



HAL
open science

Perceptions des femmes enceintes fumeuses sur le tabagisme pendant la grossesse et sa prise en charge : enquête menée en 2015 auprès de 55 femmes fumeuses suivies au CHRU de Nancy

Clara Potdevin

► **To cite this version:**

Clara Potdevin. Perceptions des femmes enceintes fumeuses sur le tabagisme pendant la grossesse et sa prise en charge : enquête menée en 2015 auprès de 55 femmes fumeuses suivies au CHRU de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2016. hal-03870315

HAL Id: hal-03870315

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870315>

Submitted on 24 Nov 2022

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-memoires-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 de Lorraine

École de Sages-Femmes de NANCY

*Perceptions des femmes enceintes fumeuses
sur le tabagisme pendant la grossesse et sa prise en charge*

Enquête menée en 2015 auprès de 55 femmes
fumeuses suivies au CHRU de Nancy

Mémoire présenté et soutenu par
POTDEVIN Clara

Directeur de mémoire : Madame GALLIOT Laurence

Sage-femme cadre enseignante

Promotion 2016

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de NANCY

*Perceptions des femmes enceintes fumeuses
sur le tabagisme pendant la grossesse et sa prise en charge*

Enquête menée en 2015 auprès de 55 femmes
fumeuses suivies au CHRU de Nancy

Mémoire présenté et soutenu par
POTDEVIN Clara

Directeur de mémoire : Madame GALLIOT Laurence
Sage-femme cadre enseignante

Promotion 2016

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide dans la rédaction de ce mémoire.

Madame Galliot Laurence pour avoir été ma directrice de mémoire et pour ses précieux conseils tout au long de la réalisation de ce travail.

Madame Wirth, mon experte de mémoire, qui a su m'orienter et me guider dans l'élaboration de cet exercice.

J'adresse aussi mes plus sincères remerciements à mes proches, et plus particulièrement à mes parents qui m'ont soutenue et permis d'avancer pendant toutes ces années d'études.

Je remercie aussi mes amis ainsi que mes collègues de promotion avec qui j'ai passé quatre années formidables. Et surtout, je n'oublie pas celle avec qui je partage mes joies et mes peines depuis plus de vingt ans, Alexandra Fressinet, ma grande amie de longue date et future collègue sage-femme.

GLOSSAIRE

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CO : Monoxyde de carbone
FCS : Fausse Couche Spontanée
FIV : Fécondation In Vitro
HAS : Haute Autorité de Santé
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
MAP : Menace d'Accouchement Prématuro
MSN : Mort Subite du Nourrisson
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
NSP : Ne Se Prononce Pas
PMA : Procréation Médicalement Assistée
RCIU : Restriction de Croissance Intra-Utérine
RESPADD : RESeau de Prévention des ADDictions
RPM : Rupture Prématuroe des Membranes
RR : Risque Relatif
THADA ou THDA : Troubles d'Hyperactivité avec Déficit de l'Attention
TSN : Traitement de Substitution Nicotinique

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
GLOSSAIRE	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	5
PARTIE 1 : METHODOLOGIE	12
1. OBJECTIFS.....	13
2. HYPOTHESES.....	13
3. SCHEMA GENERAL DE L'ETUDE.....	13
4. LA MATERNITE DU CHRU DE NANCY	14
5. POPULATION ETUDIEE	15
6. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES	15
7. MODALITES DE REALISATION	16
PARTIE 2 : RESULTATS.....	17
PARTIE 3 : DISCUSSION	28
1. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE.....	29
2. DISCUSSION	29
3. PROPOSITION D'AMELIORATION	35
CONCLUSION.....	37
BIBLIOGRAPHIE.....	38
TABLE DES MATIERES	43
ANNEXES.....	45

INTRODUCTION

La lutte contre le tabac représente un véritable enjeu de santé publique depuis maintenant plusieurs années, et cela dans toutes les catégories de population. Selon le sondage du Baromètre santé de l'INPES de 2014, la prévalence du tabagisme entre 2010 et 2014 apparaît stable mais il existe encore 28,2 % de fumeurs dans la population. Chez les femmes, le taux de fumeuses est de 24,3 %. (1)

Le tabagisme est la première cause de mortalité prématurée évitable en France. En effet, cette consommation entraîne diverses complications telles que les maladies respiratoires (BPCO, cancer bronchique, maladie asthmatique...), des troubles cardiovasculaires et les 4800 substances retrouvées dans la fumée sont aussi responsables de nombreux cancers, de problèmes osseux ainsi que de pathologies dermatologiques. (2) (3)

Chez la femme, il existe d'autres effets négatifs du tabac altérant ses fonctions de reproduction. Le tabagisme réduit la fécondité des femmes d'environ un tiers. Il est décrit aussi une baisse de la réserve ovarienne, un risque d'avortement spontané plus élevé et une grande fréquence des échecs de FIV (Fécondation In Vitro) chez les fumeuses. (4)

Si l'on s'intéresse maintenant aux conséquences du tabagisme sur la grossesse, les effets néfastes sont là aussi nombreux. Ils sont causés essentiellement par le monoxyde de carbone (CO). Ce gaz comporte une affinité pour l'hémoglobine 200 fois supérieure à celle de l'oxygène, provoquant une hypoxie fœtale. (5) (6)

Le tabagisme pendant la grossesse est l'une des principales causes évitables des complications gravidiques qui peuvent avoir lieu. Lors du premier trimestre, le taux de grossesses extra-utérines et celui de fausses couches spontanées (FCS) s'avèrent être augmentés. (7) (5)

L'évolution de la grossesse peut être perturbée par d'autres problèmes affectant le pronostic obstétrical et fœtal tels qu'une menace d'accouchement prématuré (MAP), une rupture prématurée des membranes (RPM) du fait de la diminution de l'oxygénation de l'amnios causant une plus grande fragilité des feuillets et des anomalies placentaires comme les décollements et des hématomes rétro-placentaires. (5) (8) (9)

Le fœtus est le premier à subir les retentissements du tabagisme. Son bien-être est touché par une hypoxie chronique, des répercussions cardio-vasculaires de l'inhalation de fumée (accélération du rythme et du débit cardiaque), respiratoires (perturbation de la croissance pulmonaire), ainsi qu'une diminution des mouvements actifs fœtaux. (10)

L'une des conséquences principales de l'exposition tabagique in utero est la restriction de croissance intra-utérine (RCIU). Il existe un effet dose-dépendant et c'est au troisième trimestre que le retentissement est maximal sur le poids de naissance de l'enfant. Le poids de naissance est diminué d'environ 150 à 250 grammes. Ce risque est aussi augmenté si la mère est exposée au tabagisme passif. (11)

Une augmentation de malformations fœtales est rapportée, comme des fentes labio-palatines, des craniosténoses ou des anomalies cardiaques. Toutes ces complications précédemment citées entraînent une surmortalité fœtale (RR à 1,5). (9) (7)

Une fois la vie intra-utérine terminée, les risques néonataux ne sont pas négligeables pour autant. Le nouveau-né, exposé dans le ventre de sa mère, est susceptible de présenter des troubles de thermorégulation, une hypoglycémie, une hypocalcémie et parfois un syndrome de sevrage engendré par le manque de nicotine, produit de la dépendance. (11)

Les troubles respiratoires occasionnés par le tabagisme in utero sont liés à un risque de mort subite du nourrisson (MSN) 2 à 3 fois plus grand que pour les nourrissons non exposés. (12)

Les risques à long terme pour l'enfant sont nombreux : sont décrites dans la littérature des complications respiratoires et oto-rhino-laryngologiques (ORL) ainsi qu'une perturbation du développement neurologique de l'enfant. (13) (11)

La liste de ces troubles n'est certainement pas exhaustive, mais nous prouve qu'il est nécessaire de lutter contre le tabagisme maternel, actif et passif, afin d'éviter toutes ces complications gravidiques et ayant un retentissement sur le futur enfant à naître.

Le dépistage du tabagisme chez les femmes enceintes ou ayant un projet de grossesse ainsi que sa prise en charge sont systématiques. La Haute Autorité de Santé (HAS) a établi des recommandations concernant la prise en charge du sevrage tabagique dont la dernière mise à jour date d'octobre 2014. Ces recommandations sont établies dans le but d'orienter les professionnels de santé sur les conduites à tenir et les soins les plus appropriés selon les circonstances cliniques. Elles sont classées par niveau de preuve scientifique et s'adressent à tous les professionnels de santé.

Pour toutes les femmes ayant un désir d'enfant, y compris celles inscrites dans un processus de Procréation Médicalement Assistée (PMA), les professionnels de santé ont le devoir d'interroger la femme sur sa consommation tabagique actuelle et antérieure. Il convient aussi de faire l'état des lieux sur le tabagisme environnemental, du conjoint et de la famille. Il est nécessaire que les futurs parents prennent conscience des bénéfices de l'arrêt du tabagisme pour la conception et pour l'enfant à naître.

Si la grossesse survient avant le sevrage tabagique, il faut conseiller à la patiente d'arrêter sa consommation le plus tôt possible. Cet arrêt est bénéfique pour la mère comme pour l'enfant à n'importe quel moment de la grossesse et est d'autant plus important qu'il est précoce.

Les professionnels de santé se doivent de proposer des interventions soutenues d'aide au sevrage, et ce dès la première consultation prénatale. (14)

La grossesse est un moment privilégié pour assurer la prévention des conséquences du tabagisme, surtout pour la femme. C'est une période où les femmes sont à l'écoute ; il est donc primordial de les informer des bénéfices de l'arrêt, sans les faire culpabiliser. Tous les professionnels de santé doivent débiter la prise en charge du sevrage, lors de la première consultation prénatale, par le « conseil d'arrêt ». Il s'adresse

à tous les fumeurs, qu'ils soient prêts ou non à arrêter de fumer. Des brochures et adresses de centre de tabacologie lui sont donc remis à ce moment-là. (15)

Il conviendra ensuite d'évaluer la consommation de tabac de la patiente à l'aide d'un interrogatoire simple s'intéressant au nombre de cigarettes fumées par jour et à la durée du tabagisme. (16)

L'évaluation de la dépendance au tabac repose sur l'interrogatoire du fumeur.

Les critères de dépendance sont au nombre de 11 dans le manuel DSM V de l'American Psychiatric Association et la présence d'au moins 2 critères sur une période de 12 mois permet de la caractériser (cités en annexe I).

Le test de Fagerström (annexe II) est un outil de la dépendance actuellement validé qui recherche certains critères énoncés dans le DSM V. Les questions sont au nombre de six et le score final varie entre 0 et 10 ce qui permet de situer le niveau de dépendance du patient, selon différents niveaux établis par ce test. Ce questionnaire existe aussi en version abrégé, composé seulement de deux questions. (Annexe III) (17)

Le taux de monoxyde de carbone (CO) mesuré dans l'air expiré évalue la consommation de tabac des dernières heures avant la mesure. Il s'exprime en parties par million (ppm) et réalisé à la fin d'une manœuvre d'expiration forcée, il est le reflet du taux de concentration retrouvé dans le sang. Ce taux doit être inférieur à 5 ppm pour un non fumeur. Le patient prend alors réellement conscience de l'intoxication tabagique, et cette mesure devient alors une véritable source de motivation à l'arrêt. (17)

Il sera nécessaire d'évaluer, et souvent de renforcer cette motivation lors d'un entretien motivationnel. Il s'agit d'un partenariat entre le soignant et le patient, qui valorise l'autonomie du patient. Le but est de renforcer la motivation au changement, pour aider le patient à changer son comportement. Pour parvenir à cela, il faut explorer l'ambivalence du patient face au changement. Il convient d'évaluer les souhaits, les croyances et les attentes du patient par rapport à sa consommation tabagique avec des questions telles que : « Qu'est-ce que vous apporte le fait de fumer ? », « Pour quelles raisons souhaiteriez-vous cesser de fumer ? » ou encore « Avez-vous peur d'arrêter de fumer ? Si oui, pour quelles raisons ? ». Il faut aussi évaluer le sentiment d'efficacité du patient, savoir s'il se sent capable d'arrêter.

Selon les études, cet entretien augmente la probabilité de sevrage tabagique, plus que le conseil d'arrêt, et d'autant plus si le temps de la consultation est important. (14)

Cet entretien et ces tests vont nous permettre d'adapter la prise en charge du sevrage tabagique. Pour les femmes enceintes, les traitements recommandés sont les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) associées aux traitements de substitution nicotinique (TSN). (11)

Ces thérapies cognitivo-comportementales sont basées sur l'analyse des pensées et des comportements. Quatre principaux facteurs sont concernés : les situations, les comportements, les émotions et les cognitions. Le but est d'aider le patient à éliminer une habitude, celle de fumer dans ce cas précis. (15)

Chez la femme enceinte, il est recommandé d'associer ces thérapies avec un traitement substitutif nicotinique (TSN) en cas de dépendance nicotinique ; le tabac étant évidemment plus mauvais que le traitement de substitution nicotinique, qui n'est donc pas contre-indiqué. (17)

Il est préférable d'utiliser des formes orales telles que les gommes ou les pastilles, associées à des patchs délivrant de la nicotine sur 16 heures. Ces traitements sont remboursés à hauteur de 150 euros par la Sécurité Sociale durant la grossesse sur ordonnance spécifique, et ce depuis septembre 2011. (11) (17)

Après l'accouchement, il est primordial de continuer l'accompagnement des patientes en anticipant les risques de rechute après la naissance de leur enfant, et ce aux différentes périodes critiques, c'est-à-dire pendant le séjour à la maternité, avant la sortie, après l'allaitement, à la fin du congé maternité puis tout au long de sa vie.

Le tabagisme féminin se répand largement dans les années 50 dans tous les milieux sociaux. La publicité a d'ailleurs présenté la cigarette comme un moyen d'égalité des sexes. (18)

Aujourd'hui, selon les chiffres du Baromètre Santé 2010, 27,3 % des Français entre 15 et 85 ans sont des fumeurs quotidiens et 4,3 % sont des fumeurs occasionnels. En ce qui concerne les femmes, 27,9 % d'entre elles sont fumeuses. (19)

Les chiffres de 2014 cités précédemment mettent en évidence une évolution assez stable de la proportion de fumeurs dans la population.

L'arrêt de la consommation de tabac se fait parfois en prévision d'une grossesse : 5,9 % des femmes qui ne fumaient pas avant la grossesse avaient arrêté pour ce motif. Mais en général, les arrêts ont plutôt lieu lors du premier trimestre de la grossesse.

En France, pendant la grossesse, 30,5 % des femmes enceintes ont fumé au moins une cigarette par jour. Et au troisième trimestre, il existe encore 17,1 % de femmes fumeuses. (20)

Une étude a été réalisée au Québec afin d'étudier les représentations du tabagisme chez les femmes enceintes. Leurs connaissances sont floues et limitées. Certaines ont notion de petit poids à la naissance, de prématurité et de problèmes respiratoires. Ces perceptions sont variables selon le niveau socio-économique des femmes. (21)

La majorité des femmes enceintes évitent de fumer en public car elles pensent véhiculer une mauvaise image d'elles et pensent avoir un « comportement honteux ».

L'entourage possède un effet sur les perceptions du tabagisme et de ses risques. Certaines femmes vont subir une forte pression pour cesser de fumer tandis que d'autres ne seront pas soutenues dans leur démarche et les proches peuvent même parfois faire preuve d'un véritable laxisme.

Concernant les professionnels de santé, l'étude révèle que la personne suivant la grossesse ne posera la question du statut tabagique qu'au cours de la première consultation prénatale. La patiente recevra donc à cet unique moment l'avertissement que le tabagisme est mauvais pour l'enfant à naître. (22)

Malgré les recommandations de Santé Publique qui conseillent l'arrêt du tabac pendant la grossesse, le pourcentage de femmes enceintes fumeuses reste très élevé et nous devons donc nous demander pourquoi.

Il apparaît que les patientes manquent de connaissances quant aux risques encourus pour le fœtus et des bénéfices au sevrage tabagique. Mais que savent-elles vraiment? Est-ce que cette absence de savoir est un défaut d'information de la part des professionnels de santé ? Ont-ils fourni tous les renseignements sur l'aide à ce sevrage ? Ont-ils vraiment insisté auprès des femmes et ont-ils tous le même discours sur la diminution de la consommation de tabac ?

Autant de questions auxquelles nous allons tenter de répondre à travers notre étude dans le but d'améliorer notre prise en charge des femmes enceintes fumeuses.

Partie 1 : Méthodologie

1. OBJECTIFS

L'objectif premier de cette étude est d'étudier les perceptions des femmes ayant été fumeuses pendant leur grossesse sur la consommation de tabac pendant la grossesse, les risques encourus pour le fœtus et sur les bénéfices de l'arrêt.

Les objectifs secondaires sont de comprendre pourquoi le taux de femmes fumeuses est aussi important au troisième trimestre, d'évaluer la qualité de l'information délivrée par les professionnels de santé à ce sujet. Il sera aussi intéressant d'évaluer la consommation de tabac des patientes interrogées et d'apprécier les aides proposées pour le sevrage tabagique durant la grossesse.

2. HYPOTHESES

Pour mener notre travail, nous faisons une première hypothèse : les femmes enceintes manquent d'informations quant aux risques du tabagisme pendant la grossesse et sur les traitements de l'addiction à la nicotine.

Puis nous posons une deuxième hypothèse : les femmes enceintes qui se sont senties assez informées à ce sujet ont majoritairement été suivies en consultation spécialisée et ont modifié leur consommation tabagique.

Et enfin en dernière hypothèse : les femmes qui jugent l'information délivrée par les professionnels de santé insuffisante ont des connaissances moins précises que les autres.

3. SCHEMA GENERAL DE L'ETUDE

Une enquête a été réalisée auprès des femmes enceintes fumeuses ayant accouché à la maternité du CHRU (Centre Hospitalier Régional Universitaire) de Nancy. Il s'agit d'une étude prospective effectuée auprès des patientes se trouvant dans les différents services de suites de couches de la maternité. Le but est donc d'étudier les

perceptions du tabagisme pendant la grossesse par ces femmes par le biais d'un auto-questionnaire disponible en annexe IV qui leur a été distribué durant leur séjour à la maternité après leur accouchement, accompagné d'une lettre d'information (annexe V).

4. LA MATERNITE DU CHRU DE NANCY

La maternité du CHRU de Nancy est une maternité de type III, réalisant plus de 3000 accouchements chaque année et accueillant tout type de patientes.

Cette maternité fait partie du Réseau de Prévention des Addictions (RESPADD) créé en 2009, succédant au Réseau Hôpital Sans Tabac. Cette association nationale est engagée dans la prévention et la prise en charge des pratiques addictives et ses principaux buts sont d'informer et de prévenir les établissements de santé pour prévenir les pratiques addictives et leurs complications, de les accompagner dans leurs missions en addictologie et de promouvoir une dynamique de réseau.

Des consultations spécialisées en tabacologie y sont proposées et celles-ci sont réalisées par un médecin ou une sage-femme. Elles permettent aux femmes enceintes qui le souhaitent d'évaluer leur niveau de dépendance tabagique, d'échanger sur ce sujet et d'accompagner le sevrage tabagique de façon personnalisée.

Certaines sages-femmes travaillant en secteur mère-enfant possèdent même un diplôme universitaire en addictologie, ce qui peut s'avérer être très utile pour certaines patientes qui seraient tentées de rechuter après l'accouchement.

De plus, des affiches sont fixées aux murs des différents services et des brochures sont disponibles. La population ciblée est effectivement les femmes enceintes mais aussi les femmes ayant accouchées, les pères, les proches, les visiteurs mais aussi le personnel. Il est rappelé à tous qu'il est possible de consulter des professionnels de santé à tout moment de sa vie pour une aide au sevrage du tabac.

5. POPULATION ETUDIEE

Les questionnaires seront distribués et récupérés par nous-mêmes pendant la période comprise entre le 1er septembre et le 15 décembre 2015.

Sont incluses dans l'étude les femmes fumeuses pendant la grossesse, et dont le tabagisme fut initié avant la grossesse, ayant eu un suivi prénatal à la maternité du CHRU de Nancy et ayant accouché dans cet établissement.

Sont non incluses dans l'étude les femmes non fumeuses durant leur grossesse, ayant arrêté de fumer avant la grossesse, les transferts materno-fœtaux provenant d'autres établissements et les patientes ayant fait suivre leur grossesse dans un autre établissement.

Nous nous retrouvons donc au final avec un total de 55 questionnaires exploitables pour cette étude.

6. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES

Le questionnaire est constitué de deux parties distinctes :

La première partie s'intéresse au comportement tabagique des patientes avant et pendant la grossesse. Y sont demandés : la consommation de tabac, s'il y a eu un changement de comportement pendant la grossesse, les modalités de suivi tabagique (informations délivrées, professionnel ayant réalisé le suivi obstétrical), le traitement utilisé s'il y en a eu un, ainsi que l'avenir tabagique que les femmes envisagent.

La deuxième partie se compose de questions « vrai/faux » sur le tabac visant à faire un état des lieux des connaissances des femmes sur le tabagisme pendant la grossesse pour ainsi pouvoir cibler les éventuelles lacunes qu'elles possèdent et pour réfléchir à des solutions pouvant être mises en place dans le but de compléter leurs savoirs.

7. MODALITES DE REALISATION

La rédaction de notre questionnaire a été supervisée par le docteur Nathalie Wirth, médecin spécialiste en addictologie/tabacologie.

Afin de cibler les patientes éligibles pour l'enquête, nous nous sommes renseignés sur leur statut tabagique par le biais du dossier médical, et les questionnaires ont été distribués aux patientes concernées. Tout ceci s'est fait avec l'accord des responsables du secteur postnatal.

Ce questionnaire a ensuite été distribué à un groupe test de patientes répondant aux critères d'inclusion afin de vérifier la bonne compréhension de celui-ci par tous et d'apporter d'éventuelles modifications à la suite de cette première distribution. Cet échantillon de femmes était constitué de 5 patientes ayant accouché et se trouvant en service de suites de couches à la maternité. Les retours ont été positifs mais de légers changements ont tout de même été effectués afin de les valider définitivement.

Ils ont été donnés à toute femme volontaire et répondant aux critères d'inclusion pendant la période prévue à cet effet, c'est-à-dire entre le 1er septembre et le 15 décembre 2015. Nous avons réussi à réunir 55 questionnaires au total.

Nous avons traité les données recueillies à l'aide du logiciel EpiData Analysis.

Partie 2 : Résultats

55 questionnaires ont été analysés (n=55). Nous présenterons succinctement les réponses aux différentes questions posées aux patientes à l'aide du questionnaire disponible en annexe III.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

1.1. Âge de la population étudiée

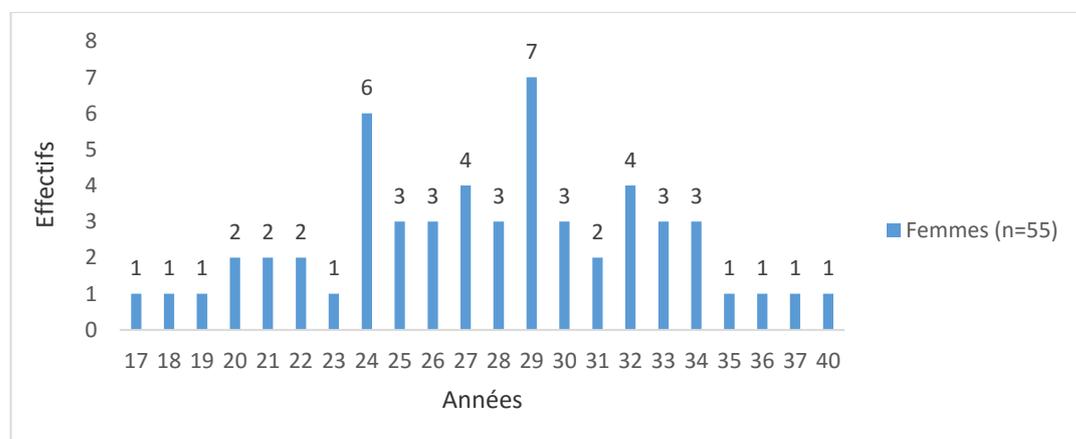


Figure 1 : Âge de la population étudiée

La majorité des femmes de la population étudiée se situait dans une tranche d'âge entre 20 et 34 ans. On note qu'il y a une femme mineure de 17 ans et une femme de 40 ans. L'âge moyen de la population était de 27,7 ans.

1.2. Niveau d'études et situation professionnelle

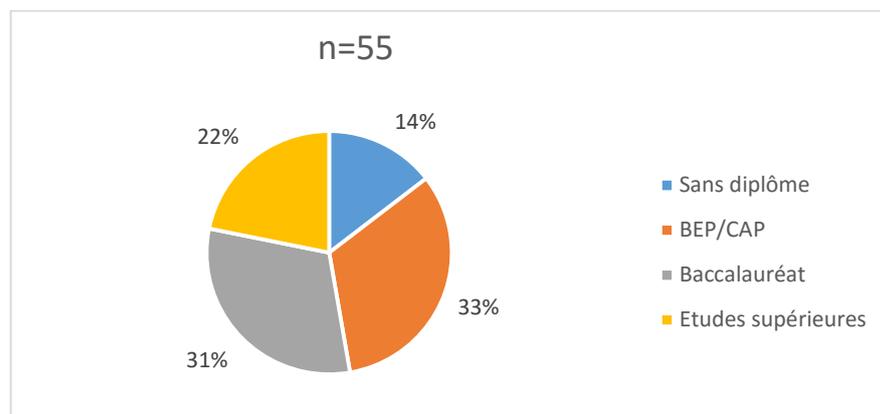


Figure 2 : Niveau d'études

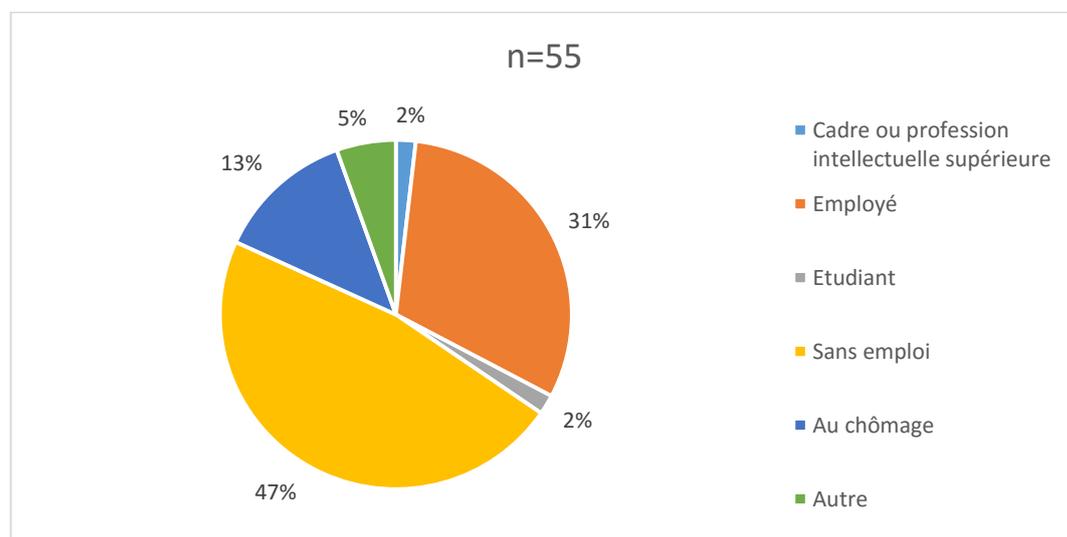


Figure 3 : Situation professionnelle

Plus de 65 % de la population étudiée ne pratiquait aucune activité professionnelle.

Parmi les réponses recueillies dans *Autre* : « Recherche d'emploi », « Mère au foyer ».

2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU COMPORTEMENT TABAGIQUE

2.1. Quantité de tabac fumé avant la grossesse

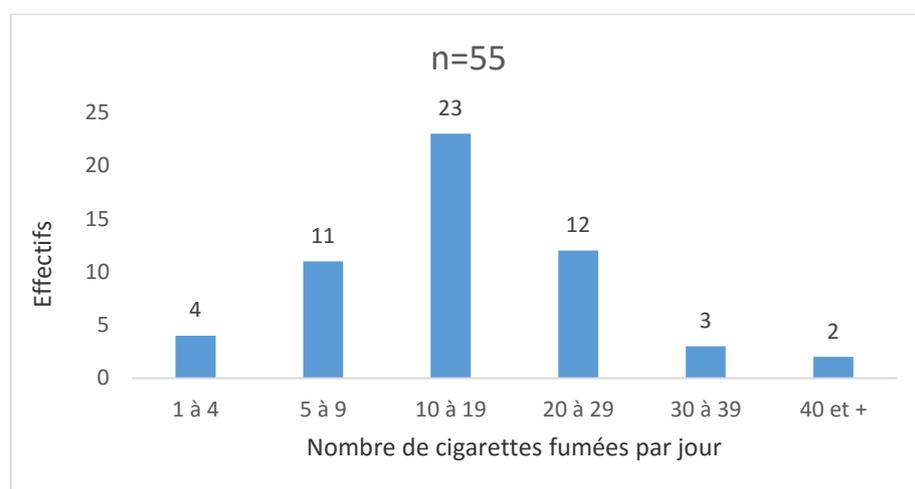


Figure 4 : Nombre de cigarettes fumées quotidiennement avant la grossesse

Nous avons dû ici regrouper les résultats en 6 classes afin d'obtenir un graphique cohérent. Les valeurs extrêmes étaient 3 et 120. La moyenne obtenue était de 16,36 cigarettes fumées par jour, et la médiane était sensiblement identique (médiane = 15).

2.2. Environnement tabagique

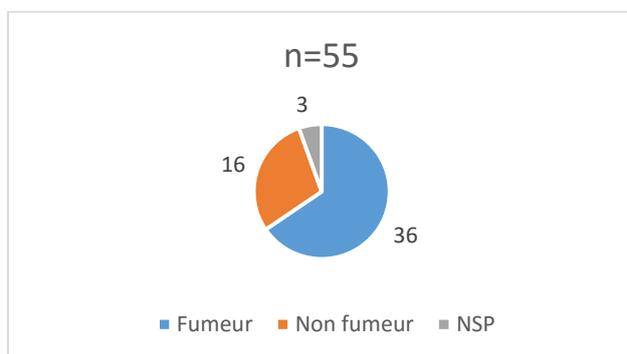


Figure 5 : Statut tabagique du conjoint

Pour près de deux tiers des femmes (65%), le conjoint était lui aussi fumeur.

2.3. Habitudes tabagiques

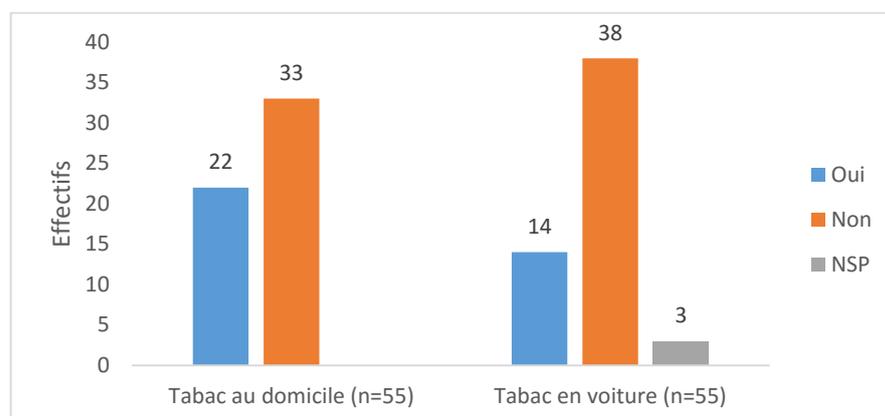


Figure 6 : Lieux de consommation tabagique

La majorité des femmes ont déclaré ne pas fumer dans un espace clos, exposant les autres au tabagisme passif. Cependant, 40 % d'entre elles fumaient à leur domicile et 25 % le faisaient en voiture.

2.4. Tentatives d'arrêt de la consommation de tabac antérieures à la grossesse

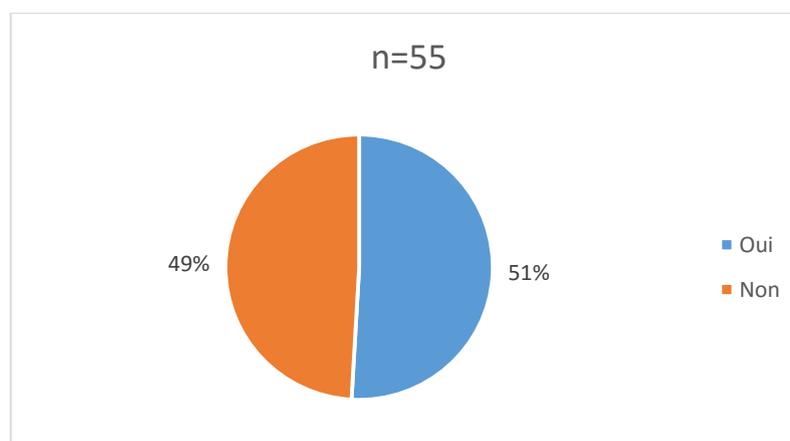


Figure 7 : Tentatives de sevrage tabagique avant la grossesse actuelle

La proportion de femmes ayant tenté d'arrêter leur consommation tabagique avant la grossesse était très légèrement supérieure à celle n'ayant mené aucune tentative d'arrêt. Pour ces dernières, les raisons ayant provoqué une rechute étaient le stress (50 %), une motivation insuffisante (46 %), la présence d'un conjoint fumeur (25 %) et une

reprise lors d'une période de détente (25 %), ainsi qu'un manque de soutien de la part des proches et pas de suivi régulier auprès d'un professionnel de santé (8 % chacun).

3. SUIVI OBSTETRICAL ET COMPORTEMENT TABAGIQUE PENDANT LA GROSSESSE

3.1. Professionnel de santé ayant suivi la grossesse

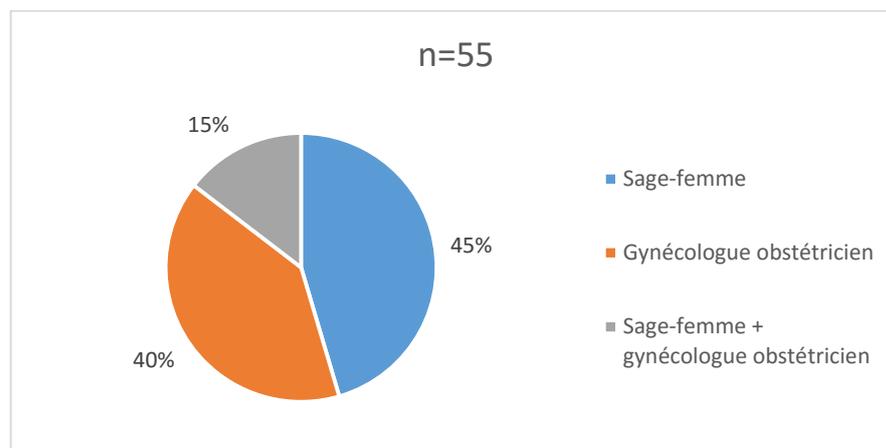


Figure 8 : Professionnel de santé ayant effectué le suivi de la patiente

3.2. Evolution du comportement tabagique pendant la grossesse

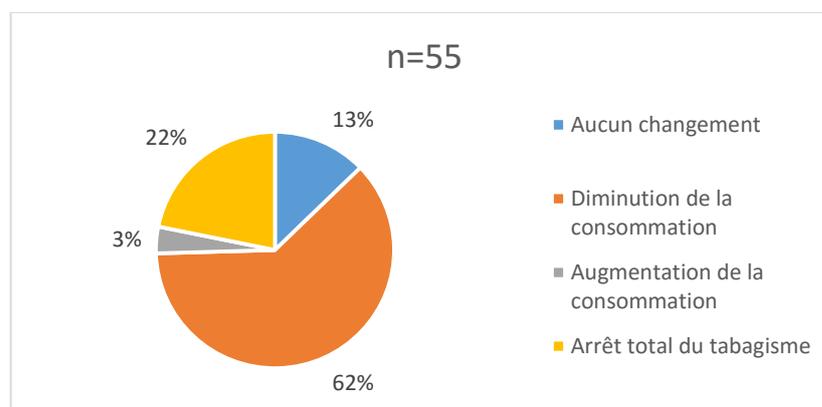


Figure 9 : Changement du comportement tabagique pendant la grossesse ?

Dans la population étudiée, 22 % des femmes (n=12) ont arrêté de fumer. 62 % (n=34) ont diminué leur consommation sans parvenir à arrêter. 16 % des femmes (n=9) n'ont pas souhaité arrêter ni diminuer leur consommation, voire l'ont augmentée.

Parmi les raisons de la non diminution, 33 % des femmes (n=3) pensaient que le sevrage serait trop compliqué, 22 % (n=2) déclaraient que personne ne leur avait proposé d'aide, 22 % n'en avaient pas envie.

Parmi les commentaires recueillis dans « Autre » : « Manque de motivation pour l'arrêt total du tabagisme ».

3.3. Période de prise de décision du changement de comportement tabagique

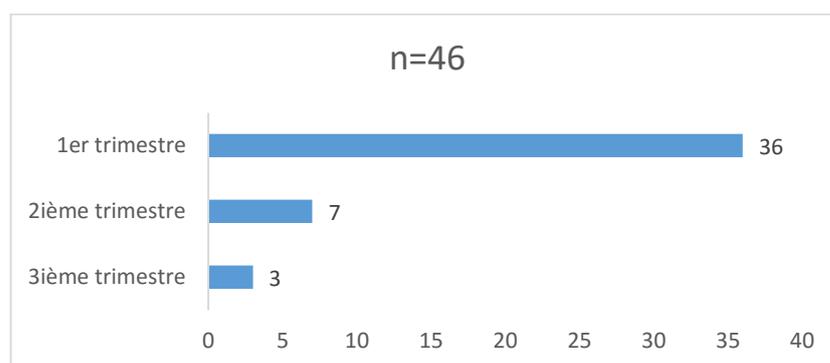


Figure 10 : Moment du changement de comportement tabagique

Parmi les 36 femmes ayant diminué ou arrêté leur consommation de tabac lors du premier trimestre de la grossesse, 66 % (n=24) l'ont fait dès l'annonce de la grossesse.

Près de 72 % d'entre elles (n=33) ont pris la décision seule, 10 % (n=5) sur conseil de la sage-femme, 6 % (n=3) sur conseil du médecin ayant suivi la grossesse et 10 % ont suivi les conseils de leur entourage pour débiter un sevrage tabagique.

Les raisons évoquées qui ont poussé ces femmes à réduire leur consommation étaient : « Trop de risques pour mon fœtus » pour 63 % d'entre elles, « Trop de risque pour ma grossesse » (54 %), « Je me sentais coupable si je ne le faisais pas » (41%), « Dégoût du tabac » (13 %), 6% voulaient arrêter avant mais la grossesse était

l'occasion de rencontrer des professionnels de santé pouvant l'aider dans sa démarche, et « Budget trop important », « Mon entourage m'a poussée à le faire » étaient les raisons évoquées chacune par 4 % des femmes. Dans la catégorie « Autre », nous retrouvons les propos suivants : « Déclat dans ma tête » ou encore « C'était automatique ».

3.4. Nombre de cigarettes fumées au troisième trimestre de la grossesse

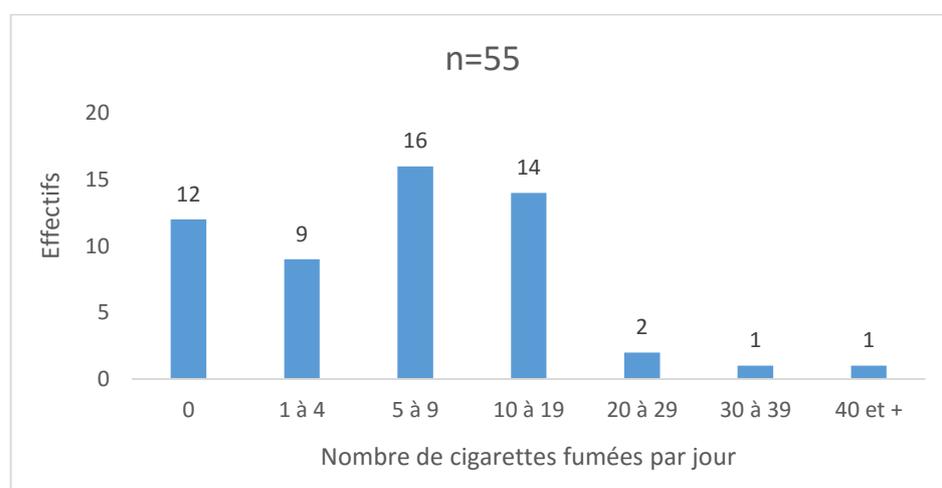


Figure 11 : Nombre de cigarettes fumées par jour au troisième trimestre

Cette fois encore, les valeurs ont été regroupées en plusieurs catégories. 12 femmes, soit 22% de la population a totalement arrêté la consommation de tabac. La valeur la plus élevée était de 120 cigarettes fumées par jour. La moyenne avait pour valeur 8,63 cigarettes fumées par jour et la médiane était égale à 5.

4. SEVRAGE TABAGIQUE

Parmi les 46 femmes ayant modifié leur consommation de tabac, seules 37 ont apporté des précisions sur les modalités de la prise en charge de la diminution ou de l'arrêt.

18 d'entre elles, soit près de 48 % ont arrêté progressivement tandis que 17 patientes, soit presque 46 % des femmes ont pratiqué un arrêt net du jour au lendemain.

4.1. Moyen utilisé

2 femmes sur les 37 ayant répondu à cette partie du questionnaire déclaraient avoir utilisé un traitement ; l'une des deux a bénéficié de patchs nicotiques tandis que la deuxième a combiné des pastilles avec des patchs.

Aucune des patientes ne s'est aidée de gommes à mâcher pour mener son sevrage tabagique, ni de la cigarette électronique, qu'elle soit avec ou sans nicotine.

4.2. Professionnel de santé ayant suivi le sevrage tabagique

L'intervention d'un professionnel de santé a eu lieu pour 2 femmes dans la mise en place du sevrage tabagique.

Cependant, pour 7 femmes parmi les 37 ayant répondu, une sage-femme s'est intéressée à l'évolution de la consommation de tabac, un gynécologue obstétricien pour 3 d'entre elles, et 3 patientes ont assisté à une ou plusieurs consultations spécialisée de tabacologie/addictologie.

5. AVENIR TABAGIQUE ENVISAGE POUR LES PATIENTES

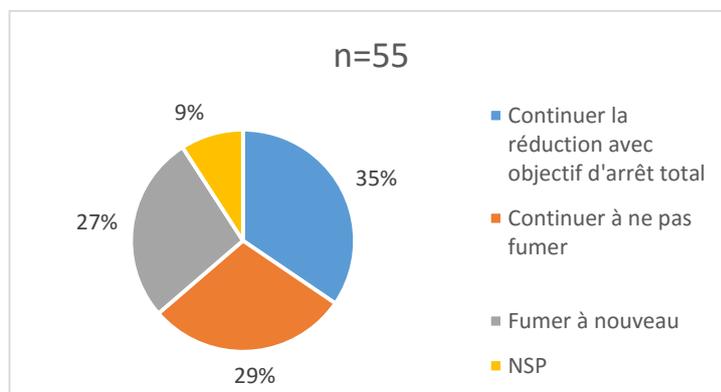


Figure 12 : Comportement tabagique envisagé une fois la grossesse terminée

6. EVALUATION DE L'INFORMATION DELIVREE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE

Sur les 46 patientes ayant répondu à cet item, 15 % (n=7) estimaient que l'information délivrée par les professionnels de santé durant la grossesse sur le tabagisme et sa prise en charge est insuffisante. Certaines précisaient leur réponse négative par : « Il fallait prendre rendez-vous », « Personne ne m'a rien proposé », « Le point sevrage n'a pas été abordé » ou encore « Aucune proposition d'aide pour arrêter ». Parmi ces sept patientes ayant jugé l'information insuffisante, trois n'ont réalisé aucun changement dans leur comportement tabagique. Tandis que parmi les femmes trouvant l'information correcte, la majorité a diminué le nombre de cigarettes fumées par jour.

7. REPONSES AUX VRAI-FAUX

La deuxième partie de notre questionnaire comporte 9 questions « Vrai/Faux » sur le tabagisme maternel ainsi que ses modalités de prise en charge. Un tableau détaillé répertoriant les réponses données par notre population pour chaque question est disponible en annexe VI.

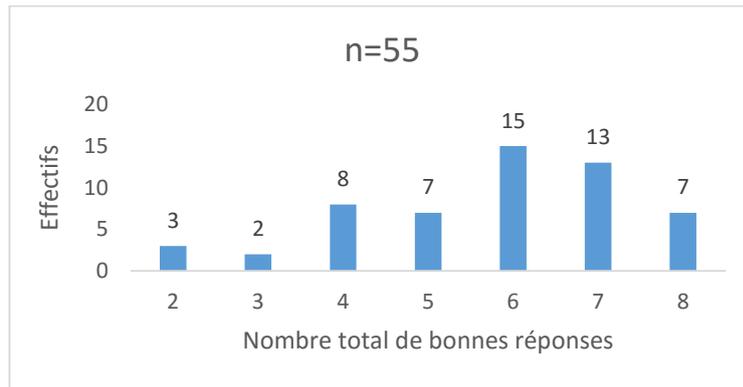


Figure 13 : Nombre de bonnes réponses au questionnaire « Vrai/Faux »

Sur 9 questions, le nombre de bonnes réponses variait entre 2 et 8. La moyenne obtenue était de 5,75. 42 patientes, soit plus de 76 %, ont obtenu 5 bonnes réponses minimum.

Selon le test de régression, il n'existe pas de différence significative entre le nombre de bonnes réponses données selon l'âge des patientes ($p=0,06$).

Selon le test de Fruskall-Wallis, il n'y a pas de différence significative entre le nombre de bonnes réponses données selon leur niveau d'études, ni selon leur évaluation de l'information délivrée par les professionnels de santé ($p=0,8352$ et $p=0,6886$ respectivement).

Partie 3 : Discussion

1. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE

L'effectif faible de notre échantillon global nous a fait perdre en puissance pour la rédaction des conclusions, il nous a cependant permis d'établir quelques pistes de réflexion.

Il existe dans cette étude un biais de confusion ; en effet, nous avons interrogé les patientes sur des faits remontants plusieurs mois auparavant.

Nous avons aussi regretté de ne pas avoir posé certaines questions qui nous sont apparues comme pertinentes en analysant les résultats comme le fait de savoir si un professionnel de santé avait abordé ou non la question de la consommation tabagique et si l'information concernant les risques pour le fœtus ou encore la possibilité de consulter une personne spécialisée en tabacologie/addictologie pendant la grossesse ont été précisées. Nous aurions ainsi pu évaluer la qualité de l'information délivrée par les professionnels de santé et vérifier s'il y avait eu plus de changement de comportement suite à cette information faite aux patientes. Il aurait été aussi intéressant de demander aux patientes de citer les répercussions possibles du tabagisme sur le fœtus afin d'évaluer encore plus leurs connaissances.

Nous aurions aussi pu tenter de mettre en place la mesure du taux de CO expiré chez les patientes interrogées afin de corréler la valeur avec les données citées par la patiente, et essayer dans un second temps de faire prendre conscience de l'intoxication tabagique.

2. DISCUSSION

2.1. Points forts

2.1.1. Une intention de sevrage tabagique

Que ce soit avant ou pendant la grossesse, le désir du sevrage tabagique est bel et bien présent dans l'esprit des femmes. Nous remarquons que 51 % d'entre elles ont déjà mené une tentative d'arrêt de consommation de tabac antérieurement à cette grossesse. D'après le Baromètre Santé 2014, 50,7 % des fumeurs réguliers de 15-75 ans

a déjà essayé d'arrêter de fumer dans les cinq dernières années. Et cette envie de sevrage tabagique est encore plus présente chez les 15-24 ans (53,6 %). Ceci peut s'expliquer par un ancrage du tabagisme moins marqué mais aussi par une crainte plus importante des maladies liées au tabagisme. Chez les femmes, le nombre de fumeuses quotidiennes déclarant souhaiter arrêter de fumer est aussi en hausse : 59,4% en 2014 versus 54% en 2010, ce qui s'approche de nos résultats. (1)

Pendant la grossesse, l'intention de sevrage est majoritairement présente chez les femmes fumeuses : dans notre étude, 84 % des patientes ont décidé de revoir leur consommation tabagique à la baisse. Et parmi ce groupe de femmes, 22 % ont totalement arrêté de fumer.

En ce qui concerne les moyens utilisés, seulement 2 femmes sur 37 ont eu recours à des substituts nicotiques pourtant autorisés pendant la grossesse, et 3 femmes uniquement ont consulté un professionnel spécialisé en tabacologie. Nous pouvons donc nous demander si cela est dû à un manque de motivation de la part des patientes ou bien d'information de ces possibilités de la part des professionnels de santé.

Il est important de préciser que la diminution de la quantité de tabac fumé s'effectue de façon précoce : pour environ 78 % des patientes, le changement de comportement s'opère le premier trimestre et pour la plupart, dès l'annonce même de la grossesse. Selon l'enquête de périnatalité de 2010, les femmes enceintes fumeuses arrêtent le tabac lors des trois premiers mois pour 81,2 % d'entre elles. (20)

2.1.2. Une information délivrée par les professionnels de santé jugée suffisante selon les patientes

Toutes les femmes condamnent l'usage du tabac pendant la grossesse et connaissent la dangerosité de cet acte. Ceci est dû aux affiches murales présentes sur les murs des maternités, aux messages publicitaires diffusés à la télévision ou la radio ou sur Internet. De plus, les recommandations sont claires : quand un professionnel de santé de premier recours se retrouve face à une femme fumeuse, qu'elle soit enceinte ou ayant un projet de grossesse, il se doit de lui fournir les informations concernant les risques du tabagisme ainsi que les bénéfices de l'arrêt. Des renseignements concernant la prise en charge du sevrage doivent aussi être fournis et la patiente doit être invitée à consulter un spécialiste en tabacologie.

Dans une étude québécoise réalisée en 2008 auprès de 31 femmes enceintes fumeuses dont l'objectif était d'identifier leurs perceptions des messages qui leur sont transmis sur leur comportement tabagique, les femmes ne voient pas le médecin comme une source d'information importante. Elles évoquent même des consultations expéditives et en ce qui concerne le tabac, une seule et simple question est posée : « Fumez-vous ? », sans que le professionnel ne cherche à aller plus loin si la patiente donne une réponse positive. (22)

Dans notre étude, les recommandations concernant le devoir d'informer les patientes des bénéfices de l'arrêt du tabagisme ont l'air d'être appliquées : l'information semble être délivrée par les sages-femmes et les médecins car la majorité des femmes déclarent se sentir plutôt bien informées quant aux risques du tabagisme pendant la grossesse ainsi qu'à la prise en charge du sevrage, 85 % d'entre elles répondent favorablement dans notre étude.

2.2. Points faibles

2.2.1. Un environnement tabagique marqué dans une population jeune

La moyenne d'âge de notre population est de 27,7 ans, légèrement en-dessous de l'âge moyen des mères à l'accouchement en France en 2011 selon l'Insee qui est de 30,1 ans. (23) Les femmes de cette étude ont entre 16 et 40 ans mais il est important de souligner que le tabagisme touche tous les âges confondus. (24)

Concernant le niveau d'études des patientes, plus de la moitié des femmes ont un niveau équivalent ou supérieur au baccalauréat, ce qui concorde avec les données recueillies lors de l'enquête périnatale de 2010.

Quant à la situation professionnelle, le taux de chômage se rapproche lui aussi de celui obtenu pendant cette même enquête (environ 13 %). Cependant, près de la moitié des femmes dans notre étude sont sans emploi, alors qu'en 2010, 67,2 % des femmes avaient un emploi à la fin de leur grossesse. (20)

La quantité de tabac fumée est assez importante : en effet, les femmes déclarent fumer en moyenne plus de 16 cigarettes par jour avant leur grossesse contre 12 chez les femmes dans la population générale en 2014. (1) Et plus de 30 % déclarent fumer plus

d'un paquet de vingt cigarettes par jour, ce qui représente une assez grande quantité de tabac.

En ce qui concerne le tabagisme passif, les femmes de notre étude y sont majoritairement exposées : pour près de deux tiers d'entre elles, leur conjoint est fumeur. On remarque par ailleurs que la voiture et le domicile sont encore des lieux de consommation tabagique pour certaines d'entre elles, ce qui laisse présager que le conjoint fait de même s'il est fumeur, ce qui expose encore plus la femme et son fœtus au tabagisme passif. Il est d'ailleurs important de souligner que le tabagisme du compagnon influence sur l'arrêt ou du moins la tentative d'arrêt du tabagisme chez sa femme. (10) Le conjoint, mais aussi tout le réseau social de la femme, et particulièrement les mères, jouent un rôle de premier plan et est très influent dans le développement des perceptions du tabagisme pendant la grossesse. En effet, des pressions peuvent être exercées sur les patientes pour que celles-ci arrêtent de fumer, notamment quand le compagnon n'est pas fumeur ; mais il existe aussi, au contraire, un certain laxisme lorsque le conjoint fume. (21, 22) Nous pouvons donc penser que les futurs pères manquent également d'informations, alors que la grossesse pourrait être, pour eux aussi, un excellent moment pour commencer un sevrage et par conséquent, limiter l'intoxication tabagique de leur femme et de leur futur enfant.

La grossesse apparaît comme un moment privilégié pour mener un sevrage tabagique : le fœtus peut devenir une source de motivation principale et pendant ces neuf mois, les femmes sont entourées de professionnels de santé prêts à les aider dans leur démarche. Nous avons remarqué que la plupart des patientes avaient diminué leur consommation. Cependant, pour les femmes enceintes encore fumeuses lors du troisième trimestre, la moyenne de cigarettes fumées quotidiennement est tout de même supérieure à 8, et près d'un tiers des femmes fument 10 cigarettes ou plus par jour contre 6,3 % des femmes en 2002-2003 selon les registres AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie). (10)

Le tabagisme est considérablement présent dans la vie de ces femmes et de manière précoce, et plutôt en quantité non négligeable. Il est donc important de mener des actions de préventions assez tôt chez les jeunes filles mais aussi chez les garçons et de délivrer l'information quant aux dangers du tabagisme sur le développement et le bien-être fœtal.

2.2.2. Un sevrage mené seule, sans substituts nicotiques, avec un risque de rechute important dans le post-partum

Pour les femmes ayant modifié leur consommation de tabac, très peu ont eu recours à un professionnel de santé. Nos résultats sont sensiblement identiques à ceux trouvés dans la littérature où seulement 7 % des femmes ont été orientées vers une consultation spécialisée. Mais sans même parler de suivi en tabacologie, il semblerait que, dans une grande partie des cas, personne ne se soit réellement intéressé à l'évolution de leur consommation de tabac. Il est vrai que la question de la consommation tabagique est posée pendant l'anamnèse lors de la première consultation de la patiente au sein d'un établissement. Mais il se pourrait que tous les professionnels ne se préoccupent pas de ce suivi tabagique lors des consultations suivantes. Dans ce cas, les patientes peuvent donc ressentir un manque de soutien alors que l'intérêt des professionnels de santé concernant le sevrage de ces femmes peut être une véritable source de motivation à l'arrêt du tabagisme. (25)

Les traitements de substitution nicotinique sont boudés par les femmes enceintes alors que dans la population générale, leurs ventes sont en augmentation. (26) Cela peut s'expliquer par deux hypothèses : les femmes ne sont pas informées de leur possible utilisation pendant la grossesse et elles ont peur d'employer ces traitements ou bien elles ne sont pas informées de leur remboursement à hauteur de 150 euros pendant la grossesse et l'achat de ces médicaments les freine. Ce qui ressort ici est donc globalement un manque d'information concernant la prise en charge du sevrage tabagique.

Dans notre population, près d'un tiers des femmes ayant diminué ou arrêté leur consommation tabagique avouent reprendre la cigarette après avoir accouché. La rechute en post-partum est un problème fréquemment rencontré : les données montrent que 80 % des femmes ayant mené un sevrage pendant la grossesse rechutent au cours de l'année suivant l'accouchement et que 30 % rechutent juste après la naissance de leur enfant. Il est important de continuer à suivre ces femmes et de les encourager à allaiter en leur conseillant de fumer plutôt après une tétée et de ne pas exposer l'enfant au tabagisme passif.

2.2.3. Des connaissances peu précises

Malgré cette bonne intention de sevrage et une conscience de la dangerosité du tabagisme, les femmes détiennent des connaissances très limitées des risques de la consommation de tabac, et surtout de la possibilité ainsi que des modalités de la prise en charge de l'accompagnement de son arrêt.

Dans la même étude québécoise que celle citée précédemment, il s'avère que les connaissances sur les effets du tabagisme sont floues et incomplètes. Les femmes les plus informées évoquent un petit poids à la naissance, une prématurité, des problèmes respiratoires, mais la plupart parlent en des termes moins précis en décrivant des toxines dans le sang maternel et se transmettant au fœtus. Il est aussi démontré une différence de savoirs entre les femmes provenant d'un milieu défavorisé et celles venant d'un milieu plus aisé : ces dernières possèdent des informations légèrement plus précises que les premières ; ce qui n'est pas le cas dans notre étude. (21)

La majorité des patientes est bien consciente qu'il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer, même en toute fin de grossesse car les effets sont immédiats sur l'enfant. Cependant, beaucoup pensent que le fœtus est exposé à moins de risques si elles réduisent le nombre de cigarettes fumées. Or, elles ignorent qu'il existe un phénomène de compensation : en effet, les femmes vont tirer plus fort sur leurs cigarettes par des inspirations plus longues et/ou plus intenses conduisant à une toxicité équivalente. De plus, la majorité pense même que le stress induit par le sevrage est plus nocif que la consommation de tabac, ce qui est totalement faux. (14) Dans une enquête française menée en 2003 s'intéressant au tabagisme maternel et ayant interrogé des femmes enceintes fumeuses, 29 % d'entre elles déclarent n'avoir reçu aucune information sur l'influence néfaste du tabac. (10)

En ce qui concerne la prise en charge du sevrage, les femmes sont moyennement informées sur ses modalités et ses possibilités. Certaines ignorent que les patchs ainsi que les autres substituts nicotiques sont autorisés pendant la grossesse, que les sages-femmes peuvent les prescrire.

3. PROPOSITION D'AMELIORATION

Nos deux premières hypothèses de départ sont donc validées : les femmes manquent clairement d'informations sur les risques du tabagisme pendant la grossesse ainsi que sur la prise en charge de son sevrage. La majorité des patientes se sentant assez informées sur le sujet a diminué sa consommation de tabac, mais peu d'entre elles se rendent en consultation spécialisée de tabacologie. Cependant, notre troisième hypothèse est infirmée : en effet, les patientes jugeant l'information délivrée par les professionnels de santé insuffisante ont des connaissances plutôt bonnes sur le thème.

Nous proposons plusieurs actions à mettre en place dans le but d'améliorer la prise en charge tabagique de ces femmes durant leur grossesse :

- ***Instaurer de façon systématique une prise en charge spécifique en tabacologie aux patientes fumeuses dès la prise de connaissance de leur statut tabagique.*** Les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens ont un rôle de dépistage du tabagisme lors de la première consultation obstétricale ; le conseil d'arrêt est alors dispensé. Cependant, il faudrait considérer le tabagisme comme une maladie et comme un facteur de risque important pour la grossesse et orienter de façon systématique vers une prise en charge spécifique en tabacologie.

- ***Informier davantage les patientes et leur conjoint sur le tabagisme passif et la prise en charge du sevrage pendant la grossesse.*** Nous avons vu que les femmes n'étaient pas assez informées sur ces sujets, il est donc nécessaire pour les professionnels de santé, médecins et sages-femmes, de leur rappeler les effets néfastes du tabac sans les culpabiliser. Le conjoint joue un rôle majeur dans l'engagement et la réussite du sevrage tabagique, il convient de ne pas l'oublier. Ces renseignements doivent être fournis lors des consultations prénatales mais aussi lors des séances de préparation à la naissance.

- ***Mesurer le taux de CO à chaque consultation et en salle de naissances.*** La mesure du taux de monoxyde de carbone fait réellement prendre conscience aux patientes de leur intoxication tabagique et est un reflet direct de celle-ci. Il serait alors nécessaire de le mesurer chez toute patiente fumeuse à chaque consultation, ce qui lui permettrait de se rendre compte des effets du tabac et ce qui pourrait faciliter la mise en place d'un traitement de substitution.

- ***Inviter systématiquement les pères à aller en consultation spécialisée s'il est fumeur.*** Comme nous l'avons déjà dit, le statut tabagique du conjoint peut être un véritable facteur de risque quant à la tentative d'arrêt de la femme. Par conséquent, il faut leur rappeler la possibilité pour eux de se rendre à une consultation de tabacologie. De plus, les sages-femmes bénéficient depuis le 26 janvier 2016 d'un élargissement de leurs droits de prescription de substituts nicotiques à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée : elles peuvent donc travailler en partenariat avec les personnes formées en tabacologie pour accompagner les conjoints. (27)

- ***Prévenir les rechutes du post-partum.*** La reprise du tabagisme après l'accouchement étant très fréquente, il serait pertinent de ne pas attendre la visite post-natale pour en parler, et prévoir pendant le séjour en suites de couches une première consultation spécialisée dans les jours suivant la sortie de la maternité.

- ***Mener des actions de prévention chez les jeunes.*** Nous avons vu que notre population était jeune et détenait peu de connaissances. Divers moyens de diffusion tels que la télévision, la radio mais surtout les réseaux sociaux s'avèreraient utiles et intéressants pour permettre d'en parler assez tôt ; cela sensibiliserait un maximum de monde.

D'autres études devraient être menées, sur un temps plus long afin de cibler un maximum de patientes et de les comparer à la nôtre, après avoir mis en place nos propositions d'actions dans le but de voir si elles sont efficaces. Nous pourrions par conséquent apprécier si les connaissances des femmes enceintes ont évolué et si le recours à des consultations en tabacologie et aux substituts nicotiques a eu lieu chez ces patientes. Il pourrait être aussi pertinent d'interroger les futurs pères sur leurs représentations du tabagisme pendant la grossesse car nous avons vu qu'ils jouent un rôle déterminant dans le sevrage tabagique de leur femme.

CONCLUSION

Malgré une baisse du tabagisme féminin observée entre 2010 et 2014 par l'INPES, le taux de femmes enceintes fumeuses reste encore très élevé. Nous avons mis en évidence dans cette étude une des causes de ce phénomène. En effet, les femmes, mais aussi la population générale, manquent cruellement d'informations concernant le tabagisme et ses effets néfastes pendant la grossesse, ainsi que les modalités de prise en charge d'un sevrage.

Cette absence de connaissances est le résultat d'une diffusion de l'information insuffisante de la part de certains professionnels de santé.

Il s'avère cependant que les femmes sont bien conscientes des risques du tabagisme maternel pendant la grossesse, même si les effets qu'elles décrivent sont peu précis. La deuxième cause de ce taux non négligeable de femmes enceintes fumeuses est la résistance à un sevrage tabagique du fait de l'accoutumance au produit. Il est très dur pour une femme fortement dépendante à la nicotine d'arrêter de fumer, même en étant informée toutes ses conséquences néfastes sur le fœtus ; la nicotine possède un pouvoir de dépendance très important.

Par ailleurs, nous rappelons que les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sont claires : l'utilisation de la cigarette électronique chez la femme enceinte est contre-indiquée. Les effets sur la mère et sur le fœtus sont encore méconnus. Mais son usage est peu répandu chez les femmes enceintes (environ 1%). (28, 29)

L'e-cigarette apparaît comme moins nocive du fait de l'absence de substances dangereuses telles que le monoxyde de carbone. Cependant, elle peut contenir de la nicotine, produit responsable de la dépendance et modifiant certaines zones du cerveau chez le fœtus. Il convient donc de former les professionnels de santé à dépister aussi cette forme de consommation nicotinique et d'informer aussi les patientes que les traitements substitutifs sont plutôt recommandés pour mener un sevrage.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guignard R, Beck F, Richard J-B, Lermenier A, Wilquin J-L, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Evolutions*. Jan 2015. N°31. 6 p.
2. Wirth N, Bohadana A, Spinosa A, Martinet Y. Tabagisme et maladies respiratoires. Elsevier Masson. Dans : EMC-Pneumologie. 20 p. [Article 6-020-A-50]
3. Faure S, Babin M, Velé H, Dubé G, Samson M, Loubrieu V. Le tabagisme aujourd'hui en France. *Actualités pharmaceutiques*. Avril 2014. N°535. p.20-6
4. Monnier-Barbarino P, Sépaniak S, Morel O, Forges T, CNGOF. Tabac et reproduction : la part de l'homme et de la femme. Extraits des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. CNGOF. 2004. 17 p.
Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Go_253_monnier.pdf
5. Collège National des Gynécologues et des Obstétriciens de France (CNGOF). Item 20 : Prévention des risques fœtaux – Tabac. 2010-2011. 9 p.
Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item20_10/site/html/cours.pdf
6. Larroque B. Exposition prénatale au tabac et développement cognitif : études épidémiologiques. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2003. Vol 32, supplément au n°1. 10 p.
7. Bouyer J. Epidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence, facteurs de risque et conséquences. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2003. Vol 32, supplément au n°7. 10 p.

8. Lejeune C. Addiction et grossesse. Dans : EMC-Obstétrique/Gynécologie. Jan 2015. Vol 10, n°1. 10 p. [Article 5-048-P-10]
9. Marpeau L. Tabagisme et complications gravidiques. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005. Vol 34, hors série n°1. 5 p.
10. Diguët A, Habib P, Heilbronner C, Le Faou AL, Nizard J, Trosini-Désert V. Grossesse et tabac. 7 Oct- 8 Oct 2004 ; Lille, France. 37p.
11. Lagrue G, Mesny J, Guillaumin C, Guillet J-L, Georgieu S. Grossesse et tabagisme, Observatoire des perceptions et comportements de la femme enceinte face au tabac sur les forums Internet. Mai 2011. 60p.
12. Heilbronner C. Quelles sont les conséquences à court, moyen et long terme du tabagisme pendant la grossesse ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005. Vol 34, hors série n°1. 57p.
13. Bosdure E, Dubus JC. Les effets du tabac chez l'enfant. Revue des Maladies Respiratoires. 2006. 11p.
14. Ouazana A, Lavie E, Pitard A, HAS, et al. Recommandations de bonne pratique – Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Haute Autorité de Santé (HAS). Oct 2014. 62p.
Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac_octobre_2014_2014-11-17_14-13-23_985.pdf
15. Underner M, Peiffer G, Perriot J. Prise en charge du tabagisme. Revue des Maladies Respiratoires – Actualités. 2014. p 320-334.

16. Dautzenberg B. Sevrage tabagique, mise au point sur la prise en charge actuelle et ses résultats. Bulletin cancer. 2012. Vol 99. 1007-15.
17. Dautzenberg B. Traitement de la dépendance tabagique. Dans : EMC-Angéiologie. Juil 2014. Vol 9, n°1. 12p. [Article 19-3701]
18. Robert M. Sociologie du tabagisme féminin. Femmes Prévoyantes Socialistes (FPS). 2009. 16p.
Disponible sur :
<http://www.femmesprevoyantes.be/sitecollectiondocuments/analyses/fpstabagismefeminin.pdf>
19. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Wilquin J-L, Perette Watel P, INPES. Premiers résultats du baromètre santé 2010 – Evolutions récentes du tabagisme en France. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Jan 2010. 13p.
20. Blondel B, Kermarrec M, INSERM. Enquête nationale périnatale 2010 – Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Mai 2011. 132p.
21. Guyon L, Chayer L, Audet C, April N, Institut national de santé publique du Québec. Prévention du tabagisme chez les femmes enceintes. Institut national de santé publique du Québec. 2008. 20p.
22. Guyon L, Audet C, April N, De Koninck M. Tabagisme et grossesse. Représentations sociales chez des mères québécoises. Drogues, santé et société. Vol 6, n°1. P105-142.
Disponible sur : <http://www.erudit.org/revue/dss/2007/v6/n1/016945ar.pdf>

23. Pla A, Beaumel C. La fécondité reste élevée, Bilan démographique 2011. INSEE Première. N°1385. Jan 2012. 4p.
24. Keller R, Radtke T, Fülleman D, Krebs H, Hornung R, Psychologisches Institut der Universität Zürich. Tabagisme et grossesse, Monitoring sur le tabac – Enquête suisse sur le tabagisme. Psychologisches Institut der Universität Zürich. Nov 2009. 11p.
25. Borgne A, Grangé G. Tabac et Grossesse, Peut-on aider les femmes encientes qui fument ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2003. Vol 32, supplément au n°1. 5p.
26. Lermennier-Jeannet A, OFDT. Tabagisme et arrêt du tabac en 2015. OFDT. Fev 2016. 9p.
Disponible : http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_15bil.pdf
27. La prescription de substituts nicotiques [Internet]. L'Assurance Maladie ; 2016 [cité le 18 avril 2016]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/exercer-au-quotidien/prescriptions/la-prescription-de-substituts-nicotiques.php#top>
Consulté le 15 mai 2016
28. Vasseur M. Cigarette électronique et grossesse – Enquête menée auprès de 396 patientes. [En ligne]. Université Lille II ; 2015. 59p. Consulté le 13 avril 2016.
Disponible sur : <http://www.cosf59.fr/wp-content/uploads/2015/07/m%C3%A9moire-e-cigarette-et-grossesse-marie-vasseur.pdf>.
29. Lagrue G. Tabac et cigarette électronique – La cigarette électronique : une surprise pour les tabacologues, un espoir pour la Santé Publique. SPS. [En ligne]. 2015 [cité en janvier 2015]. N° 311.
Disponible sur : <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2456>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
GLOSSAIRE	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	5
PARTIE 1 : METHODOLOGIE	12
1. OBJECTIFS.....	13
2. HYPOTHESES.....	13
3. SCHEMA GENERAL DE L'ETUDE.....	13
4. LA MATERNITE DU CHRU DE NANCY	14
5. POPULATION ETUDIEE	15
6. OUTIL DE RECUEIL DES DONNEES	15
7. MODALITES DE REALISATION	16
PARTIE 2 : RESULTATS.....	17
1. RENSEIGNEMENTS GENERAUX DE LA POPULATION ETUDIEE	18
1.1. AGE DE LA POPULATION ETUDIEE	18
1.2. NIVEAU D'ETUDES ET SITUATION PROFESSIONNELLE.....	19
2. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU COMPORTEMENT TABAGIQUE	20
2.1. QUANTITE DE TABAC FUME AVANT LA GROSSESSE	20
2.2. ENVIRONNEMENT TABAGIQUE	20
2.3. HABITUDES TABAGIQUES.....	21
2.4. TENTATIVES D'ARRET DE LA CONSOMMATION DE TABAC ANTERIEURES A LA GROSSESSE	21
3. SUIVI OBSTETRICAL ET COMPORTEMENT TABAGIQUE PENDANT LA GROSSESSE	22
3.1. PROFESSIONNEL DE SANTE AYANT SUIVI LA GROSSESSE	22
3.2. EVOLUTION DU COMPORTEMENT TABAGIQUE PENDANT LA GROSSESSE.....	22
3.3. PERIODE DE PRISE DE DECISION DU CHANGEMENT DE COMPORTEMENT TABAGIQUE .	23
3.4. QUANTITE DE CIGARETTES FUMEEES AU TROISIEME TRIMESTRE DE LA GROSSESSE	24
4. SEVRAGE TABAGIQUE	24

4.1.	MOYEN UTILISE	25
4.2.	PROFESSIONNEL DE SANTE AYANT SUIVI LE SEVRAGE TABAGIQUE	25
5.	AVENIR TABAGIQUE ENVISAGE POUR LES PATIENTES	26
6.	EVALUATION DE L'INFORMATION DELIVREE PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTE.....	26
7.	REPONSES AUX VRAI-FAUX.....	26
	PARTIE 3 : DISCUSSION	28
1.	BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE.....	29
2.	DISCUSSION	29
2.1.	POINTS FORTS	29
2.1.1.	<i>Une intention de sevrage tabagique.....</i>	<i>29</i>
2.1.2.	<i>Une information délivrée par les professionnels de santé jugée suffisante selon les patientes</i>	<i>30</i>
2.2.	POINTS FAIBLES	31
2.2.1.	<i>Un environnement tabagique marqué dans une population jeune</i>	<i>31</i>
2.2.2.	<i>Un sevrage mené seule, sans substituts nicotiques, avec un risque de rechute important dans le post-partum.....</i>	<i>33</i>
2.2.3.	<i>Des connaissances peu précises.....</i>	<i>34</i>
3.	PROPOSITION D'AMELIORATION	35
	CONCLUSION.....	37
	BIBLIOGRAPHIE.....	38
	TABLE DES MATIERES	43
	ANNEXES.....	45

ANNEXES

Annexe I : Critères de dépendance du manuel DSM V de l'American Psychiatric Association

Annexe II : Questionnaire de recueil des données

Annexe III : Lettre d'information et de demande de participation délivrée aux patientes

Annexe IV : Test de Fagerström

Annexe V : Test de Fagerström version abrégée

Annexe VI : Tableau récapitulatif des réponses données par les patientes au questionnaire « Vrai/Faux »

ANNEXE I

Critères de dépendance du manuel DSM V de l'American Psychiatric Association

1. Consommation de tabac plus importante ou sur une période plus longue que prévu
2. Désir persistant ou efforts infructueux pour arrêter ou réduire sa consommation de tabac
3. Beaucoup de temps passé pour se procurer, consommer ou récupérer des effets du tabac
4. Craving ou envie intense de consommer du tabac
5. Manquement à des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison à cause du tabac
6. Poursuite de la consommation malgré des problèmes causés ou exacerbés par les effets du tabac
7. Activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées ou réduites à cause du tabac.
8. Consommation de tabac répétée dans des situations physiquement dangereuses
9. Consommation de tabac en dépit des problèmes physiques ou psychologiques susceptibles d'être causés ou exacerbés le tabac
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - besoin de quantités notablement plus fortes pour obtenir l'effet désiré
 - effet notablement diminué en cas de consommation continue d'une même quantité de tabac
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - syndrome de sevrage au tabac
 - le tabac est consommé pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

ANNEXE II

Questionnaire

Ce questionnaire comporte 2 parties distinctes. Pour chaque question, veuillez cocher la case qui correspond à votre réponse.

Il sera rempli de façon anonyme. Aucune information ne permettra de vous identifier.

COMPORTEMENT TABAGIQUE

1. Quel âge avez-vous ?

2. Quel est votre niveau d'études ?
 - Sans diplôme
 - BEP/CAP
 - BAC
 - Etudes supérieures

3. Quel est votre profession ?
 - Agriculteur exploitant
 - Artisan, commerçant, chef d'entreprise
 - Cadre ou profession intellectuelle supérieure
 - Profession intermédiaire
 - Employé
 - Ouvrier
 - Etudiant
 - Sans emploi
 - Au chômage
 - Autre :

4. AVANT la grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ?

5. Votre compagnon/conjoint est-il fumeur ?
 - Oui
 - Non

6. Fumez-vous :
 - A l'intérieur de votre domicile ? Oui Non
 - Dans votre voiture ? Oui Non

7. Aviez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer avant cette grossesse ?
 Oui Non
8. Si oui, quelles sont les raisons qui ont provoqué votre rechute ? (plusieurs réponses possibles)
- A l'occasion d'un stress
 - Pas assez de motivation
 - Peu de soutien de la part de mes proches
 - Pas de suivi régulier auprès d'un professionnel de santé
 - Période de détente
 - Mon conjoint continuait à fumer
9. Pendant la grossesse, avez-vous consommé :
- De l'alcool ? Oui Non
 - Du cannabis ? Oui Non
 - De la cocaïne ? Oui Non
 - De l'héroïne ? Oui Non
 - Des psychotropes (anxiolytique, antidépresseur...) ? Oui Non
10. Qui a suivi votre grossesse ?
- Une sage –femme
 - Un gynécologue obstétricien
 - Un médecin généraliste
11. PENDANT la grossesse, y a-t-il eu un changement de comportement vis-vis du tabac ?
- Aucun changement
 - Diminution de ma consommation
 - Augmentation de ma consommation
 - Arrêt total du tabagisme

Nombre de cigarettes fumées PENDANT la grossesse au troisième trimestre (en moyenne) :

.....

Si vous avez répondu « Aucun changement » ou « Augmentation du nombre de cigarettes fumées » à la question 11, continuez le questionnaire.

Si vous avez répondu « Diminution du nombre de cigarettes fumées » ou « Arrêt total du tabagisme », passez directement à la question 13.

12. Pourquoi n'avez-vous pas souhaité diminuer ou arrêter votre consommation de tabac ?

- Je n'en avais pas envie
- Personne ne m'a proposé de l'aide
- Je pensais que ça serait trop difficile
- Peur d'une prise de poids excessive
- Autre

Pour celles ayant répondu à cette question, passez ensuite à la question 19 et poursuivez le questionnaire normalement.

13. A quel mois de la grossesse avez-vous décidé de diminuer/arrêter votre consommation ?

14. Avez-vous pris la décision :

- seule
- sur conseil de la sage-femme
- sur conseil du médecin
- sur conseil de l'entourage

15. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous pris cette décision ? (plusieurs réponses possibles)

- Trop de risques pour ma grossesse
- Trop de risques pour mon fœtus
- Budget trop important
- Je voulais déjà arrêter avant, la grossesse est l'occasion de rencontrer des professionnels de santé pouvant m'aider à la faire
- Mon entourage m'a poussé à le faire
- Je me sentais coupable si je ne le faisais pas
- Dégout du tabac
- Autre :

16. De quelle façon avez-vous mené votre sevrage tabagique ? (plusieurs réponses possibles)

- Arrêt progressif

- Arrêt net du jour au lendemain
- Avec l'aide d'un professionnel de santé
- A l'aide d'un traitement
- Avec une cigarette électronique avec nicotine
- Avec une cigarette électronique sans nicotine

Si vous avez répondu « A l'aide d'un traitement », répondez à la question 17 et poursuivez le questionnaire normalement.

Si vous avez répondu autre chose, passez à la question 18.

17. Quel traitement avez-vous utilisé ?

- Des patchs
- Des gommes à mâcher
- Des pastilles
- Autre :

18. Qui a suivi votre sevrage tabagique ?

- Une sage-femme
- Un médecin généraliste
- Un gynécologue obstétricien
- En consultation spécialisée de tabacologie/addictologie
- Autre :

19. Globalement, pensez-vous que l'information et la prise en charge proposée pendant votre grossesse concernant le sevrage tabagique étaient suffisantes ?

- Oui Non

Si « Non », pourquoi ?.....

20. Quel « avenir tabagique » envisagez-vous ?

- Continuer la réduction de consommation avec un objectif d'arrêt total
- Continuer à ne pas fumer
- Fumer à nouveau maintenant que ma grossesse est terminée

VRAI-FAUX SUR LES PERCEPTIONS DU TABAGISME

Pour chaque réponse, entourez Vrai ou Faux.

1. Il est recommandé de ne plus fumer à l'intérieur du domicile ni dans la voiture car cela est nocif pour mon bébé.

Vrai

Faux

2. A 7 mois de grossesse, il est trop tard pour arrêter de fumer car il n'y aura plus d'effet bénéfique pour l'enfant à ce stade.

Vrai

Faux

3. En cas de dépendance nicotinique, les patchs nicotiniques sont autorisés pendant la grossesse et un suivi médical est recommandé.

Vrai

Faux

4. Après avoir évalué la dépendance nicotinique, la sage-femme a le droit de prescrire des substituts nicotiniques.

Vrai

Faux

5. Il y aura moins de conséquences pour mon bébé si je réduis ma consommation à 4 cigarettes par jour au lieu de 8.

Vrai

Faux

6. Les produits de substitution nicotinique sont remboursés à hauteur de 150 € pendant la grossesse sur prescription médicale.

Vrai

Faux

7. Les cigarettes électroniques sont considérées comme un traitement de la dépendance nicotinique.

Vrai

Faux

8. Il est préférable de continuer à fumer quelques cigarettes par jour pendant la grossesse plutôt que d'arrêter totalement sa consommation en étant énervée.

Vrai

Faux

9. La nicotine passe dans le lait maternel.

Vrai

Faux

Merci de votre participation.

ANNEXE III

POTDEVIN Clara
Ecole de Sages-femmes de Nancy
Tel. : 06.30.75.05.07
Email : c.potdevin@laposte.net

Object : Participation à une étude concernant la prise en charge du sevrage tabagique pendant la grossesse et les perceptions des femmes enceintes fumeuses concernant le tabagisme maternel

Madame,

Etudiante sage-femme à l'école de Nancy, et dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je vous sollicite pour participer à une étude portant sur la prise en charge du sevrage tabagique pendant la grossesse ainsi que des perceptions des femmes enceintes fumeuses sur le tabac. Ce questionnaire est distribué à toute femme ayant fumé pendant la grossesse, qu'il y ait eu ou non, un sevrage tabagique et ayant effectué son suivi à la maternité régionale de Nancy.

Pour cela, je vous demande de bien vouloir remplir ce questionnaire.

Les informations contenues dans le questionnaire resteront strictement confidentielles et anonymes tout au long de l'étude pour ensuite être détruites. Les résultats et conclusion de l'étude seront accessibles sur simple demande écrite (email à envoyer à c.potdevin@laposte.net).

Je vous remercie vivement de votre participation.

Clara POTDEVIN

ANNEXE IV

Test de Fagerström en six questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?
 - a. Dans les 5 minutes 3
 - b. 6 - 30 minutes 2
 - c. 31 - 60 minutes 1
 - d. Plus de 60 minutes 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
3. À quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?
 - a. À la première de la journée 1
 - b. À une autre 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
 - a. 10 ou moins 0
 - b. 11 à 20 1
 - c. 21 à 30 2
 - d. 31 ou plus 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0

Interprétation selon les auteurs :

- entre 0 et 2 : pas de dépendance ;
- entre 3 et 4 : dépendance faible ;
- entre 5 et 6 : dépendance moyenne ;
- entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Références : Heatherton et coll., 1991, Fagerström 2012.

ANNEXE V

Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance ;
- 2-3 : dépendance modérée ;
- 4-6 : dépendance forte.

ANNEXE VI

Nombre de réponses données pour chaque question (n=55)

	Vrai	Faux	NSP
Question 1	55	0	0
Question 2	16	39	0
Question 3	43	7	5
Question 4	33	16	6
Question 5	42	13	0
Question 6	28	16	11
Question 7	20	32	3
Question 8	35	16	4
Question 9	50	4	1

NSP : Ne Se Prononce Pas

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de Nancy

Mémoire de fin d'études de sage-femme de POTDEVIN Clara - Année 2016

Perceptions des femmes enceintes fumeuses sur le tabagisme pendant la grossesse et sa prise en charge

Enquête menée en 2015 auprès de 55 femmes fumeuses suivies au CHRU de Nancy

Introduction : La lutte contre le tabagisme est un véritable enjeu de santé publique, et particulièrement chez les femmes enceintes. Malgré les recommandations mises au point par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le but d'aider ces femmes à mener un sevrage tabagique, le taux de femmes enceintes fumeuses au troisième trimestre est encore de 17,1 % (selon l'enquête de périnatalité ayant interrogée 15187 femmes en France en 2010).

Objectifs : Etudier les représentations et les perceptions des femmes enceintes fumeuses sur le tabagisme pendant la grossesse, les risques encourus et les bénéfices de l'arrêt, ainsi que la prise en charge du sevrage tabagique.

Méthode : Une étude observationnelle, descriptive, prospective a été réalisée à l'aide d'un questionnaire distribué à 55 patientes concernées en service de suites de couches à la maternité du CHRU de Nancy.

Résultats : 84 % des femmes ont diminué voire arrêté leur tabagisme pendant la grossesse et cette décision s'est majoritairement prise au premier trimestre. 72 % d'entre elles ont pris la décision seule et très peu ont eu recours à un traitement substitutif ou à une consultation spécialisée. Cependant, des idées reçues circulent encore sur le tabagisme maternel : les femmes manquent de connaissances et l'information délivrée par les professionnels de santé est parfois insuffisante.

Discussion : Le savoir populaire de ces femmes se limite généralement à la toxicité du tabagisme pendant la grossesse sur le fœtus mais elles ignorent les effets réels ainsi que la prise en charge de son sevrage. Malgré un certain pourcentage des femmes menant un sevrage tabagique, il existe encore trop de femmes qui ne modifient pas leur consommation. Il convient pour les professionnels de santé de leur rappeler les effets toxiques du tabac et de les orienter vers des consultations spécialisées avec motivation et soutien en les informant des possibilités de prise en charge.

Mots clés : tabagisme maternel, perceptions du tabagisme, traitement substitutif, informations sur le sevrage

Introduction : The fight against addiction to smoking is a real public health priority and more particularly among pregnant women. In spite of the recommendations made by the HAS (High Authority of Health) aiming at helping these pregnant women stop smoking, 17.1% of at least 6 months pregnant women are still smoking. (according to the birth rate survey carried out in 2010 questioning 15187 women in France)

Objectives : To study what pregnant women think about the effects of smoking during pregnancy and to what extent it is important to stop smoking and finally how they could be helped to stop smoking.

Method : In order to make a prospective and descriptive study, a questionnaire was given to 55 smokers who had just had a baby and who were hospitalized in the maternity of the CHRU in Nancy.

Results : 84% of the questioned women reduced or even stopped smoking during the pregnancy period and they mainly made this decision during the first three months of pregnancy.

72% of them made the decision by themselves, few took a substitute or went to see a specialist in addiction. However, generally accepted ideas about the effects of nicotine on pregnant women are commonly widespread. Women know few things about this problem and the medical staff do not give them enough information.

Discussion : These women do know this addiction to smoking can have negative effects on the fœtus during the pregnancy period. However they have no idea about the real effects and they don't know how they could be helped to stop smoking.

A percentage of women try to stop smoking but too many women don't even reduce the number of cigarettes they smoke a day. The medical staff must point out the toxic effects of nicotine on the fœtus and must urge them to see specialists in addiction so that they are motivated to stop. And they also need to get some information about the way they could be helped.

Keywords : mother's addiction to smoking, perceptions, substitute, information about stop smoking.