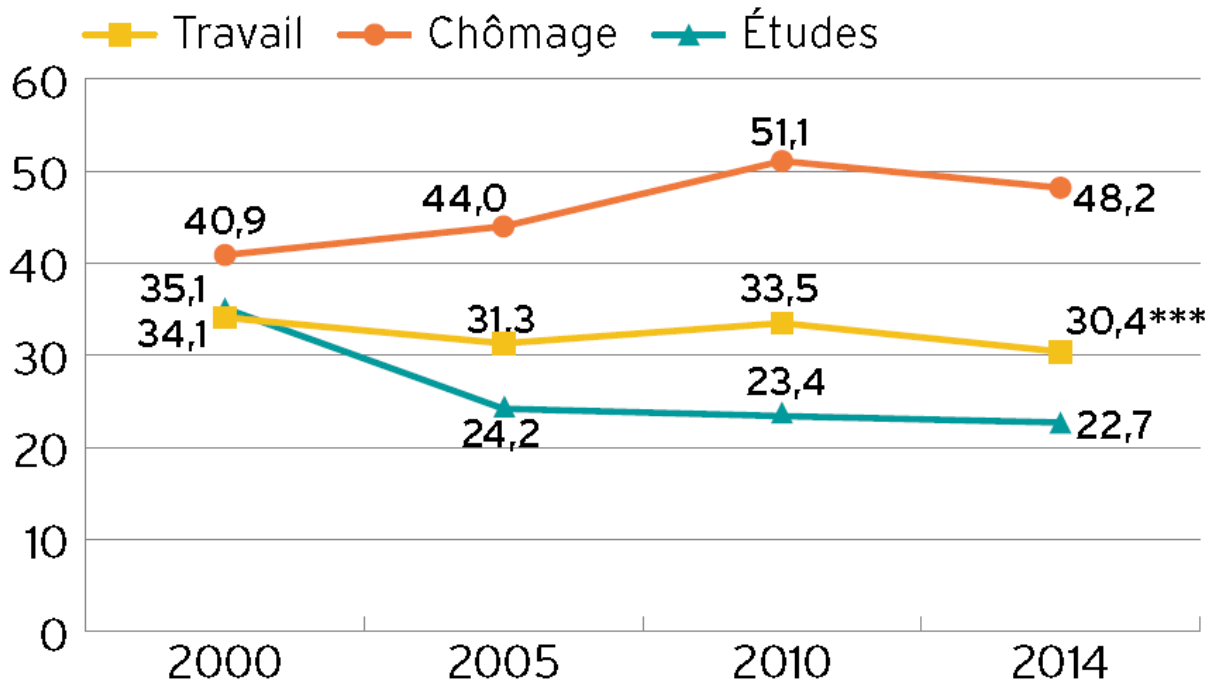
La différence de prévalence du tabagisme s'est accrue entre l'année 2000 et 2014 en fonction des qualifications. Le premier graphique est issu des données de l'INPES et le second représente la répartition de la prévalence du tabagisme selon les diplômes.

Figure 4 - Évolution de la prévalence du tabagisme régulier selon plusieurs variables socio-économiques entre 2000 et 2014 (en pourcentage)

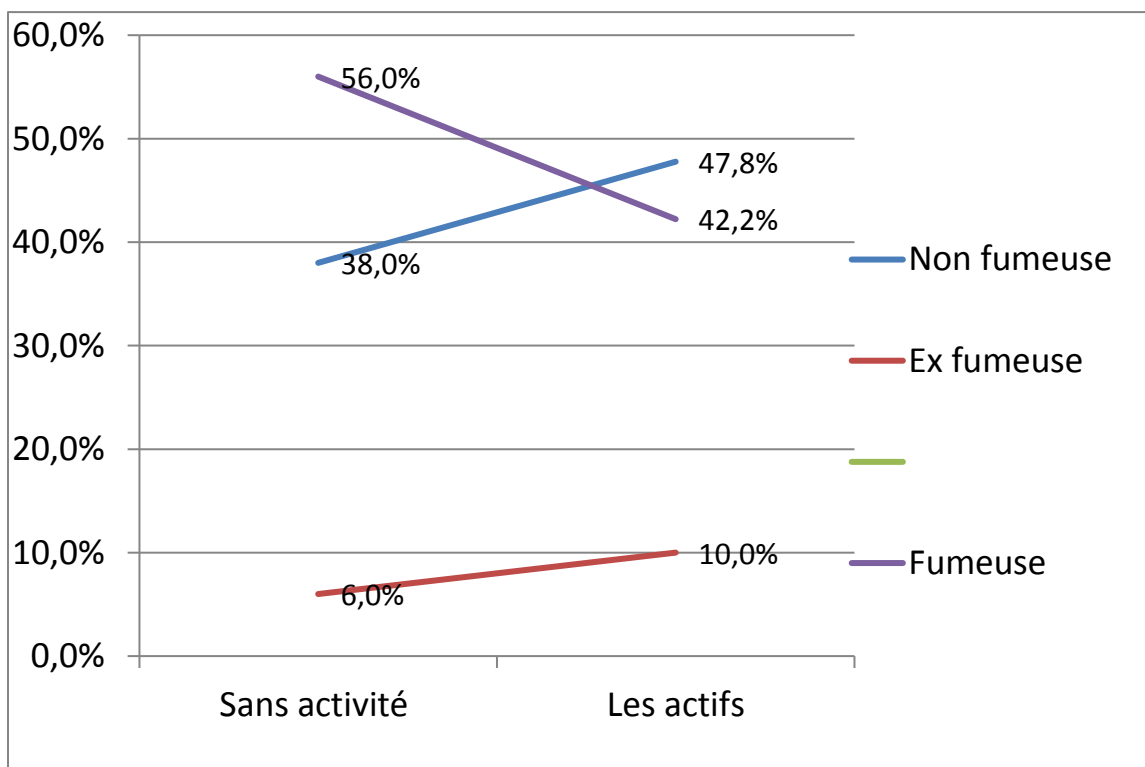
Niveau de diplôme (15-75 ans):



Statut d'activité (15-64 ans):



Prévalence l'activité professionnelle en fonction des 3 statuts tabagiques dans notre série avant cette grossesse.



Vert= arrêt motivé par cette grossesse.

Ces résultats sont concordants par rapport aux données nationales, les marqueurs sociaux sont donc valables pour les hommes et pour les femmes.

Dans l'étude de 2008 sur Metz [7], le pourcentage de fumeuses avant la grossesse de femmes ayant le niveau CAP est de 57.9% contre 20.2 % chez les femmes ayant le niveau licence ou plus .

Dans une étude évaluant le taux de fumeuses pendant la grossesse entre 1998 et 2003, la profession des femmes était très discriminante. En 2003, les employées de service et de commerce avaient respectivement un tabagisme actif de 29.2 % et 26.4 %. Les cadres comptaient 8.3 % de fumeuses pendant la grossesse.[32]

Dans cette étude et sur cette population les auteurs notaient également une diminution entre 1998 et 2003.

Dans notre série, le pourcentage de fumeuses actives pendant la grossesse est 32.7 % pour les employées. Pour les cadres, toutes les femmes sont non fumeuses pour cette grossesse. Les femmes sans activité professionnelle pendant la grossesse fument en 2003 dans 26.1% des cas. Dans notre étude, la prévalence est de 44 %.

Dans les études nationales, il apparait que la prévalence du tabagisme est nettement moindre que dans notre étude.

2. STRUCTURE DE LA FAMILLE ET TABAGISME

Dans notre population les fumeuses représentent au sein des couples sans statut juridique, 46.9 %, contre 13.4 % au sein des couples mariés. Cette tendance n'a pas été recherchée dans l'étude de 2008.

Dans notre série, il existe une influence de la parité, le nombre de non fumeuses croit de la 1^{ère} grossesse à la 3^{ème} de grossesse. En regard de ces constatations, les fumeuses ont tendance à soit avoir peu d'enfant, soit plus de trois enfants. Contrairement à l'étude de 2008, nous n'avons pas inclus de facteur ethnique, ni intégré le quartier d'habitation.

3. L'ÂGE DE LA GROSSESSE ET LES HABITUDES TABAGIQUES

Dans l'étude nantaise, l'âge et le niveau scolaire ressortaient en analyse multivariée, pour expliquer la consommation de tabac pendant la grossesse .[26]

Le risque attribuable de fumer pendant la grossesse diminue de 3,5 fois entre les moins de 25 ans versus plus de 35 ans

Dans notre population, la répartition relative par tranche d'âge des fumeuses se fait comme suit :

Habitude	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40 ans et plus
Non fumeuse	25,0%	52,6%	40,0%	47,5%	46,7%	0,0%
Ex-fumeuse	0,0%	0,0%	10,0%	10,2%	13,3%	0,0%
Arrêt motivé par cette grossesse	25,0%	5,3%	15,0%	15,3%	13,3%	33,3%
Fumeuse	50,0%	42,1%	35,0%	27,1%	26,7%	66,7%
Population	9	19	40	59	15	3

Nous retrouvons une tendance équivalente :

Diminution des fumeuses avec l'âge de la grossesse, un pourcentage d'arrêt du tabac au cours de cette grossesse stable de 25 à 39 ans, et un taux d'ex-fumeuses stable à partir de 25 ans.

H. LES MODES DE CONSOMMATION :

Nous avons étudié dans notre série les modes de consommation. L'utilisation de l'e-cigarette est relatée par 5.3 % des femmes avant la grossesse. Sur les cinq utilisatrices, seule une n'a toutefois qu'une consommation exclusive. L'INPES, s'est intéressé au phénomène social « cigarette électronique ». 6 % des fumeurs, utilisent la cigarette électronique ou en association avec la cigarette incandescente la plupart du temps. 15 % sont des vapoteuses exclusives. [2]

1. AVANT LA GROSSESSE

	Notre série	La littérature
Mode consommation tabac avant la grossesse	Cigarette majoritairement : 97% Avec cannabis 10% (Seul ou mélangé au tabac ??)	Metz [7]: 99,7%. Joint non mélangé au tabac dans 100% Nantes[26] : 100% cigarettes, cannabis 12% , mode consommation ?? Versailles [4] : 100%

Comme dans l'étude de Metz [7], la cigarette reste le produit le plus populaire, utilisée par soixante-quatorze des soixante-seize femmes fumeuses et ex-fumeuses (2 données manquantes, une e-cigarette seule et une fumeuse de cigares). Les autres modes de consommation sont utilisés en complément pour 15 femmes (soit 20.3%) dont 10 femmes fumeraient du cannabis mélangé au tabac.

En 2008, la consommation de cigarettes seule était plus prédominante (86%) et la consommation de cannabis nettement moindre (2.7%).

Dans notre étude la poly-consommation est plus marquée. Nous n'avons pas interrogé les femmes sur le caractère occasionnel ou non de consommation de cannabis. Nous n'avons pas différencié les cigarettes dites « industrielles » des cigarettes dites de fabrication « artisanales »

2. PENDANT LA GROSSESSE

Dans notre série 100 % de fumeuses utilisent la cigarette classique, la poly consommation diminue et concerne 6 femmes sur 46 soit 13% (4 cannabis, 1 e-cigarette, 1 gomme à la nicotine).

Il existe une modification des quantités fumées (comme dans les autres études de 2003, 2008). La modification qualitative de la poly-consommation n'est pas avérée ($p = 0.34$). [7] [32]

I. ASSOCIATIONS FORTUITES ?

1. COUPLE TABAC-ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

Dans notre étude et parmi les fumeuses, l'arrêt total de consommation d'alcool pendant la grossesse n'est pas significativement différent de celui observé chez les non fumeuses ($p=0.45$). En 2008, les conclusions étaient similaires.

L'utilisation festive de l'alcool (plus de 6 verres) est presque liée au tabac si l'on compare l'attitude des femmes fumeuses et non fumeuses ($p = 0.08$).

2. COUPLE TABAC-CANNABIS

La consommation de cannabis est très liée au tabac, aucune non fumeuse ne consommait de cannabis. Ce lien est constant dans toutes les études[7].

Il est de même avant et pendant la grossesse.

3. COUPLE TABAC-DEPRESSION ET TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Selon l'idée communément admise les femmes enceintes fumeuses souffrent fréquemment de *dépression*. La prise en charge du sevrage tabagique serait de ce fait illusoire dans de telles conditions.

Il n'en est rien, dans l'étude réalisée en 2012 en Rhône Alpes [33], les femmes dépressives ont plus souvent une dépendance nicotinique forte et un bas niveau socio-économique. De ce fait les auteurs suggèrent qu'en prenant en compte la dépression, le sevrage tabagique est facilité.

Dans notre population, le lien entre dépendance tabagique nicotinique forte et dépression existe. Le lien tabagisme - dépression est retrouvé. Pour illustrer ce propos : sur les douze femmes fumeuses ayant de symptômes de dépression à l'auto-questionnaire HAD (score $D \geq 8$), le score moyen du test de dépendance nicotinique de Fagerström est de 5 versus 2.1 pour l'ensemble de la population. Cinq d'entre elles prennent un traitement au long cours.

Dans cette population nous n'avons pas retrouvé de lien statistique entre le symptôme « *anxiété* » et tabagisme. Mais la population des très présumée anxieuse estimée selon le questionnaire HAD est faible.

J. CONNAISSANCE ET MOTIVATION POUR ARRETER DE FUMER :

Nous n'avons pas retrouvé de données dans la littérature concernant les connaissances du grand public sur les conséquences du tabagisme au cours de la grossesse. Les connaissances sont très médiocres parmi les jeunes femmes fumeuses et non fumeuses. L'enseignement, ou l'éducation à la santé, peut largement être optimisé.

	Femmes ayant bien répondues aux questions 6/7 ou 7/7		Population étudiée	
Brevet des collèges	10%	3	20	14,3%
CAP	16,7%	5	30	21,4%
BAC	30%	9	42	30,0%
BTS	30%	9	37	26,4%
BAC + 5	36,6%	4	11	7,9%
Toute la série	21,4%	30	140	100%

Sur les 30 personnes qui ont répondu correctement ou ont donné six réponses correctes sur sept aux QCM¹ sur les connaissances, il n'existe pas de différence significative en termes de niveau d'étude, ni en fonction du statut tabagique.

L'optimisation de la motivation à arrêter de fumer a été étudiée en 2005 dans un numéro hors-série consacré au tabagisme chez la femme enceinte.[8]

Dans la série versaillaise, 40 % des fumeuses ont souhaité une aide au sevrage tabagique.

Cette motivation peut se renforcer par l'action des professionnels de santé en amont de la grossesse et au cours de la grossesse. La méthode validée est l'entretien motivationnel. Les thérapies cognitivo-comportementales sont validées depuis 1998. Elles permettent de mieux gérer le stress, elles sont particulièrement adaptées aux personnes anxieuses.

Le suivi de ces femmes est longitudinal au cours de la grossesse, car le contexte psychologique de la grossesse favorise particulièrement l'intégration des conseils éducatifs. Ainsi les conseils, sur le tabac en particulier, correspondent à un échange avec des recommandations claires.

Dans notre population, le discours sur le sevrage tabagique doit être centré sur l'économie et la santé de la future maman avant la grossesse, et la santé de l'enfant à naître pendant la grossesse. Dans notre monde virtuel et d'images, la magie de la *première échographie* influence peu la motivation des parturientes fumeuses. Le diagnostic *clinique*, et souvent *biologique*, est plus discriminant.

Le financement des patchs de substitut nicotinique n'est pas une demande forte, 9,4 % des demandes, pourtant il s'agit de la seule aide pharmacologique possible. [20].

La controversée méta-analyse sur la base de données Cochrane, ne mettait pas en évidence de différences significatives entre le groupe placebo et le groupe « patchs de substitut nicotinique » et l'incidence de l'arrêt du tabac chez la femme enceinte.[34] . Ces résultats sont confirmés dans une étude en double aveugle française réalisée entre octobre 2007 et janvier 2013.[31]

K. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE, FAUSSES-COUCHES

1. INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Seize femmes (11,4%) ont mentionné au moins une IVG, les mots clés retenus sont :

- Sans activité professionnelle (9/16).
- Niveau brevet – CAP (9/16).
- Fumeuses actives (8/16).
- Consommation d'alcool.

Dans l'étude de METZ en 2008, le taux IVG était de 14.9 %.[7]

¹ QCM = Questions à choix multiples

2. LES FAUSSES-COUCHES

Dans l'étude de METZ, 19,8 % de femmes ont présenté au moins une fausse-couche[7].

Dans notre étude 31 femmes (22 %) en ont présenté au moins une.

- Par rapport à la population générale, la prise de substances toxiques : drogues illicites et alcool est plus marquée.
- L'âge moyen est légèrement supérieur à la population étudiée, médiane 30 ans.

V. CONCLUSION

Après l'analyse de notre population et sa comparaison avec la littérature, les éléments suivants nous apparaissent être importants :

- La prévalence du tabagisme actif durant la grossesse est élevée dans notre étude, plus élevée que dans les autres études.
- La prise d'alcool pendant la grossesse est significative dans notre population.
- La consommation de drogues illicites avant et pendant la grossesse est supérieure aux autres données épidémiologiques.
- La prévalence du tabagisme des conjoints et du tabagisme passif est élevée.
- L'information des femmes sur le danger des conduites addictives est insuffisante, un réel programme d'éducation pour la santé semble justifié.
- Une information systématique des femmes et du couple est indispensable sur les risques liés à la consommation de substances psychoactives : tabac, alcool et cannabis. L'accompagnement en début de grossesse est indispensable d'autant que la majorité des arrêts s'effectue en début de grossesse.
- Le lien entre le niveau scolaire et le tabagisme est fort. En conséquence le faible investissement des pouvoirs publics sur l'école s'accompagne de conduites addictives plus marquées.
- Un screening systématique des conduites addictives, et de la dépression est possible, et permettrait de proposer une prise en charge individualisée.

Dans notre établissement, la sensibilisation du personnel médical et paramédical est indispensable pour interpréter le conseil minimal à chaque prise en charge. Il est également du devoir de l'ARS de soutenir financièrement toutes les initiatives dédiées à l'éducation de la santé.

Les mesures d'évaluation préventives des conduites addictives ont probablement un intérêt social et économique (diminution du taux de prématurité, de grossesses compliquées...).

Une démarche collégiale et pluridisciplinaire pourrait être valorisée dans notre région comme dans les pays de la Loire ; proposer aux acteurs médicaux et aux jeunes femmes une prise en charge adaptée informative, et plus si nécessaire. [35]

V. BIBLIOGRAPHIE

- [1] M. Haglund, « Women and tobacco: a fatal attraction », *Bull. World Health Organ.*, vol. 88, n° 8, p. 563-563, août 2010.
- [2] R. Guignard et F. Beck, *La consommation de de tabac en France en 2014 : caractéristique et évolution récente*, Marie Frederic Cormand., N°31 vol. Saint Denis: INPES, 2015.
- [3] Alliance Contre le Tabac, Association Périnatalité Prévention Recherche Information, Ligue Nationale Contre le Cancer, Réseau Européen Hôpital Sans Tabac, et Réseau Hôpital Sans Tabac, « [Consensus conference on pregnancy and smoking, 7-8 October 2004, Lille, France. (text of guidelines, long version)] », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 34 Spec No 1, p. 3S21-44, avr. 2005.
- [4] P. Raynal, P. Panel, F. Fuchs, E. Dautzenberg, U. Metzger, et M. Toledano, « Enquête sur le tabagisme au cours de la grossesse dans l'agglomération versaillaise », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 37, n° 1, p. 33-40, févr. 2008.
- [5] « CIM 10 version française ». [En ligne]. Disponible sur: www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf.
- [6] HAS, « Recommandation de bonne pratique Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours », 17-nov-2014.
- [7] M. Ziai, « Grossesse et consommation de drogues illicites. Justifications épidémiologiques à une prise en charge durant la grossesse. », Faculte de Nancy, 2008.
- [8] M. Adler [1], E. Dautzenberg [2], D. Garelik [3], P. Nguyen, « Comment prendre en charge les femmes fumeuses ? - Modalités de mise en œuvre des différentes techniques efficaces d'aide à l'arrêt du tabac », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, n° Vol 34 - N° HS1 - avril 2005, p. Page :194-205.
- [9] jacques.lehouezec, « Question 3 Comment prendre en charge les femmes fumeuses ? Quelles sont les interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte ? », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 34, n° HS1, p. 182-193, avril 2005.
- [10] M. Delcroix, C. Gomez, P. Marquis, et J. Guibert, « Tabac, fertilité et grossesse », *EMC - Obstétrique*, vol. 2, n° 1, p. 1-16, janv. 2007.
- [11] C. Augood, K. Duckitt, et A. A. Templeton, « Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis », *Hum. Reprod. Oxf. Engl.*, vol. 13, n° 6, p. 1532-1539, juin 1998.
- [12] A. Burget et G. Agnani, « Tabac, fertilité et grande prématurité », *J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris*, vol. 32, n° 1suppl, p. 1S9-S16, 2003.
- [13] E. G. Hughes et B. G. Brennan, « Does cigarette smoking impair natural or assisted fecundity? », *Fertil. Steril.*, vol. 66, n° 5, p. 679-689, nov. 1996.
- [14] H. Klonoff-Cohen, L. Natarajan, R. Marrs, et B. Yee, « Effects of female and male smoking on success rates of IVF and gamete intra-Fallopian transfer », *Hum. Reprod. Oxf. Engl.*, vol. 16, n° 7, p. 1382-1390, juill. 2001.
- [15] R. J. Stillman, M. J. Rosenberg, et B. P. Sachs, « Smoking and reproduction », *Fertil. Steril.*, vol. 46, n° 4, p. 545-566, oct. 1986.

- [16] R. B. Ness, J. A. Grisso, N. Hirschinger, N. Markovic, L. M. Shaw, N. L. Day, et J. Kline, « Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion », *N. Engl. J. Med.*, vol. 340, n° 5, p. 333-339, févr. 1999.
- [17] A. Castles, E. K. Adams, C. L. Melvin, C. Kelsch, et M. L. Boulton, « Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses », *Am. J. Prev. Med.*, vol. 16, n° 3, p. 208-215, avr. 1999.
- [18] J. Coste, J. Bouyer, H. Fernandez, et N. Job-Spira, « [Predicting the risk of extra-uterine pregnancy. Construction and validation of a French risk scale] », *Contracept. Fertil. Sex.* 1992, vol. 26, n° 9, p. 643-648, sept. 1998.
- [19] « Salivary Thiocyanate: A Biochemical Indicator of Cigarette Smoking in Adolescents », *Oral Health Prev. Dent.*, n° 3, p. 221-227, juill. 2013.
- [20] « Femmes enceintes : choisir un moyen de sevrage du tabac », *Prescrire*, vol. Tome 35, n° 377, p. 204-209, mars 2015.
- [21] C. Dano, A. Fournié, F. Le Geay, C. Lefebvre-Lacoeuille, S. Fanello, et P. Descamps, « Alcool et grossesse », *EMC - Obstétrique*, vol. 7, n° 4, p. 1-8, oct. 2012.
- [22] LAMY (S.), DELAVENE (H.), THIBAUT (F.), « Grossesse et consommation de drogues et d'alcool », *Rev. Prat. Monogr.*, vol. 64, n° 3, p. 317-320, janv. 2014.
- [23] A. Bongain, « toxicomanie et grossesse », *Encyc Med Chir*, vol. Gynecologie/Obstétrique, n° 5-048 P-10, p. 12, 2000.
- [24] Observatoire français des drogues et des toxicomanies, C. Lejeune, et L. Simmat-Durand, *Grossesse et substitution : enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés*. Paris: OFDT, 2003.
- [25] « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours », HAS, oct. 2014.
- [26] A. Chassevent-Pajot, M. Guillou-Landréat, M. Grall-Bronnec, L. Wainstein, H.-J. Philippe, P. Lombrail, et J.-L. Vénisse, « Étude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 40, n° 3, p. 237-245, mai 2011.
- [27] K. B. Filion, H. A. Abenhaim, S. Mottillo, L. Joseph, A. Gervais, J. O'Loughlin, G. Paradis, R. Pihl, L. Pilote, S. Rinfret, M. Tremblay, et M. J. Eisenberg, « The effect of smoking cessation counselling in pregnant women: a meta-analysis of randomised controlled trials », *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.*, vol. 118, n° 12, p. 1422-1428, nov. 2011.
- [28] Lorraine Tournyol du Clos, « Les violences faites aux femmes sur le site www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1180/ip1180.pdf (visité aout 2016) », févr-2008.
- [29] S. Gilgenkrantz, « Les violences aux personnes en France: Analyse de trois enquêtes récentes », *médecine/sciences*, vol. 25, n° 1, p. 83-86, janv. 2009.
- [30] « <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression> ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression>. [Consulté le: 15-mai-2016].

- [31] I. Berlin, G. Grangé, N. Jacob, et M.-L. Tanguy, « Nicotine patches in pregnant smokers: randomised, placebo controlled, multicentre trial of efficacy », *BMJ*, vol. 348, p. g1622, 2014.
- [32] N. Lelong, B. Blondel, et M. Kaminski, « Évolution de la consommation de tabac des femmes pendant la grossesse en France de 1972 à 2003 », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 40, n° 1, p. 42-49, févr. 2011.
- [33] F. Dupré, J. Perriot, I. Defay, C. Lavessière, F. Defay, C. Guillon, G. Mathern, et M. Berland, « Dépression chez la femme enceinte fumeuse : impact sur la motivation à l'arrêt du tabac », *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.*, vol. 43, n° 9, p. 691-697, nov. 2014.
- [34] D. Trivedi, « Cochrane review summary: Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy », *Prim. Health Care Res. Dev.*, vol. 14, n° 4, p. 327-329, oct. 2013.
- [35] « GUIDE PRATIQUE POUR LA SURVEILLANCE D'UNE GROSSESSE A BAS RISQUE Du projet de naissance à l'accouchement », URPS pays de la loire, mai 2011.

Sommaire des annexes :

- **Questionnaire remis aux femmes**

- **Tableau de synthèse des profils des femmes :**
 - **Ayant eu recours à l'IVG**
 - **Ayant présentées une fausse couche**
 - **Attendant leur 4ieme enfant ou plus**
 - **Ayant au cours de la grossesse des épisodes de consommation festive (plus de 6 verres d'alcool)**

- **Quelques graphiques complémentaires**

Consultation par les sages-femmes

Coordinatrices	Fiche numéros :	_____
COTOARBA Mihaela		_____
Interne de Médecine Générale	Date de naissance:	_____ / _____ / 19_____
Mme BORNER Reine	Nb Semaines d'aménorrhée	_____ SA
Sage-femme	Date du recueil :	_____ / _____ / 2015

Auto-questionnaire puis si besoin aide d'une des deux coordinatrices

Préciser motif du refus :



Mes habitudes tabagiques

- Je n'ai jamais fumé
- J'ai arrêté depuis plus de 1 an avant ma grossesse, je fumais cigarettes / j depuis l'âge de
- J'ai arrêté récemment le ____ / ____ / 201... ; je fumais cigarettes / j depuis l'âge de
- Je continue de fumer cigarettes / jours , avant la grossesse ; je fumais cigarettes / j depuis l'âge de



Mon niveau de qualification est :

- Brevet des collèges
- CAP
- BAC
- BTS = Bac + 2 ou 3
- Bac + 5 et plus



Ma situation professionnelle actuelle : - Liste des catégories socioprofessionnelles (Insee)

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires (ex infirmière , assistante sociale , contremaitre)
- Employés
- Ouvriers
- Retraités
- Autres personnes sans activité professionnelle



Mon Statut conjugal :

- Concubinage ou union libre
- Mariée ou pacsée
- Seule



Mon Conjoint est-il fumeur ?

Oui	non
-----	-----



Mes enfants

Nombre d'enfants :	Nombres de grossesses
1	1
2	2
3	3
Plus	Plus

Avez-vous eu recours à une interruption volontaire de grossesse

Oui	Non
-----	-----

Avez-vous présenté une fausse couche

Oui	Non
-----	-----



Mes connaissances : Tabac et grossesse : cocher les propositions fausses

- En fumant, vous multipliez par deux votre risque de présenter une fausse couche
- En fumant, vous augmentez le risque de décollement placentaire (décollement entre placenta et utérus)
- En fumant, vous augmentez le risque de retard de croissance du bébé in utero (dans votre ventre) dans des proportions non négligeables.
- En fumant, vous augmentez le risque de subir une césarienne au cours de l'accouchement**
- En fumant, vous augmentez le risque d'une naissance prématurée de votre bébé.
- En fumant, vous augmentez le risque d'une macrosomie fœtale (poids du fœtus au-dessus des normes habituelles)**
- Le monoxyde de carbone dégagé par la cigarette ne passe pas la barrière placentaire



Mes médicaments :

Je prenais des médicaments avant ma grossesse :

Oui	Non
-----	-----

Si oui lesquels ? (noms)

Je prends des médicaments actuellement (pendant la grossesse) ?

Oui	Non
-----	-----

Si oui lesquels ?



Quelle est votre humeur en ce moment ?

Ce questionnaire a été conçu de façon à vous permettre d'exprimer ce que vous ressentez sur le plan émotionnel. Lisez chaque question et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler (une seule réponse par question).

Donnez une réponse rapide : votre réaction immédiate est celle qui correspond le mieux à votre état actuel.

<p>1 Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :</p> <p><input type="checkbox"/> La plupart du temps</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent</p> <p><input type="checkbox"/> De temps en temps</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p>2 Je prends du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, tout autant</p> <p><input type="checkbox"/> Pas autant</p> <p><input type="checkbox"/> Un peu seulement</p> <p><input type="checkbox"/> Presque plus</p>
<p>3 J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, très nettement</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, mais ce n'est pas trop grave</p> <p><input type="checkbox"/> Un peu, mais cela ne m'inquiète pas</p> <p><input type="checkbox"/> Pas du tout</p>	<p>4 Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</p> <p><input type="checkbox"/> Autant que par le passé</p> <p><input type="checkbox"/> Plutôt moins</p> <p><input type="checkbox"/> Vraiment moins qu'avant</p> <p><input type="checkbox"/> Plus du tout</p>
<p>5 Je me fais du souci :</p> <p><input type="checkbox"/> Très souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Assez souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Occasionnellement</p> <p><input type="checkbox"/> Très occasionnellement</p>	<p>6 Je suis de bonne humeur :</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Rarement</p> <p><input type="checkbox"/> Assez souvent</p> <p><input type="checkbox"/> La plupart du temps</p>
<p>7 Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, quoi qu'il arrive</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, en général</p> <p><input type="checkbox"/> Rarement</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p>8 J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :</p> <p><input type="checkbox"/> Presque toujours</p> <p><input type="checkbox"/> Très souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p>
<p>9 J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai l'estomac noué ou une boule dans la gorge :</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Parfois</p> <p><input type="checkbox"/> Assez souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Très souvent</p>	<p>10 J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence :</p> <p><input type="checkbox"/> Totalement</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'y fais plus attention</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'y fais plus assez attention</p> <p><input type="checkbox"/> J'y fais attention comme d'habitude</p>
<p>11 J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, c'est tout à fait le cas</p> <p><input type="checkbox"/> Un peu</p> <p><input type="checkbox"/> Pas tellement</p> <p><input type="checkbox"/> Pas du tout</p>	<p>12 J'envisage l'avenir avec optimisme :</p> <p><input type="checkbox"/> Comme d'habitude</p> <p><input type="checkbox"/> Plutôt moins qu'avant</p> <p><input type="checkbox"/> Beaucoup moins qu'avant</p> <p><input type="checkbox"/> Pas du tout</p>
<p>13 J'éprouve des sensations soudaines de panique :</p> <p><input type="checkbox"/> Vraiment très souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Assez souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Pas très souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Jamais</p>	<p>14 Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou de télévision :</p> <p><input type="checkbox"/> Souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Assez souvent</p> <p><input type="checkbox"/> Rarement</p> <p><input type="checkbox"/> Très rarement</p>



Ma consommation de boissons alcoolisées

Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais	2 à 3 fois par semaine
1 fois par mois ou moins	Au moins 4 fois par semaine
2 à 4 fois par mois	

Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

1 ou 2	7 ou 8
3 ou 4	10 ou plus
5 ou 6	

Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Jamais	Une fois par semaine
Moins d'une fois par mois	Tous les jours ou presque
Une fois par mois	

Quel type de boissons buvez-vous ?

Cidre	Liqueurs
Bière	Eau de vie (kirsch, cognac, vodka.)
Vin	Apéritifs



Mes addictions

Avez-vous consommé une ou plusieurs drogues illégales ?

Oui	Non
Héroïne	
Cocaïne	
Extasie	
Marijuana	
Autre	
Pendant la grossesse ?	
Oui	Non



La violence et moi:

Avez-vous été victime de violences ?

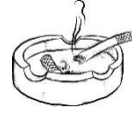
Oui	Non
-----	-----

Si oui

Quand ?	Quel type de violence ?	Où ?
Dans l'enfance	Verbale	A la maison
A adolescence	Physique	Au travail
A l'âge adulte	Sexuelle	Dans la rue
	Psychologique ou économique	A l'école
	Autres	Autre :



Pour fumeuses et ex fumeuses



Mes habitudes

Que fumiez-vous avant la grossesse ?	Que fumez-vous ?
Cigarettes	Cigarettes
Cigares	Cigares
e-cigarette	E-cigarette
Narguilé avec tabac	Narguilé avec tabac
Cannabis ou joint	Cannabis ou joint
Narguilé avec autres produits	Narguilé avec autres produits



Ma motivation pour arrêter de fumer :

Actuellement	Avant la grossesse
Économique	Économique
Diminuer les malformations fœtales (fentes faciales, craniosténoses)	Diminuer les malformations fœtales (fentes faciales, craniosténoses)
Diminuer les complications pendant la grossesse (fausses couches, décollement placentaire)	Amélioration de la fertilité
Pour ma santé	Diminuer les complications pendant la grossesse (grossesse extra utérine, mort fœtale in utero.)
Je suis plus motivée depuis que je suis enceinte	Pour ma santé
Je suis plus motivée depuis ma première échographie	Pour la santé de mon futur Bébé
Pour la santé de mon bébé	Autres :
Autres :	



Qu'attendez-vous de l'équipe médicale pour vous aider à arrêter de fumer ou consolider cet arrêt ?

- Un suivi personnalisé (consultations) par une sage-femme
- Prise en charge de votre conjoint
- Thérapie cognitivo-comportementale individuelle (apprendre à gérer son stress, identifier les situations à risque, désapprendre les rituels)
- Une consultation d'aide au sevrage tabagique ouverte pour toutes les femmes en désir d'enfant.**
- Renforcer la motivation dans le cadre d'un programme bien défini et proposé dans le service
- Une prise en charge financière pour 3 mois des patchs de substitut nicotinique (TNS, gommes, comprimés)
- Mise à disposition de documents d'aide à l'arrêt du tabac...**
- Une consultation auprès d'un psychologue pour une prise en charge plus globale de l'angoisse ou de la dépression
- Proposition d'une prise en charge alternative dans le service** : Hypno-thérapie ou acupuncture
- Autre :



Votre dépendance (entourez le chiffre)

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

TABLEAU D'ANALYSE DU PROFIL DES FEMMES AYANT EU RECOURS A L'IVG

	Age	STATUT CONJUGAL	NIVEAU D'ETUDES	DROGUES AVANT	TYPES DES DROGUES	Drogues pendant	ALCOOL PENDANT	VIOLENCE	Habitude tabagique	Nb de cigarettes/j pendant la grossesse
1	26	Concubinage	Brevet de collège	Qui	Cocaine+amphetamines	Non	1 fois par mois	Non	Fumeuse	15
2	24	Mariée ou pacsée	BAC 5+	Non		Non	jamais	Qui	Non fumeuse	0
3	42	Concubinage	Brevet de collège	Non		Non	1 fois par mois	Qui	Arrêt motivé par la grossesse	0
4	27	Concubinage	BTS	Non		Non	Jamais	Non	Arrêt motivé par la grossesse	0
5	27	Mariée ou pacsée	CAP	Non		Non	jamais	Non	Ex-fumeuses	0
6	26	Concubinage	CAP	Non		Non	Jamais	Non	Fumeuse	5
7	31	Seule	Brevet de collège	Non		Non	1 fois par mois	Non	Fumeuse	5
8	20	Concubinage	Brevet de collèges	Qui	Cannabis	Non	jamais	Non	Fumeuse	3

9	29	Mariée ou pacsée	BAC	Non		Non	2 à 4 fois par mois	Non	Fumeuse	5
10	33	Seule	Brevet de collège	Non		Non	jamais	Non	Ex-fumeuse	0
11	26	Concubinage	BAC	Non		Non	jamais	Non	Fumeuse	10
12	26	Concubinage	Brevet de collègue	Non		Non	1 fois par mois	Non	Non fumeuse	0
13	29	Seule	BAC	Non		Non	jamais	Non	Fumeuse	10
14	24	Concubinage	Brevet de collègue	Non			1 fois par mois	Non	Fumeuse	15
15	30	Mariée ou pacsée	CAP	Non			1 fois par mois	Non	Non fumeuse	0
16	33	Mariée ou pacsée	BTS	Non			2 à 3 fois par semaine	Qui	Fumeuse	10

ANALYSE DES FEMMES AYANT PRESENTEES UNE FAUSSE COUCHE

	Age	STATUT CONJUGAL	NIVEAU D'ETUDES	DROGUES AVANT	TYPES DES DROGUES	Drogues pendant	ALCOOL PENDANT	VIOLENCE	Habitude tabagique	Nb ce cigarettes par jour pdt la grossesse
1	26	Concubinage	Brevet des collèges	Qui	Cocaïne, amphétamines	Non	1 fois par mois	Non	Fumeuses	15
2	35	Mariée ou pacsée	BTS	Non		Non	1 fois par mois	Non	Non-fumeuses	0
3	31	Mariée ou pacsée	BTS	Non		Non	jamais	Non	Non-fumeuses	0
4	38	Mariée ou pacsée	CAP	Non		Non	jamais	Non	Fumeuses	10
5	28	Mariée ou pacsée	BAC	Non		Non		Non	Ex-fumeuses	0
6	32	Mariée ou pacsée	BTS	Non		Non	1 fois par mois	Non	Non-fumeuses	0
7	30	Concubinage	CAP	Qui	Héroïne, cocaïne, ectasie, cannabis et amphétamines	Non	jamais	OUI	Fumeuses	10
8	30	Concubinage	CAP	Qui	amphétamines	Oui	jamais	OUI	Fumeuses	5

9	26	Concubinage	BTS	Qui	cannabis	Non	jamais	Non	Ex-fumeuses	0
10	23	Mariée ou pacsée	CAP	Non		Non	1 fois par mois	Non	Arrêt motivé par cette grossesse	0
11	31	Mariée ou pacsée	BAC+5	Non		Non	jamais	Non	Non-fumeuses	0
12	29	Concubinage	CAP	Non		Non	jamais	Non	Fumeuses	5
13	27	Mariée ou pacsée	BAC	Non		Non	2 à 3 fois par mois	Non	Arrêt motivé par cette grossesse	0
14	30	Concubinage	BAC	Non		Non	2 à 3 fois par mois	Non	Fumeuses	10
15	31	Mariée ou pacsée	BTS	Non		Non	jamais	Non	Non-fumeuses	0
16	33	Seule	Brevet des collèges	Non		Non	jamais	Non	Ex-fumeuses	0
17	24	Concubinage	Brevet des collèges	Non		Non	1 fois par mois	Non	Non-fumeuses	0
18	31	Concubinage	BAC	Non		Non	jamais	Non	Fumeuses	5
19	24	Concubinage	CAP	Non		Non	1 fois par mois	Non	Fumeuses	15
20	38	Concubinage	BAC	Non		Non	1 fois par mois	Non	Arrêt motivé par	0

									cette grossesse	
21	29	Concubinage	CAP	Non		Non	jamais	Non	Non-fumeuses	0
22	33	Mariée ou pacsée	BTS	Non		Non	jamais	Non	Non-fumeuses	0
23	39	Mariée ou pacsée	BAC	Non		Non	jamais	Non	Non-fumeuses	0
24	26	Concubinage	Brevet des collèges	Non		Non	1 fois par mois	Non	Non-fumeuses	0
25	24	Mariée ou pacsée	BAC	Non		Non	jamais	Non	Non-fumeuses	0
26	35	Concubinage	Brevet des collèges	Qui	cannabis	Oui	jamais	Non	Fumeuses	5
27	42	Concubinage	CAP	Non		Non	jamais	Non	Fumeuses	5
28	27	Mariée ou pacsée	BTS	Non		Non	jamais	Non	Ex-fumeuses	0
29	42	Concubinage	BTS	Non		Non	1 fois par mois	Non	Fumeuses	5
30	28	Concubinage	CAP	Non		Non	jamais	Non	Non-fumeuses	0
31	33	Mariée ou pacsée	BTS	Non		Non	2 à 3 fois par semaine	OUI	Fumeuses	10

ANALYSE DU PROFIL DES FEMMES ATTENDANT LEUR 4IEME ENFANT OU PLUS :

	Age	STATUT CONJUGAL	NIVEAU D'ETUDES	SITUATION PROFESSIONNELLE	Fausses couches	DROGUES AVANT	ALCOOL PENDANT	VIOLENCE	Habitude tabagique	Nb de cigarettes/j pendant la grossesse
1	27	Mariée	Brevet des collèges	Employés	Non	Non	Jamais	Non	Fumeuse	20
2	32	Mariée	BTS	Employés	Non	Non	Jamais	Non	Non fumeuse	0
3	38	Mariée	CAP	Sans activité	Qui	Non	Jamais	Non	Fumeuse	10
4	28	Mariée	BAC	Employés	Qui	Non	2-3 fois par mois	Non	Ex-fumeuse	0
5	30	Concubinage	BAC	Employés	Qui	Non	2-3 fois par mois	Non	Fumeuse	10
6	29	Concubinage	Brevet des collèges	Sans activité	Non	Non	Une fois par mois	Non	Fumeuse	15
7	24	Mariée	BTS	Sans activité	Non	Non	Jamais	Non	Non fumeuse	0
8	38	Concubinage	BAC	Employés	Qui	Non	Une fois par mois	Non	Arrêt motivé par cette grossesse	0

9	29	Concubinage	CAP	Sans activité	Qui	Non	Jamais	Non	Non fumeuse	0
10	30	Concubinage	CAP	Sans activité	Non	Non	Jamais	Non	Fumeuse	10
11	33	Mariée	BTS	Sans activité	Qui	Non	Jamais	Non	Non fumeuse	0
12	34	Mariée	Brevet des collèges	Sans activité	Non	Non	Jamais	Non	Non fumeuse	0
13	24	Concubinage	Brevet des collèges	Sans activité	Non	Non	Jamais	Non	Fumeuse	15
14	33	Mariée	BTS	Professions intermédiaires	Qui	Non	2 à 3 fois par semaine	Oui	Fumeuse	10

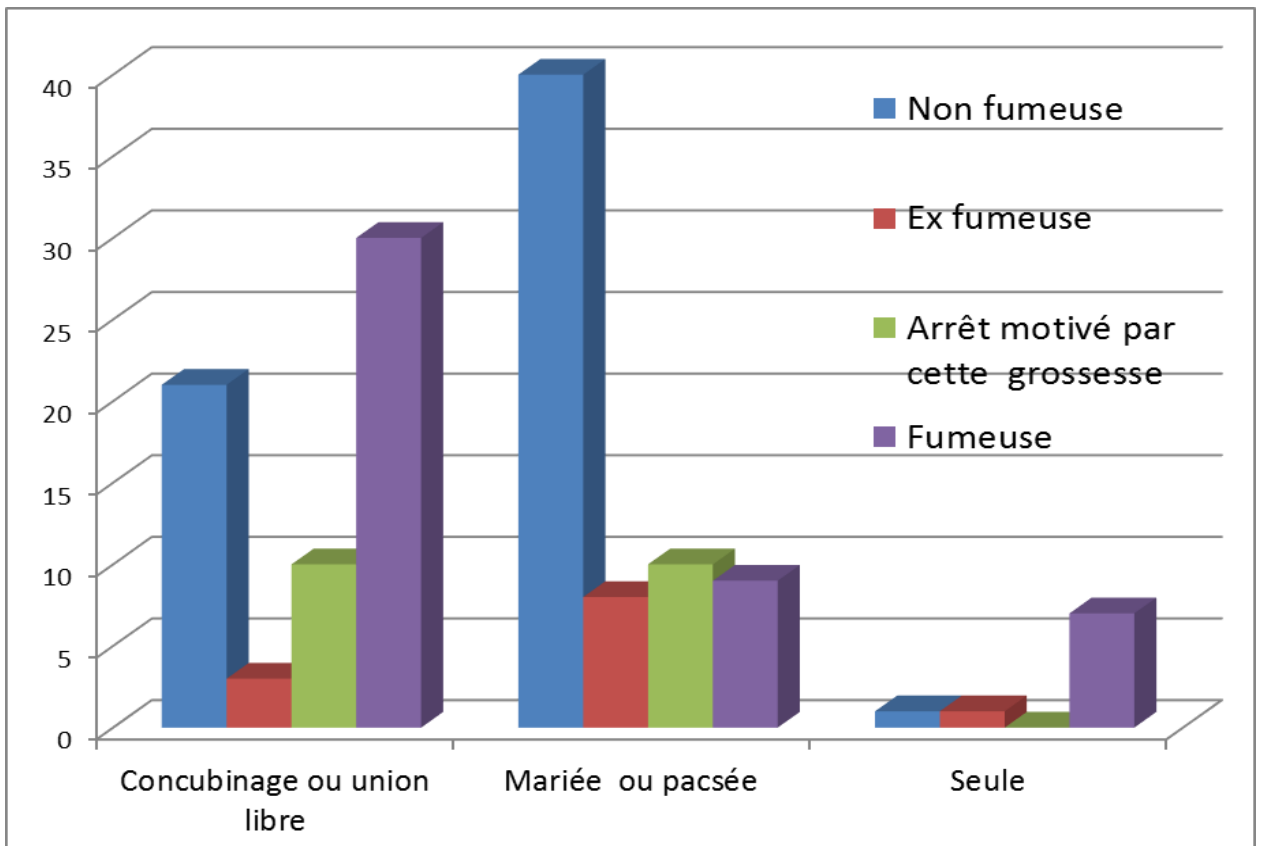
ANALYSE DU PROFIL DES FEMMES AYANT AU COURS DE LA GROSSESSE DES EPISODES DE CONSOMMATION FESTIVE (PLUS DE 6 VERRES D'ALCOOL)

	Consommation festive	Age	STATUT CONJUGAL	NIVEAU D'ETUDES	SITUATION PROFESSIONNELLE	Anxiété	Dépression	DROGUES AVANT	Habitude tabagique	Nb de cigarettes/j pendant la grossesse
1	2à 3 fois par mois	39	Concubinag e	CAP	Employés	Pas de symptomatologie	Absence de symptomatologie	Non	Fumeuses	10
2	1 fois par mois	28	Mariée	BAC	Employés	Symptomatologie douteuse	Absence de symptomatologie	Non	Ex-fumeuses	0
3	1 fois par mois	32	Mariée	BTS	Artisans, commerçants	Symptomatologie douteuse	Absence de symptomatologie	Non	Non-fumeuses	0
4	1 fois par mois	34	Concubinag e	BTS	Professions intermédiaires	Pas de symptomatologie	Absence de symptomatologie	Non	Arrêt motivé par la grossesse	0
5	1 fois par mois	31	Concubinag e	BTS	Professions intermédiaires	Pas de symptomatologie	Absence de symptomatologie	Non	Ex-fumeuses	0
6	2à 3 fois par mois	30	Concubinag e	BAC	Employés	Pas de symptomatologie	Absence de symptomatologie	Non	Fumeuses	5

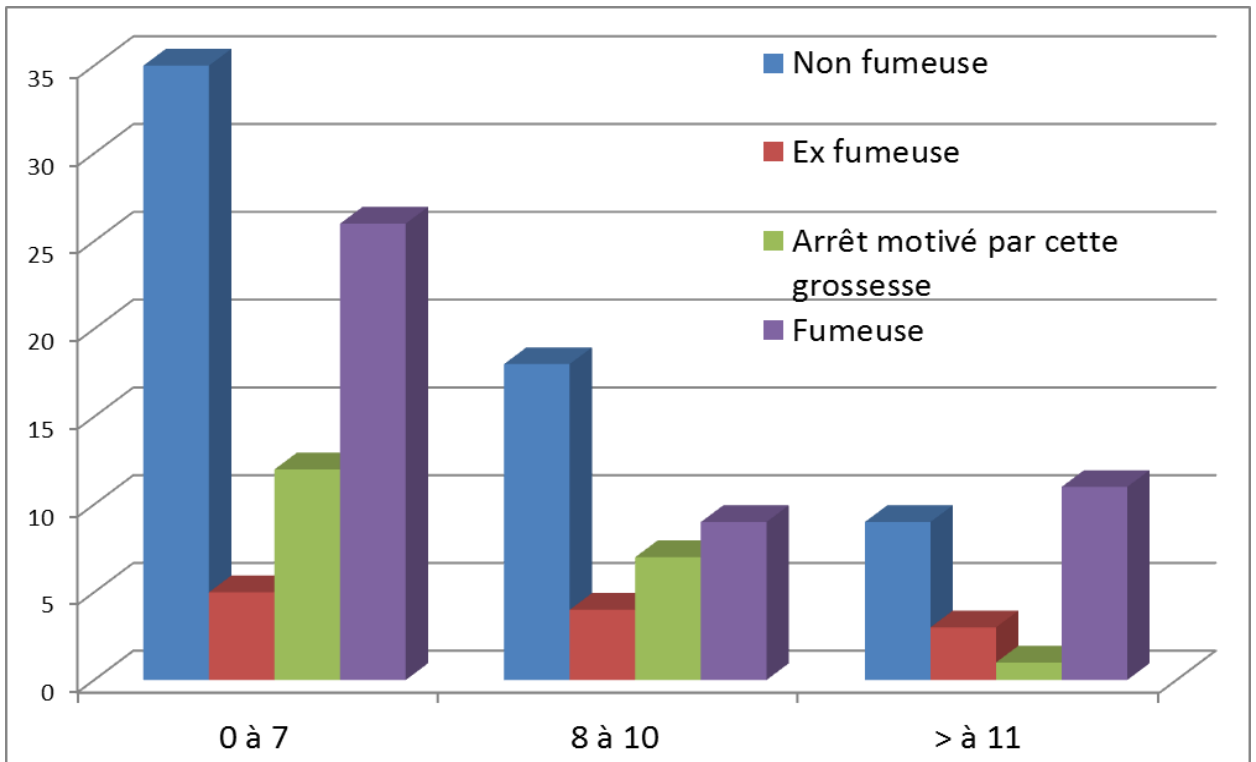
7	2à 3 fois par mois	31	Mariée	BAC	Sans activité	Symptomato logi e douteuse	Absence de symptomato logie	Non	Non- fumeuses	0
8	1 fois par mois	29	Concubinage	Brevet des collèges	Sans activité	Pas de symptomato logi e	Absence de symptomato logie	Non	Fumeuses	15
9	2à 3 fois par mois	29	Mariée	BAC	Ouvriers	Pas de symptomato logi e	Absence de symptomato logie	Non	Fumeuses	5
10	1 fois par mois	30	Mariée	BAC	Artisans, commerçant s	Pas de symptomato logi e	Absence de symptomato logie	Non	Arrêt motivé par la grossesse	0
11	1 fois par mois	24	Concubinage	CAP	Sans activité	Pas de symptomato logi e	Absence de symptomato logie	Non	Fumeuses	15
12	1 fois par mois	38	Concubinage	BAC	Employés	Symptomato logi e douteuse	Absence de symptomato logie	Non	Arrêt motivé par la grossesse	0
13	1 fois par mois	32	Mariée	BTS	Professions intermédiaire s	Symptomato logi e douteuse	Absence de symptomato logie	Non	Non- fumeuses	0
14	2à 3 fois par semaine	31	Mariée	BAC	Sans activité	Symptomato logi e certaine	Symptomato logie douteuse	Oui	Fumeuses	5

15	1 fois par mois	35	Mariée	BAC+5	Employés	Pas de symptomatologie	Absence de symptomatologie	Non	Non-fumeuses	0
16	1 fois par mois	36	Mariée	BAC+5	Cadres et professions intellectuelles supérieurs	Symptomatologie douteuse	Absence de symptomatologie	Non	Non-fumeuses	0
17	1 fois par mois	27	Mariée	CAP	Sans activité	Pas de symptomatologie	Absence de symptomatologie	Non	Fumeuses	2
18	1 fois par mois	24	Concubinage	Brevet des collèges	Sans activité	Symptomatologie douteuse	Absence de symptomatologie	Non	Fumeuses	15
19	2 à 3 fois par mois	31	Concubinage	BAC	Employés	Pas de symptomatologie	Absence de symptomatologie	Oui	Fumeuses	4

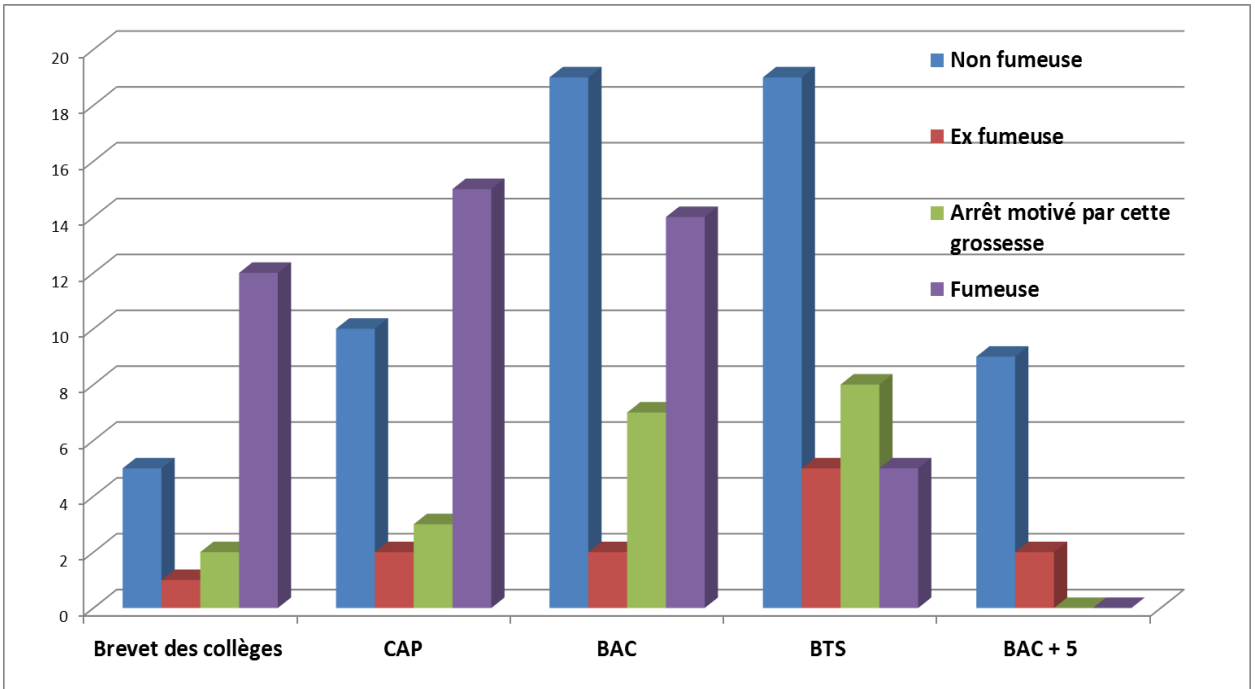
QUELQUES TABLEAUX COMPLEMENTAIRES



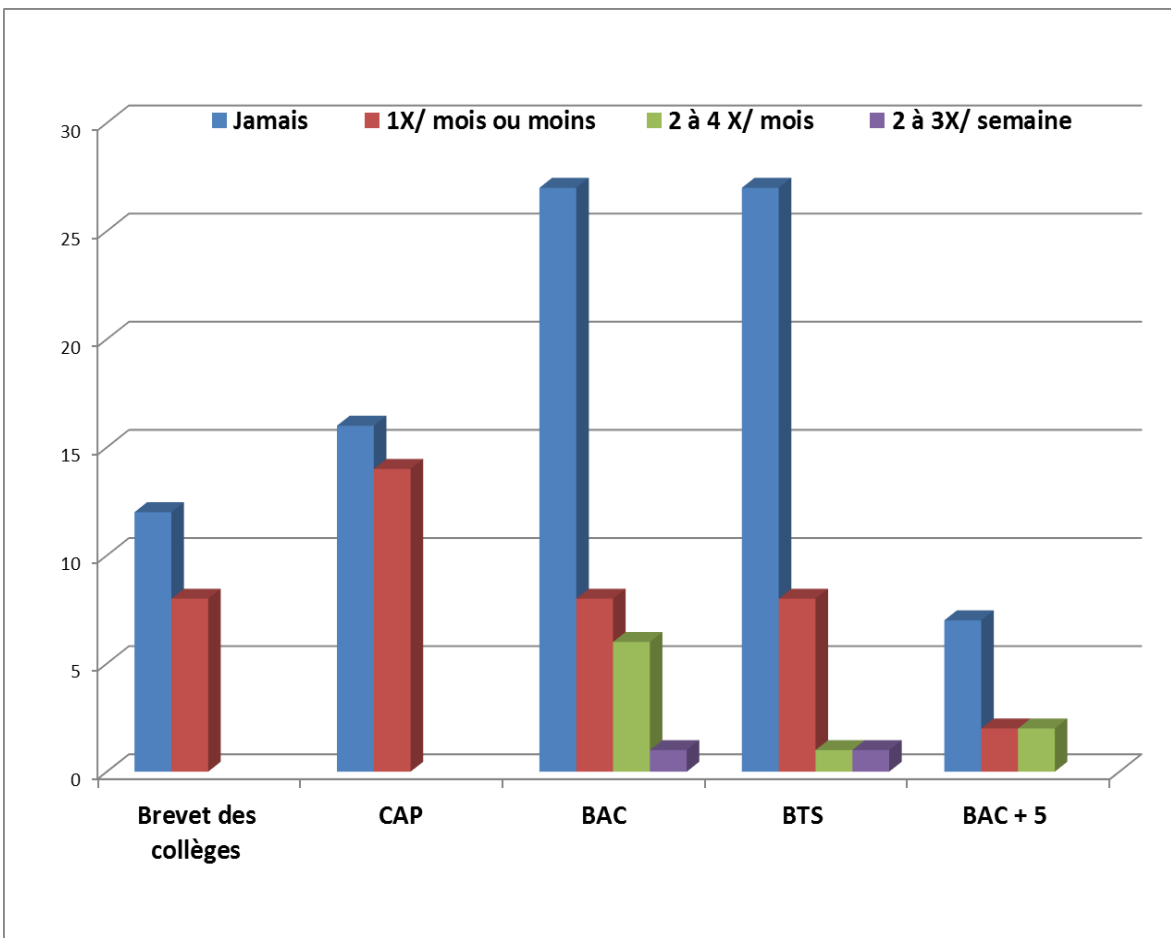
Statut marital et statut tabagique



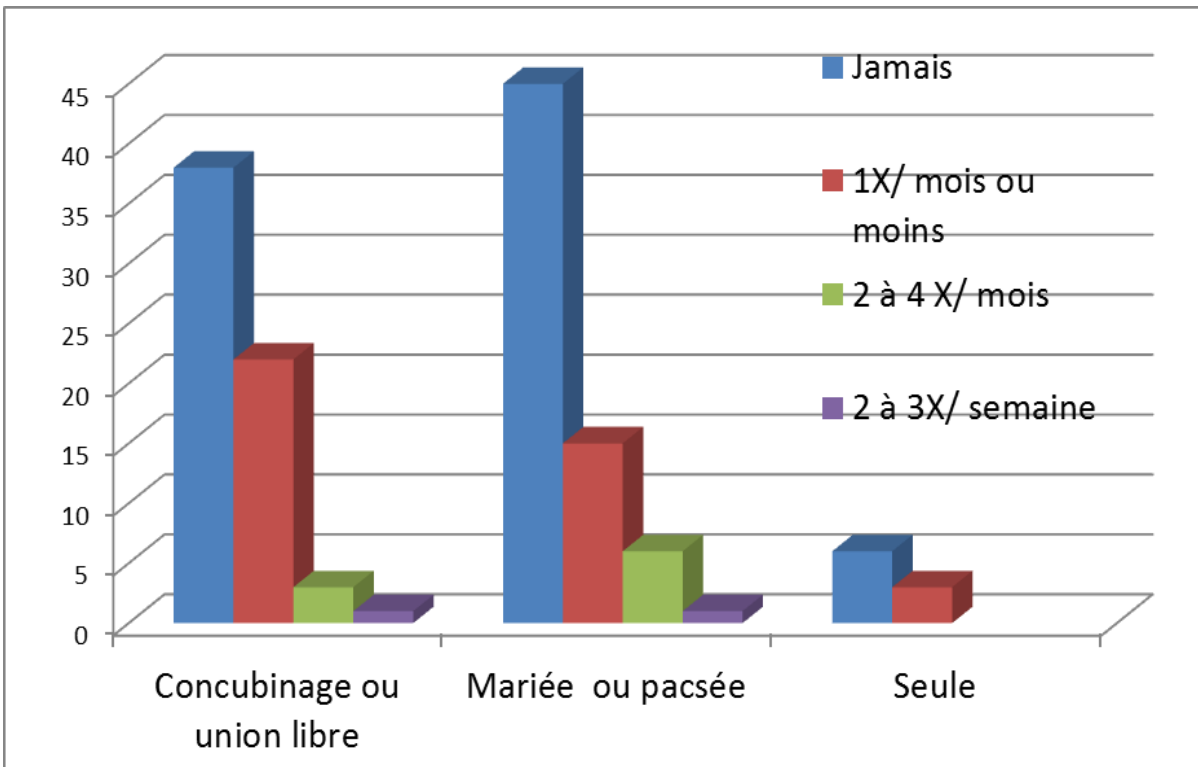
Anxiété et habitudes tabagiques



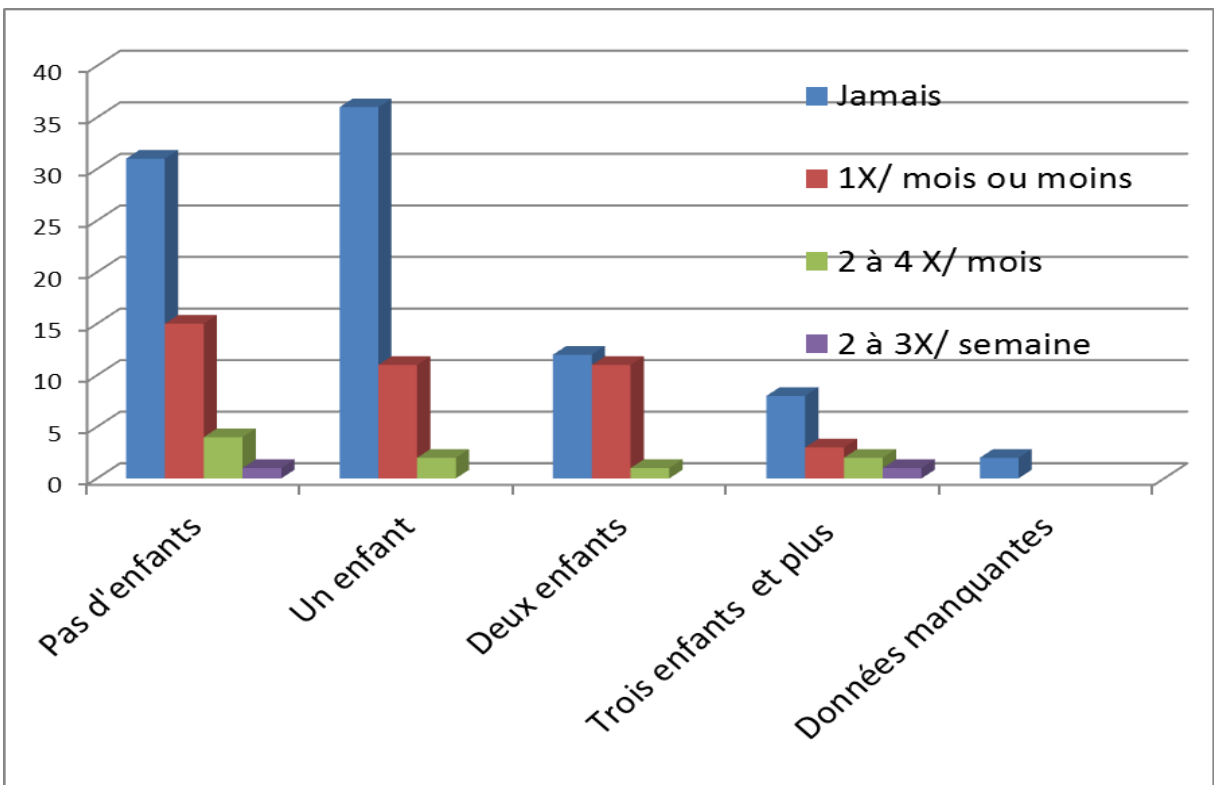
Niveau d'études et consommation tabac avant la grossesse



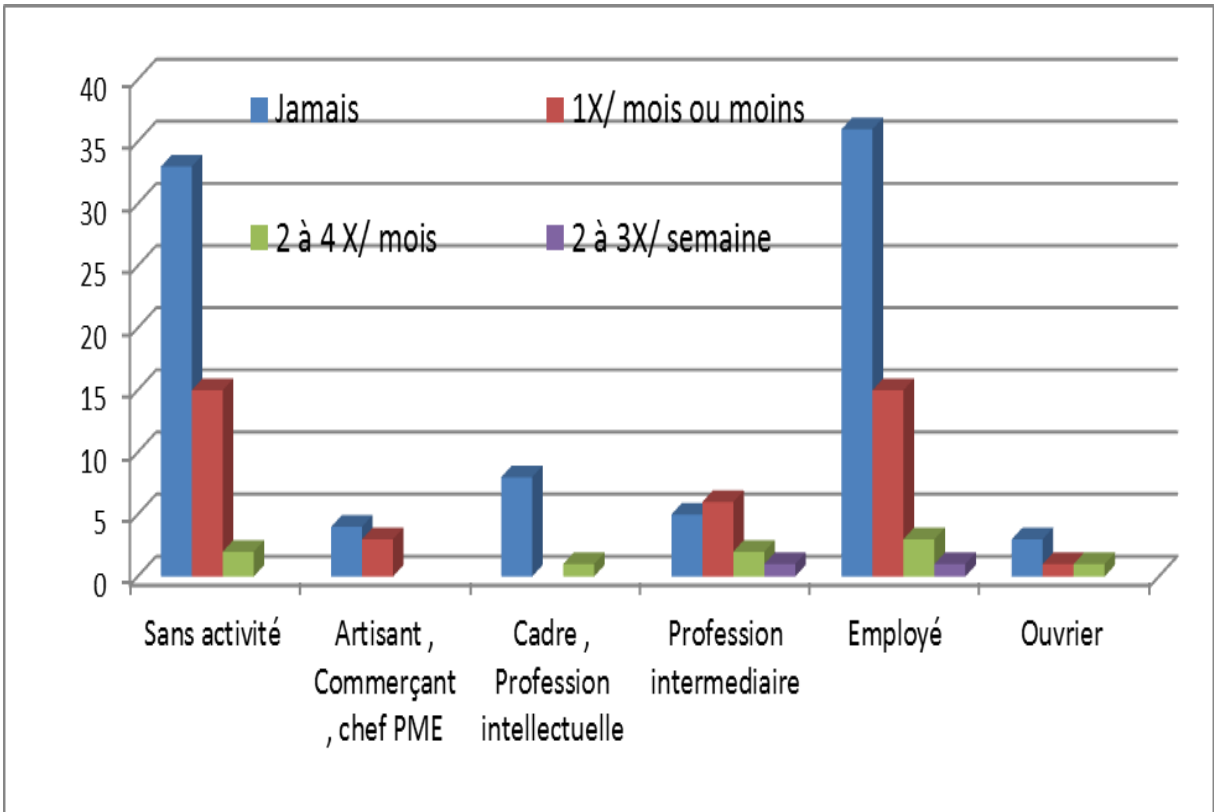
Niveau d'études et consommation d'alcool pendant la grossesse



Statut marital et consommation d'alcool pendant la grossesse



Parité et consommation d'alcool pendant la grossesse



Situation professionnelle et consommation d'alcool pendant la grossesse

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Une enquête prospective basée sur 140 auto-questionnaires recueillis entre 1er mars au premier juillet 2015, dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Robert PAX de Sarreguemines. Dans cette population âgée en moyenne 30 ans, 62 sont non fumeuses, 12 sont ex fumeuses, 20 ont arrêté de fumer pendant cette grossesse. La prévalence du tabagisme pendant la grossesse est supérieure aux autres enquêtes dans la région et hors de la région. Dans cette étude des facteurs de risque liés à la poursuite du tabagisme sont -union libre ou célibataire- niveau d'étude inférieur au baccalauréat- absence d'activité professionnelle - conjoint fumeur - antécédent d'interruption volontaire de grossesse, utilisation de drogues illicites avant la grossesse. La consommation d'alcool pendant la grossesse n'est pas corrélée à la poursuite du tabagisme. Une dépendance mesurée par le test de Fagerström (moyenne ou haute) est fortement corrélée à la poursuite du tabagisme pendant la grossesse. Le score du symptôme « dépression » supérieur à 8 évalué par le questionnaire HAD est prédictif de la poursuite du tabagisme. Pendant la grossesse, l'incidence du tabagisme diminue avec l'âge de la gestante mais la consommation d'alcool augmente. L'utilisation de l'e-cigarette reste marginale. L'éducation pour la santé a toute sa place en début de grossesse auprès du couple. Le tabagisme pendant la grossesse est loin d'être anecdotique, il reste un problème de santé publique constant et non en réduction à Sarreguemines.

TITRE EN ANGLAIS : Enquête sur la prévalence et facteurs prédictifs du tabagisme chez les femmes enceintes suivies par les sages-femmes de l'hôpital Robert-Pax (Sarreguemines)

Survey on the prevalence and predictors factors of smoking among pregnant women attended by midwives of Robert Pax hospital (Sarreguemines)

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE

– ANNÉE 2016...

MOTS CLEFS : Grossesse, tabagisme, alcool, évaluation

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Une enquête prospective basée sur 140 auto-questionnaires recueillis entre 1er mars au premier juillet 2015, dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Robert PAX de Sarreguemines. Dans cette population âgée en moyenne 30 ans, 62 sont non fumeuses, 12 sont ex fumeuses, 20 ont arrêté de fumer pendant cette grossesse. La prévalence du tabagisme pendant la grossesse est supérieure aux autres enquêtes dans la région et hors de la région. Dans cette étude des facteurs de risque liés à la poursuite du tabagisme sont -union libre ou célibataire- niveau d'étude inférieur au baccalauréat- absence d'activité professionnelle - conjoint fumeur - antécédent d'interruption volontaire de grossesse, utilisation de drogues illicites avant la grossesse. La consommation d'alcool pendant la grossesse n'est pas corrélée à la poursuite du tabagisme. Une dépendance mesurée par le test de Fagerström (moyenne ou haute) est fortement corrélée à la poursuite du tabagisme pendant la grossesse. Le score du symptôme « dépression » supérieur à 8 évalué par le questionnaire HAD est prédictif de la poursuite du tabagisme. Pendant la grossesse, l'incidence du tabagisme diminue avec l'âge de la gestante mais la consommation d'alcool augmente. L'utilisation de l'e-cigarette reste marginale. L'éducation pour la santé a toute sa place en début de grossesse auprès du couple. Le tabagisme pendant la grossesse est loin d'être anecdotique, il reste un problème de santé publique constant et non en réduction à Sarreguemines.

TITRE EN ANGLAIS : Enquête sur la prévalence et facteurs prédictifs du tabagisme chez les femmes enceintes suivies par les sages-femmes de l'hôpital Robert-Pax (Sarreguemines)

Survey on the prevalence and predictors factors of smoking among pregnant women attended by midwives of Robert Pax hospital (Sarreguemines)

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE

– ANNÉE 2016...

MOTS CLEFS : Grossesse, tabagisme, alcool, évaluation

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
