TABAC ET MATERNITÉ DANS LE PAYS VOIRONNAIS

FACTEURS DE RISQUE DE REPRISE POST-NATALE DU TABAC

Françoise PENASSE
DIU de tabacologie 2007-2008
Université J. Fourier, GRENOBLE

Que soient ici remerciées toutes les personnes rencontrées dans le cadre de l'élaboration de l'étude développée dans ce mémoire pour leur aide précieuse.

Remerciements aussi à mes collègues de formation pour l'ambiance de la promo 2007-2008 sympathique, détendue et studieuse.

Remerciements encore à mes collègues, famille et amis pour leur soutien tout au long de cette aventure et un grand merci à Julie.

Remerciements enfin au Conseil Général de l'Isère qui m'a aidée à financer cette formation.

Avec une pensée particulière pour les femmes du Pays Voironnais qui ont pris la peine de répondre à mon questionnaire et l'ont parfois commenté.

SOMMAIRE

Introduction *4*

METHODE **5**

Sujets et méthode *5*
Recueil des données *6*
Résultats *6*

TABAC ET MATERNITE DANS LE VOIRONNAIS **8**

Données générales recueillies *8*
Répartition des femmes selon leur statut tabagique durant la grossesse *11*

REPRISE POST-NATALE DU TABAC **13**

Qui sont les femmes du groupe 5 ? *13*
Quand recommencent-elles à fumer ? *14*
Pourquoi recommencent-elles à fumer ? *14*
Données selon le moment de reprise *14*
Discussion *18*
Conclusion *23*

BIBLIOGRAPHIE **25**

ANNEXES **27**

ANNEXE I : Questionnaire "Tabac et maternité dans le Voironnais" *28*
ANNEXE II : Catégories socio-professionnelles des femmes dans l'enquête *29*
ANNEXE III : Motifs de reprise post-natale du tabac, résultats *30*
ANNEXE IV : Facteurs de reprise du tabac dans le post-partum *32*
ANNEXE IV : Facteurs de reprise du tabac dans le post-partum, tableau des correspondances des abréviations *34*

INTRODUCTION

Le tabac au féminin est un problème majeur de santé publique. Depuis les années 1970-1980, les femmes deviennent les égales des hommes vis-à-vis du tabac, égalité qu'elles vont payer chèrement dans les années à venir par un accroissement des pathologies de l'appareil respiratoire, cardiovasculaire ainsi que du taux de cancers liés à la consommation de tabac.

La femme ne s'arrêtant pas toujours de fumer lorsqu'elle est enceinte, cette consommation féminine a aussi des répercussions sur la santé des fœtus et sur les générations d'enfants qui vont grandir dans un environnement pollué par la fumée.

La sage-femme, qui rencontre la femme jeune, en désir d'enfant, qui la suit et l'accompagne durant la grossesse et la période post-natale, occupe une position privilégiée qui peut lui permettre une action d'information, de prévention et de prise en charge tabacologique de la femme, mais aussi, à travers elle, de toute la cellule familiale.

Nos objectifs dans cette étude sont doubles :

- d'une part, nous souhaitons avoir une vision plus précise de la prévalence du tabac dans la population des femmes enceintes du secteur d'intervention, secteur de la sage-femme de Protection Maternelle et Infantile (PMI), sage-femme territoriale du Voironnais-Chartreuse, dans l'Isère.
- d'autre part, nous cherchons à préciser les motifs de rechute post-natale du tabagisme. En effet, de nombreuses femmes, qui parviennent à cesser leur consommation durant la grossesse, reviennent à la cigarette durant la première année de leur enfant.

Une des missions de la PMI est la prévention des risques liés à la grossesse et à l'accouchement pour la mère et pour l'enfant à naître. La prise en charge tabacologique de la femme enceinte se situe parfaitement dans le cadre de cette mission, les résultats de cette étude nous permettront de proposer une prise en charge plus pertinente par une connaissance plus fine de la problématique tabagique rencontrée dans le Voironnais.

METHODE

SUJETS ET METHODE

Sujets

Afin de mener à bien cette étude, pour que nous puissions nous rendre compte de la prévalence du tabac dans la population des femmes enceintes du secteur, nous devons contacter un grand nombre de femmes enceintes. De même, pour pouvoir évaluer les causes de reprise post-natale du tabac, il nous est nécessaire de contacter des femmes qui ont accouché il y a au moins un an.

Compte-tenu de ces nécessités, ainsi que de contraintes de financement de cette étude, nous allons solliciter par courrier ou par téléphone toutes les femmes du Voironnais-Chartreuse ayant accouché durant le deuxième trimestre de l'année 2007. Pour cela, nous disposons dans le service de PMI de toutes les déclarations de grossesse des femmes domiciliées sur le secteur, déclarations qui sont adressées au Conseil Général par les organismes de prestations familiales.

Lieu de l'étude

Le territoire du Voironnais-Chartreuse se situe dans l'Isère, entre Grenoble et Lyon. 100 000 habitants résident dans ce territoire urbain, rural et montagnard. Voiron en est le pôle urbain central. C'est une ville moyenne de 21000 habitants, dotée d'une maternité de niveau 2 (environ 1600 accouchements par an). Le nombre de déclarations de grossesse domiciliées sur ce territoire se situe entre 1200 et 1300 par an, en 2006, nous en avons eu 1290.

Elaboration d'un questionnaire

Ce questionnaire anonyme s' intitule « Tabac et maternité dans le Voironnais » (annexe I).

Des questions générales, questions fermées, sont posées, concernant l'âge, la vie en couple, le nombre d'enfants à charge, la profession.

Un item concerne la prise de poids durant la grossesse.

La suite du questionnaire concerne directement le statut tabagique de ces femmes : ont-elles fumé au moins une fois dans leur vie, fumaient-elles avant d'être enceintes, ont-elles arrêté de fumer pendant cette grossesse, ont-elles recommencé à fumer après la naissance, et si oui, combien de temps après l'accouchement ?

Enfin, 20 questions vont permettre de préciser les motifs de reprise post-natale du tabac. Ces questions proposent des raisons de reprise tabagique post-natale, les femmes sont invitées à dire à quel point elles sont, ou pas, en accord avec les raisons évoquées.

Ce questionnaire est élaboré grâce à l'aide de Madame Pelle, sage-femme tabacologue et du Docteur David-Tchouda, médecin épidémiologiste au CHU de Grenoble.

Il va être adressé aux femmes accompagné d'une lettre expliquant la démarche de l'enquête et d'une enveloppe préaffranchie pour le retour du questionnaire ou rempli lors d'un entretien téléphonique.

RECUEIL DES DONNEES

Nous disposons de 283 déclarations de grossesse dont le début de grossesse se situe en juillet, août et septembre 2006, pour des termes théoriques durant les mois d'avril, mai et juin 2007.

Le recueil des données sera réalisé à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

RESULTATS

257 femmes au total vont être contactées par courrier.

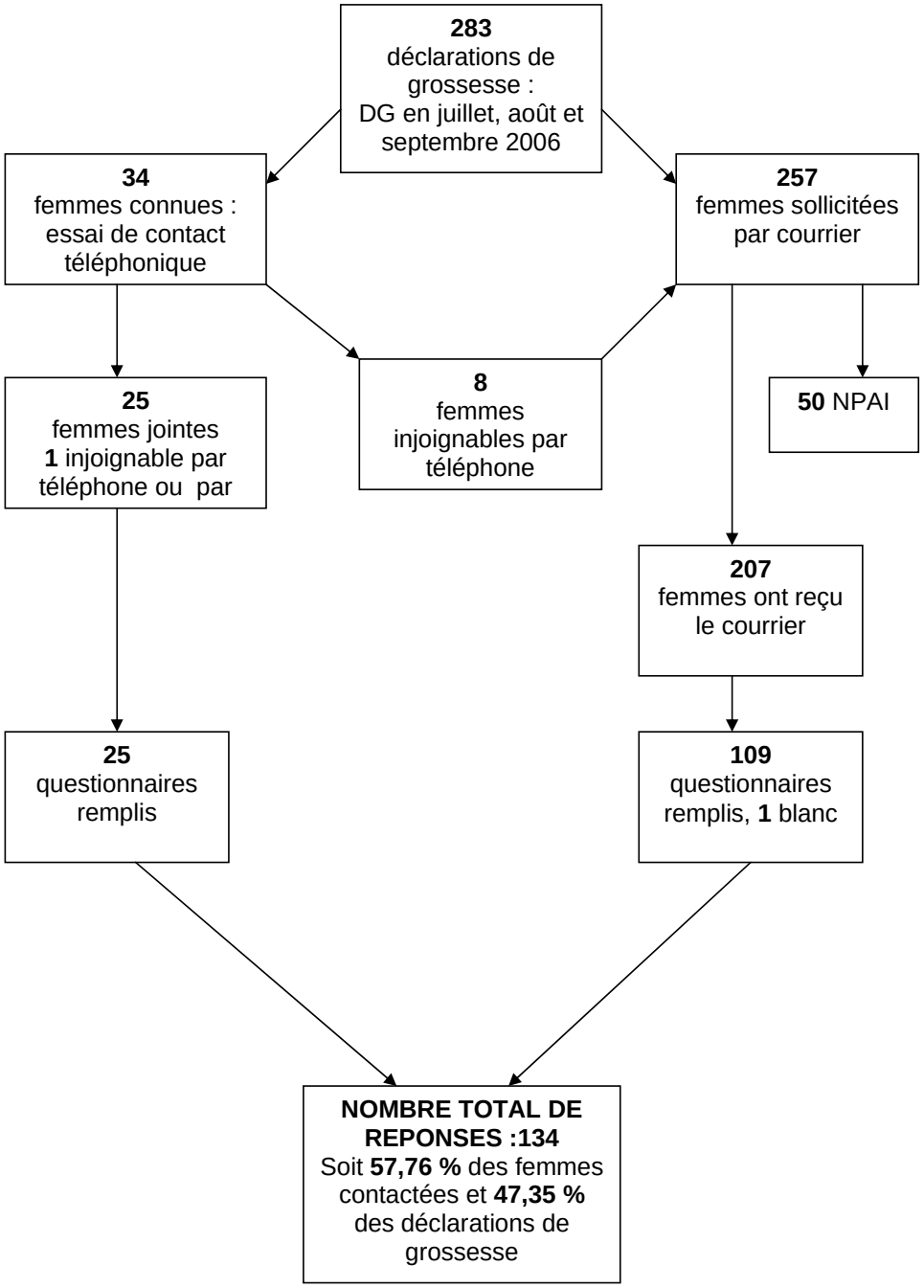
Les essais de contact téléphonique concernent les 34 femmes connues dans le service durant leur grossesse.

Nous parviendrons à en joindre 25 ; 8 ne pourront pas être jointes par téléphone et seront contactées par courrier.

1 femme, dont nous savons qu'elle a déménagé pendant sa grossesse, est aussi injoignable par téléphone.

50 enveloppes vont revenir avec la mention NPAI (N'habite Plus à l'Adresse Indiquée).

207 femmes ont effectivement reçu par courrier la proposition de questionnaire.


283
déclarations de grossesse :
DG en juillet, août et septembre 2006
34
femmes connues : essai de contact téléphonique
257
femmes sollicitées par courrier
25
femmes jointes
1 injoignable par téléphone ou par
8
femmes injoignables par téléphone
50 NPAI
207
femmes ont reçu le courrier
25
questionnaires remplis
109
questionnaires remplis, **1** blanc
NOMBRE TOTAL DE REPONSES :134
Soit **57,76 %** des femmes contactées et **47,35 %** des déclarations de grossesse

TABAC ET MATERNITE DANS LE VOIRONNAIS

Nous avons 134 dossiers exploitables.

DONNEES GENERALES RECUEILLIES

	Groupe 1 Jamais fumeuses	**Groupe 2** Ex fumeuses	**Groupe 3** Fumeuses Pas d'arrêt durant la grossesse	**Groupe 4** Fumeuses Arrêt sans reprise	**Groupe 5** Fumeuses Arrêt et reprise post-natale	**Série**
Nombre de femmes	41	45	16	18	14	134
Pourcentages	31 %	34 %	12 %	13 %	10 %	100 %
Vie en couple	39/41 = 95,12 %	44/45 = 97,77 %	13/16 = 81,25 %	17/18 = 94,44 %	14 = 100 %	127 = 94,77 %
Age moyen	31,93	32,49	31,12	31,33	33,57	32,11
Nombre moyen d'enfants	2,05	1,82	2,19	1,89	2	1,96
Prise de poids moyenne	12,41	14	12,69	17,28	18,57	14,39

Vie en couple

La vie en couple est fortement représentée, nous ne trouvons pas de femmes élevant seules leurs enfants dans le groupe n°5.

Le pourcentage de vie en couple des groupes 1, 2, 4 et 5 est assez homogène. Seul le groupe 3 se démarque avec un écart à la moyenne de 16,60 %.

Age

La moyenne d'âge de la série est de 32,11 ans. Dans les différents groupes, la variabilité des moyennes d'âge est peu marquée : 4,5 % d'écart maximum entre la moyenne de la série et les extrêmes.

Nombre d'enfants

La variabilité de la parité moyenne des groupes 1, 2, 4 et 5 est peu marquée.

Le groupe 3 se démarque avec un écart à la moyenne de 11,73 %.

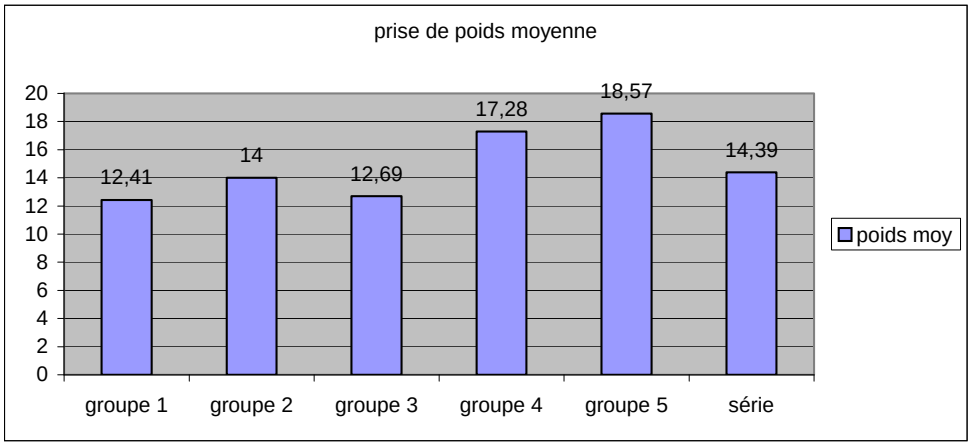
Prise de poids

Nous rencontrons dans cette série des variations de prise de poids durant la grossesse très importantes.

Dans la série, la prise de poids moyenne est élevée : 14,39 Kg durant la grossesse. Cela représente un écart de 16,6 % avec la prise de poids moyenne admise par les professionnels de l'obstétrique (12 Kg environ).

Les non fumeuses, comme les femmes qui n'ont pas arrêté de fumer pendant la grossesse (groupes 1 et 3) ont une prise de poids moyenne normale.

Dans les autres groupes (2, 4 et 5) la prise de poids durant la grossesse est plus élevée : respectivement 14 Kg, 17,28 Kg et 18,57 Kg. Nous avons un écart à la moyenne de 16,73 % pour le groupe 4 et de 20 % pour le groupe 5 et un écart à la norme de 30,55 % pour le groupe 4 et de 35,38 % pour le groupe 5.



Statut professionnel

Les catégories socio-professionnelles sont répertoriées selon les critères de l'INSEE.

Les femmes qui ont répondu à ce questionnaire ne travaillent pas dans 26,12 % des cas. Dans ce groupe nous avons des femmes qui ne travaillent pas par choix : femmes en congé parental, femmes au foyer, ou par obligation : femmes au chômage (catégorie 0). 26,86 % ont une profession intermédiaire (catégorie 4), 15,67 % sont des cadres (catégorie 3), 14,92 % sont des employées de la fonction publique ou administrative des entreprises (catégorie 5). Nous retrouvons 9,7 % de personnels de service direct aux particuliers (catégorie 7), 4,48 % d'employées de commerce (catégorie 6), et 0,74 % de chefs d'entreprise (catégorie 2), d'ouvrières qualifiées (catégorie 8) et non qualifiées (catégorie 9). (annexe II)

Dans le groupe des non-fumeuses (n°1), nous trouvons une forte proportion de femmes employées de la fonction publique ou administrative des entreprises représentant 36 % de l'échantillon et de femmes inactives (29 %). Les autres catégories rencontrées sont les catégories 3, 5, 6 et 7.

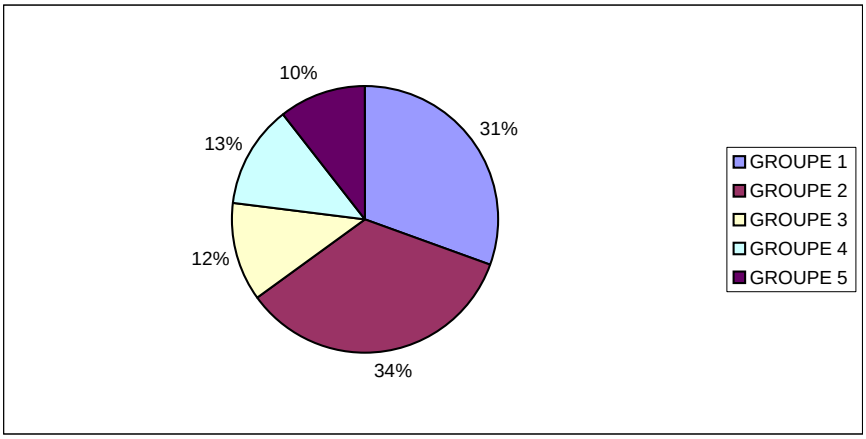
Le groupe des ex-fumeuses (n°2) est majoritairement composé de femmes relevant des catégories 3 et 4 (26 % dans chaque catégorie). Dans ce groupe toutes les catégories de l'étude sont représentées sauf la catégorie n°8.

Le groupe des fumeuses (n°3) qui n'ont pas arrêté durant la grossesse est composé de femmes inactives (31 %), de femmes catégorie 5 (25 %), puis sont relevées par ordre décroissant les catégories 4, 7, 3 et 6.

Les femmes qui ont cessé le tabac durant la grossesse sans le reprendre (n°4) sont dans 27 % des cas des femmes inactives, nous trouvons ensuite les catégories 3, 4 et 7 (16 %), et enfin les catégories 5 et 6 (11 %).

Dans le dernier groupe (n°5), celui de la reprise post-natale, les catégories 2, 3 et 9 ne sont pas représentées. Les femmes inactives représentent 44 % de ce groupe, nous avons 21 % de catégories 4 et 5 et 7 % dans les catégories 7 et 9.

REPARTITION DES FEMMES SELON LEUR STATUT TABAGIQUE DURANT LA GROSSESSE



Dans l'échantillon, nous avons : 31 % femmes qui n'ont jamais fumé, 34 % d'anciennes fumeuses, et 35 % de fumeuses en début de grossesse (groupes 3, 4 et 5 réunis).

Commentaire [MSOffice1]: de « femmes qui n'ont jamais fumé » plutôt, non ? ça fait oral d'écrire des « jamais fumeuses »

Tabac

Le groupe 1 des femmes non fumeuses est caractérisé par sa normalité par rapport à la moyenne de la série, que ce soit pour la vie en couple, l'âge ou le nombre d'enfants. La prise de poids est normale.

Il en est de même pour les 34 % d'anciennes fumeuses du groupe 2, sauf en ce qui concerne la prise de poids qui est un peu plus élevée que la norme admise (14 Kg versus 12 Kg).

Les 12 % de femmes qui n'arrêtent pas de fumer durant la grossesse (groupe 3) sont :

- Les femmes les plus jeunes (31,12 ans vs 32,11 ans dans la série)
- Celles qui vivent le moins en couple (81,25 % vivent en couple vs 94,77 % dans la série)
- Celles qui ont le plus d'enfants (2,19 en moyenne vs 1,96 dans la série)
- Elles ont une prise de poids normale de 12,69 Kg

Dans le groupe 4 des femmes qui ont arrêté le tabac sans le reprendre en post-natal, nous sommes proches de la moyenne en ce qui concerne la vie en couple, l'âge et le nombre d'enfants, par contre la prise de poids est remarquable (16,73 % d'écart à la moyenne).

Le groupe 5 est composé de femmes vivant toutes en couple, ce sont les plus âgées de la série, leur nombre d'enfants est moyen. Leur prise de poids est la plus importante avec 20 % d'écart à la moyenne.

32 femmes arrêtent de fumer durant leur grossesse soit 66,66 % des fumeuses, 14 reprennent en post-natal, soit 43,75 % des femmes qui ont cessé le tabac durant la grossesse.

REPRISE POST-NATALE DU TABAC

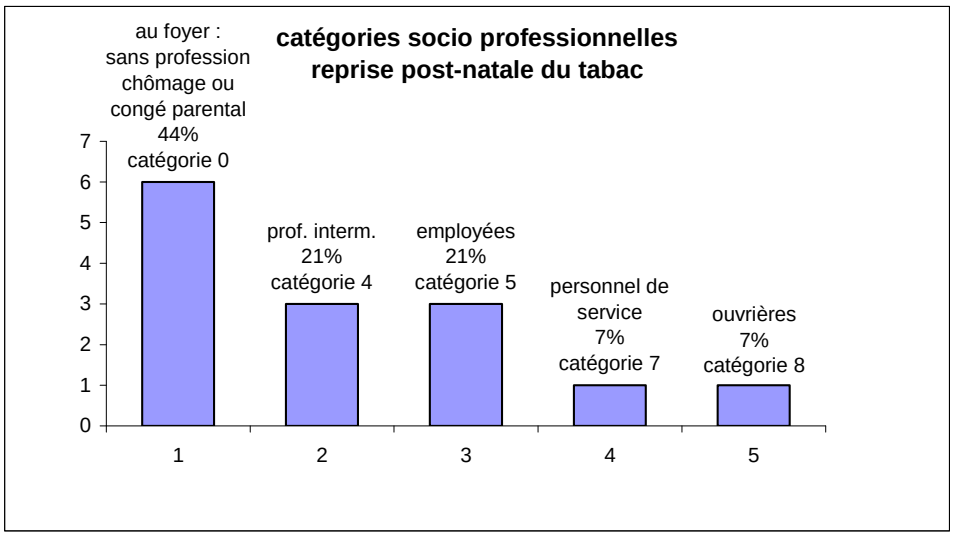
QUI SONT LES FEMMES DU GROUPE 5 ?

Ce sont les femmes qui ont arrêté de fumer durant la grossesse et qui ont repris la cigarette dans l'année suivant la naissance de leur enfant.

Nous avons dans ce groupe 14 femmes, ce qui représente 10% des femmes interrogées et 43,75 % des fumeuses.

Les femmes qui ont recommencé à fumer dans la 1ère année de leur enfant sont :

- Les femmes les plus âgées (33,57 ans vs 32,11 dans la série)
- Celles qui vivent le plus en couple (100 % vs 94,77 % dans la série)
- Elles ont en moyenne 2 enfants (1,96 dans la série)
- 31 % des ces femmes sont des primipares, 31 % ont deux enfants et 38 % en ont trois.
- Leur prise de poids est la plus élevée : 18,57 Kg vs 14,39 Kg dans la série.
- Les catégories socio-professionnelles 2 et 3 de l' INSEE (chefs d'entreprises et cadres) ne sont pas représentées dans ce groupe.



QUAND RECOMMENCENT-ELLES A FUMER ?

Dans cette population la reprise est très précoce : 9 femmes recommencent à fumer dans les 6 premiers mois, dont 6 dans les jours suivant la naissance.

Les 5 autres femmes reprennent le tabac entre 6 et 10 mois après la naissance. .

POURQUOI RECOMMENCENT-ELLES A FUMER ?

Nous avons proposé dans le questionnaire des critères de reprise. Les femmes étaient invitées à classer ces critères en fonction de la pertinence qu'elles leur reconnaissaient.

Quatre propositions étaient possibles : « pas du tout d'accord », « pas trop d'accord », « plutôt d'accord » et « tout à fait d'accord ». (annexe III)

DONNEES SELON LE MOMENT DE REPRISE

Reprise durant le premier mois du post-partum

6 femmes (42,86 % du groupe 5) reprennent le tabac dans les jours suivant la naissance.

La moyenne d'âge de ces femmes est de 32,16 ans, elles ont en moyenne 2,17 enfants et ont pris en moyenne 19 Kg durant la grossesse.

Ce sont les femmes les plus jeunes du groupe n°5, elles ont la parité la plus forte, leur prise de poids est élevée.

Raisons qui ont motivé le retour au tabac (annexe IV)

100 % des femmes	troubles du sommeil, mal-être dans son corps, envie de fumer, besoin de faire des pauses, stress et fatigue
83,33 % des femmes	entourage fumeur
66,66 % des femmes	Re-fumer était prévu, kilos en trop, conjoint fumeur
50 % des femmes	manque de confiance en soi, déprime, retour au travail, responsabilité d'avoir à élever un enfant
33,33 % des femmes	tristesse, difficultés à comprendre son enfant, ennui
16,66 % des femmes	arrêt de l'allaitement, moins de forces pour résister aux tentations

Toutes ces mères de nouveaux-nés qui re-fument précocement sont fatiguées, stressées, ont besoin de décompresser. Elles acceptent mal les bouleversements physiques du post-partum. L'envie de fumer est toujours présente.

Leur environnement a aussi beaucoup d'importance dans la reprise, que ce soit un entourage ou un conjoint fumeur. Il est à noter que le conjoint fumeur semble moins incitatif que l'environnement fumeur.

Très souvent le retour à la cigarette va être « programmé ». C'est l'arrêt durant la grossesse pour protéger le bébé, la future maman n'arrêtant pas de fumer pour elle-même mais pour préserver son enfant.

Ces femmes ont une prise de poids importante durant la grossesse. Les kilos en trop après l'accouchement font aussi partie des facteurs de reprise, la cigarette étant parfois perçue comme un moyen de contrôle du poids.

Pour la moitié de ces femmes des raisons plus psychologiques (manque de confiance en soi, responsabilité d'élever un enfant), une déprime et le retour au travail incitent à re-fumer.

Nous pouvons nous interroger sur la notion de retour au travail, dans ce sous-groupe. En effet, nous sommes dans le post-partum immédiat, les femmes sont en congé maternité. Il serait intéressant de savoir si pour ces femmes, le changement de rythme de vie, entre la fin de la grossesse, où ces femmes sont entourées, aidées dans leurs tâches ménagères, et le rythme de vie au retour à domicile après l'accouchement, avec les soins aux enfants et une reprise en main du travail domestique, est assimilé à un retour au travail.

Reprise durant les six premiers mois de l'enfant

Nous avons dans ce sous-groupe 9 femmes (64, 28 % du groupe 5).

La moyenne d'âge de ces femmes est de 34 ans, elles ont en moyenne 2 enfants et ont pris en moyenne 20,44 Kg durant la grossesse.

Ce sont les femmes les plus âgées du groupe, elles ont la parité la plus faible, leur prise de poids est la plus élevée.

Raisons qui ont motivé le retour au tabac (annexe IV)

100 % des femmes	envie de fumer, besoin de faire des pauses
88,88 % des femmes	stress
77,77 % des femmes	entourage fumeur
66,66 % des femmes	problèmes de sommeil, mal-être physique, fatigue, programmation du retour au tabac et le conjoint fumeur
55,55 % des femmes	kilos en trop
44,44 % des femmes	déprime, tristesse, responsabilité d'élever un enfant
33,33 % des femmes	confiance en soi, retour au travail, arrêt de l'allaitement, moins de forces pour résister à la tentation d'une cigarette
22,22 % des femmes	difficulté à comprendre les besoins de son enfant
11,11 % des femmes	ennui

Dans ce sous-groupe, la dépendance pharmacologique et psychologique au tabac est nette, elle va être l'élément déterminant dans la reprise pour 100% de ces femmes : elles ont envie de fumer, elles veulent fumer pour faire des pauses.

Le stress est aussi un élément très important, suivi par l'entourage fumeur.

L'impact des problèmes de sommeil, de la fatigue, du mal-être physique s'atténue. Pour le même pourcentage de femmes que dans le premier sous-groupe le retour au tabac est programmé et l'influence du tabagisme du conjoint est la même.

Bien que nous trouvions dans ce sous-groupe la prise de poids la plus élevée, les kilos en trop ne sont plus mentionnés que par la moitié des femmes.

Le malaise psychologique (déprime) ne concerne que 44,44 % des femmes, il diminue dans ce sous-groupe, de même que l'influence du retour au travail, du manque de confiance en soi et des difficultés à comprendre son enfant.

Par contre, tristesse, ennui et responsabilité d'un enfant augmentent légèrement dans les facteurs de reprise, ainsi que l'arrêt de l'allaitement et le manque de forces pour résister à la tentation du tabac.

Reprise durant le deuxième semestre suivant l'accouchement

Nous avons dans ce sous-groupe 5 femmes (35,72 % du groupe 5). La moyenne d'âge de ces femmes est de 32,8 ans, elles ont en moyenne 2 enfants et ont pris en moyenne 15,2 Kg durant la grossesse. Elles recommencent à fumer entre les 6 et 10 mois de leur

bébé. L'âge de ces femmes est médian par rapport au groupe, elles ont aussi la parité la plus faible, et la plus faible prise de poids.

Raisons qui ont motivé le retour au tabac (annexe IV)

60 % des femmes	stress, entourage fumeur, mal-être physique, kilos et moins de forces pour résister à la tentation
40 % des femmes	envie de fumer, sommeil, fatigue, tabagisme du conjoint, retour au travail et déprime

Deux femmes (40 %) mentionnent d'autres raisons de leur retour au tabac : « pas assez de volonté » pour l'une, et pour l'autre : « elle apprécie sa cigarette, c'est un de ses petits plaisirs ».

Reprise dans l 'année suivant la naissance, raisons qui ont motivé le retour au tabac

(annexe IV)

78,57 % des femmes	envie de fumer et stress
71,43 % des femmes	faire des pauses et entourage fumeur
64,28 % des femmes	malaise physique
57,14 % des femmes	sommeil, fatigue, tabagisme du conjoint, kilos en trop
50 % des femmes	prévision du retour au tabac
42,86 % des femmes	déprime et moins de forces pour résister à la tentation
35,71 % des femmes	responsabilité d'élever un enfant, tristesse, reprise du travail
28,57 % des femmes	manque de confiance en soi et arrêt de l'allaitement
14,28 % des femmes	difficultés à comprendre son enfant, ennui et raisons autres

DISCUSSION

Limites de la méthode

Les sujets de cette étude ont été recrutés par courrier essentiellement, ou par téléphone. Un courrier d'accompagnement se voulant incitatif a été élaboré et joint au questionnaire.

Nous nous sommes rendu compte que cette population est très mobile et difficile à joindre par courrier. En effet, 50 courriers reviennent NPAI (N'habite Pas à l' Adresse Indiquée) soit 17,7 % de la population ciblée.

Le nombre total de réponses au questionnaire est de 134, soit 57,76 % des femmes effectivement contactées et 47,35 % des déclarations de grossesse. Nous ne disposerons donc de réponse que pour une petite moitié de la population de femmes enceintes du secteur sur un trimestre.

En 2006, 1290 grossesses ont été déclarées. Par conséquent, 10,39 % seulement de la population annuelle de femmes enceintes aura été incluse dans cette étude.

Tabac et maternité dans le Voironnais

134 jeunes mères ont répondu à ce questionnaire, nous travaillerons donc sur cet échantillon de population.

- Prévalence du tabagisme et âge maternel

La prévalence du tabagisme chez les femmes en France en 2005 était de 41,3 % pour les 20-25 ans, 36,1 % pour les 26-34 ans et les 35-44ans[8] .

Dans notre échantillon 20 % des femmes de 20-25 ans sont fumeuses, 36,90 % des 26-34 ans et 35,55 % des 35-44 ans.

Ce groupe de jeunes femmes de 20-25 ans paraît très faiblement représenté dans notre étude (5 femmes) proportionnellement aux autres tranches d'âge : 84 femmes de 26 à 34 ans et 45 femmes de 35 à 44 ans.

La moyenne d'âge de la série (32,11 ans) permet aussi de penser à une sous représentation de la première tranche d'âge, ce, même en tenant compte du fait que ces femmes ont accouché un an plus tôt ; dans ce cas cette moyenne d'âge à la maternité

peut être ramenée à 31,11 ans. Or, les derniers résultats provisoires de l'INSEE indiquent un âge moyen des mères de 29,8 ans[22].

Dans la population interrogée, nous rencontrons 31 % de femmes non fumeuses, 34 % d'anciennes fumeuses. L'ensemble des groupes n° 3, 4 et 5, soient les 48 femmes qui fumaient en début de grossesse, représente 35 % des femmes de l'étude (pourcentage identique chez Jean Perriot).[23]

Dans cette série, 12 % de femmes (33,33 % des fumeuses) : le groupe 3, continuent de fumer durant la grossesse (25 % des fumeuses chez Jean Perriot) et 32 femmes (groupes 4 et 5) arrêtent de fumer durant leur grossesse (23,9 % des femmes de l'étude et 66,66 % des fumeuses).

Dans l'étude de Michel Delcroix[7] en 2000, 28 % des femmes poursuivaient leur tabagisme jusqu'à l'accouchement, chez Jean Perriot[22] , ces chiffres descendent à 25 %.

Ces 33,33 % de femmes fumeuses sont largement supérieurs aux 21,8 % de femmes déclarant fumer au 3ème trimestre de la grossesse dans l'enquête périnatale de 2003[13] .

Ce fort pourcentage de femmes qui poursuivent leur tabagisme jusqu'à l 'accouchement peut peut-être s'expliquer par une déclaration plus objective du tabagisme durant la grossesse favorisée par l'anonymat du questionnaire, le retour par courrier évitant de mettre à mal cet anonymat (il n'y a pas de relation directe avec un enquêteur).

Les femmes sont de mieux en mieux informées des conséquences du tabac pour elles-mêmes et leurs enfants à naître. Elles se culpabilisent de ce tabagisme, de ne pouvoir arrêter de fumer et peuvent minorer leur consommation. Cathy L. Melvin[14] nous montre des pourcentages importants de déclarations inexactes de consommation de tabac : de 28 à 35 % confirmées par des analyses biochimiques.

En raison de la sous-représentation probable de la classe d'âge des 20-25 ans, en raison aussi du pourcentage de retour de cette enquête, il nous apparaît que cette étude ne peut nous apporter qu'un point de vue limité à la population étudiée, non représentatif de la population générale des femmes enceintes du secteur.

- Prise de poids

Nous voyons des écarts très importants dans la prise de poids des différents groupes. Ces écarts de prise de poids sont d'autant plus mis en évidence dans cette étude que les autres critères : âge, parité, vie en couple sont homogènes.

Les prises de poids normales se trouvent chez les femmes qui n'ont jamais fumé et chez les femmes qui continuent à fumer.

Les anciennes fumeuses, elles, ont une prise de poids légèrement supérieure à la moyenne admise pendant la grossesse.

Les femmes qui arrêtent la cigarette pendant la grossesse sans la reprendre après, comme celles qui la reprennent après ont une prise de poids très importante.

Peut-être assistons-nous ici à un cumul de prise de poids : la prise de poids normale liée à la grossesse et un gain additionnel important lié au sevrage tabagique (appétit plus important, appétence aux sucres et aux lipides plus marquée), pouvant être potentialisé par des écarts diététiques classiques durant la grossesse : « manger pour deux » et par une diminution de l'activité physique de ces femmes.

Si nous nous en tenons à une norme de prise de poids durant la grossesse de 12 Kg, le surpoids additonnel moyen représente 5 à 7 Kg, surpoids un peu supérieur aux prises de poids moyennes (3 Kg) survenant dans la moitié des sevrages tabagiques.

- Catégories socio-professionnelles

L'enquête ESCAPAD[1] nous montre que le tabagisme est favorisé par un bas niveau d'études. Juliette S. Kendrick[12] dans son étude mentionne aussi un niveau d'études plus faible comme facteur favorisant le tabagisme durant la grossesse.

Nous retrouvons dans notre échantillon cette influence du niveau d'études : les catégories 2 et 3 sont faiblement représentées chez les fumeuses en début de grossesse. Elles ne se retrouvent pas dans le groupe qui reprend le tabac.

Les fumeuses persistantes relèvent à 31 % de la catégorie 0, à 25 % de la catégorie 5, viennent ensuite les catégories 4 (19 %), 7 (12 %), 3 et 6 (6 %).

Les femmes inactives sont fortement représentées dans le groupe de la reprise tabagique (44 %), nous trouvons ensuite les catégories 4 et 5 (21 %) puis 7 et 9 (7 %).

Lorsque les femmes arrêtent de fumer pour ne pas reprendre dans l'année suivant la naissance de l'enfant, les femmes inactives ne représentent plus que 27 % du groupe, les catégories 3, 4 et 7 représentent 16 % des femmes, puis les catégories 5 et 6 (11 %).

Reprise post-natale du tabac

En ce qui concerne les motifs de la reprise post-natale du tabac, notre échantillon de 14 femmes est très modeste.

Le taux de reprise des fumeuses étudiées est de 43,75 %.

Nous trouvons dans notre étude des données inférieures à celles de la littérature : Loïs A. Fingerhut et al.[17] trouvent 70 % de reprise post-natale dans l'année suivant l'accouchement. Pour Patricia Dolan Mullen et al.[18] 71 % des femmes ont recommencé à fumer 6 mois après l'accouchement.

Les études de Patricia Dolan Mullen et al.[18], de Katrin Röske[19], de Jean Perriot[10] et de Nathalie Lelong[20] nous ont permis de cibler avec précision les motifs de reprise fréquemment avancés par les femmes. Notre objectif d'en faire une étude plus quantitative est atteint, bien que sur un échantillon peu fourni.

Les éléments dominants de cette reprise du tabac, quelque soit le moment de la rechute, sont essentiellement le stress et l'envie de fumer, suivis de près par les sollicitations de l'entourage et le malaise physique. Le sommeil et la fatigue, la prise de poids, l'influence du conjoint puis pour la moitié des femmes la programmation du retour au tabac.

Les résultats que nous avons obtenus dans cet échantillon confirment que pour la moitié de ces femmes le sevrage tabagique est vécu comme une parenthèse dans la vie de la fumeuse, le temps de la grossesse, dans l'intérêt de l'enfant. Le retour au tabac est programmé dans la vie de ces femmes comme dans l'étude de Katrin Röske[19].

Nous retrouvons dans notre étude comme dans celle de P. Dolan Mullen et al.[18] l'importance du stress et du retour au travail dans les facteurs de rechute ; le rôle joué par le tabagisme de l'environnement et du partenaire, le besoin de temps pour soi-même, la prise de poids sont aussi des facteurs favorisants[19].

Le stress est un critère majeur, mentionné par une forte majorité de femmes. Nous le retrouvons dans les études de Patricia Dolan Mullen et al.[18] et Katrin Röske[19] .

Même après un sevrage tabagique de quelques mois, le temps d'une grossesse, les dépendances pharmacologiques et psychologiques sont présentes, puisque nous les retrouvons chez 70 % des femmes. La motivation à protéger son enfant du tabac est puissante tant que la femme est enceinte, en revanche, nous pouvons penser qu'après la naissance, cette motivation diminue fortement, de sorte que le manque de cigarette se fait à nouveau ressentir, ou n'est plus supportable, ce d'autant plus que l'environnement de la femme est fumeur.

Le surpoids[19] fait aussi partie des critères importants pour les femmes. Ces femmes qui, précisément, ont la prise de poids la plus importante durant la grossesse.

Moins de la moitié de ces femmes signalent des difficultés d'ordre psychologiques, de la déprime. Ce sont, malgré tout des points méritant toute notre attention. Selon Jean

Perriot[10], l'usage antidépresseur de la cigarette explique la précocité de la reprise tabagique, dans les quatre premiers mois de l'enfant. Les femmes se sentent-elles moins déprimées dans notre étude parce qu'elles ont recommencé à fumer ?

L'impact de l'arrêt de l'allaitement paraît faible. L'arrêt de l'allaitement influence moins de 30 % de ces femmes à recommencer à fumer. Il est pourtant fortement mis en avant par Patricia Dolan Mullen et al.[18] et Katrin Röske[19]. Nathalie Lelong[20] ne retrouve pas dans son étude de relation significative entre sevrage et retour au tabac. Peut-être est-ce dû à un recours à l'allaitement plus récent et moins fréquent chez les femmes françaises que chez les mères d'outre-Atlantique ou d'Europe du Nord.

Dans notre pratique professionnelle, nous rencontrons régulièrement des femmes qui se posent la question de l'allaitement car elles fument et ont « peur d'empoisonner leur bébé ».

CONCLUSION

L'analyse des données recueillies dans la première partie de cette étude nous permet de penser qu'une vigilance accrue doit être apportée à la prise de poids des femmes enceintes. Si cette prise de poids importante peut générer de nombreuses complications obstétricales, elle peut aussi être l'indicateur d'un sevrage tabagique se compliquant d'une appétance plus marquée et d'un risque de rechute plus important.

Les conditions de vie et la catégorie socio-professionnelle de la femme sont des éléments importants à prendre en compte dans le suivi de la femme enceinte ainsi que son rapport au tabac. La généralisation de « l'entretien prénatal du premier trimestre de la grossesse » devrait pouvoir permettre d'élargir le champ du suivi à ces considérations moins médicales, mais cependant étroitement liées à la santé de la future maman et de son enfant, notamment à la relation au tabac de la femme, de sa famille et de son environnement.

Des indicateurs comme l'âge maternel, la vie en couple, la parité et la prise de poids normale, si nous les retrouvons de façon simultanée tels que mis en évidence dans les résultats du 3ème groupe, peuvent induire une vigilance accrue au statut tabagique de la femme suivie, et, le cas échéant, la proposition d'une prise en charge tabacologique plus adaptée.

Cette évaluation des critères de retour à la cigarette va nous permettre d'élaborer une prévention plus ciblée de la rechute post-natale, tout en améliorant la connaissance que nous avons de nos patientes.

Une attention particulière doit être apportée au stress et à la fatigue dans les suites de couches. Il nous paraît important de dire aux futures mères, dès le suivi de la grossesse (entretien prénatal du premier trimestre de la grossesse et consultations) et dès la préparation à la naissance, sur quel étayage professionnel local elles pourront s'appuyer en rentrant à la maison avec leur bébé, en plus de l'assistance proposée par leur environnement.

Cet étayage peut être apporté par de multiples secteurs professionnel : par les services de PMI, avec leurs médecins, sages-femmes, puéricultrices, consultations de nourrissons, mais aussi, par la médecine libérale, du pédiatre au médecin généraliste en n'oubliant pas les sages-femmes libérales, très sollicitées dans les suivis des nombreuses femmes qui sortent précocément de la maternité. Les aides-ménagères et travailleuses familiales (TISF) peuvent aussi être d'un grand soutien auprès de ces mères fatiguées ou débordées.

Le recours aux haltes-garderies pourrait enfin être plus largement proposé aux mères. Ces structures accueillent, en effet, les jeunes enfants de moins de trois ans. Elles favorisent leur socialisation en leur donnant l'occasion de découvrir la collectivité avec des enfants de leur âge. Ce temps peut être mis à profit par les jeunes mères pour se reposer, se ressourcer, pour favoriser leur développement personnel. Bon nombre de ces mères se culpabilisent à confier leur enfant alors qu'elles ne travaillent pas, à nous de leur faire valoir qu'une mère épanouie par sa journée et détendue va pouvoir se consacrer pleinement à son bébé en le retrouvant. La qualité de leur relation peut s'en trouver enrichie.

Poser systématiquement la question du projet de reprise du tabac aux femmes qui ont arrêté de fumer durant la grossesse, proposer systématiquement une prise en charge tabacologique et diététique durant le sevrage tabagique devrait nous permettre de travailler sur les autres facteurs de risque de rechute, et par là même, d'en diminuer le risque.

Nous conclurons ce mémoire par le message écrit au dos d'un questionnaire et qui nous a beaucoup touchés témoignant des difficultés et de la fragilité de l'arrêt et de son maintien, témoignant aussi des risques encourus par les femmes fumeuses.

« Je fumais depuis l'âge de 12 ans, pendant ma première grossesse j'ai continué à fumer mais en diminuant d'un demi-paquet à 2 à 3 cigarettes par jour. Après la grossesse j'ai repris ma consommation normale en privilégiant le soir après le coucher de ma fille.

Suite à 3 fausses couches et une alerte cérébrale, effet de la prise de pilule pour régler mon cycle, suite aux FC et au tabac : j'ai décidé d'arrêter de fumer. J'ai arrêté du jour au lendemain en prenant des patchs pendant une semaine. J'ai donc eu mes 2 autres enfants sans fumer, mais en continuant les fausses-couches (3 de plus) entre ma deuxième fille et mon fils.

Il m'arrive de temps en temps de prendre une cigarette (2 à 3 fois par an) et j'avoue qu'après 8 ans d'arrêt, surtout l'été, l'envie me reprend.

La « pause » me manque.

Le souvenir est meilleur que la cigarette elle-même.»

BIBLIOGRAPHIE

1 Enquête Escapad 2000-2002, (Beck et Legley 2003)

2 Dr Anne Stoebner-Delbarre, communication au DIU de tabacologie 2007-2008, « le tabagisme et les jeunes »,15/11/2007

3 O D. Garelik, « Femme enceinte, tabac et société », La Lettre du gynécologue 1999, n° 240, p 11-12

4 Sledziewski E. G, Colloque » IRAAT « le tabac en représentation », le 6 décembre 2007

5 McNeill, A.D.. West, R.J.. Jarvis, M., Jackson, P., Bryant, Q. “Cigarette withdrawal symptoms by adolescent smokers”. Psychopharmacology 90(4):533-536, 1986.

6 Conférence de consensus : grossesse et tabac, Lille, 7-8 octobre 2004

7 Michel Delcroix « La grossesse et le tabac » Collection Que sais-je ? Editions PUF

8 Etude sur le tabagisme féminin en Rhone-Alpes, IRAAT, février 2007

9 Haslam C, Draper ES, Goyder E. “The pregnant smoker : social and psychological influences”. Journal of Public Health Medicine 1997; 19:187-192

10 Jean Perriot, « Grossesse, tabagisme et sevrage tabagique : le problème des troubles dépressifs ». Dossiers de l’Obstétrique, mars 2005, n°336, p13-16

11 Andrea C. Gielen, Richard Windsor, Ruth R. Faden, Patricia O’Campo, John Repke, Mary Davis “ Evaluation of smoking cessation intervention for pregnant women in un urban prenatal clinic”. Health Education Research, Vol.12, N°2, 1997, p247-254

12 Juliette S. Kendrick, MD, S. Christine Zahniser, RN, MPH and Al. “Integrating Smoking Cessation into Routine Public Prenatal Care” : The smoking Cessation in Pregnancy Project”. American Journal of Public Health, 1995 ; 85 : 217-222

13 Enquêtes nationales périnatales 1995, 1998, 2003, Inserm, Dress, DGS, Conseils Généraux, DRESS, études et résultats, n° 383, mars 2005

14 Cathy L. Melvin, Ph D, « Le traitement du tabagisme chez les femmes enceintes et les parents », Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, Tabagisme et grossesse / selon les experts

15 G.grangé, A. Borgne, A. Ouazana, J.P L'Huillier,P. Valensi, G. Peiffer, H.J. Aubin, D. Thomas, F. Lebargy, A. El Hasnaoui, " Taux de sevrage tabagique chez la femme enceinte en fonction des trimestres, Gynécologie, Obstétrique et Fertilité N°34, 2006, P1126-1130

16 Haslam C., "Maternal factors, obstétric history and smoking stage of change", Journal of Public Health Medicine, Vol.21, N°2, PP 185-191

17 Loïs A. Fingerhut, MA, Loël C. Kleinman, Ph D, Juliette S. Kendrick, MD "Smoking Before, During and After Pregnancy", American Journal of Public Health, May 1990, Vol. 80, N° 5, p 541-544

18 Patricia Dolan Mullen, Dr PH, Virginia P. Quinn, MPH, Daniel H. Ershoff "Maintenance of Nonsmoking postpartum by Women Who Stopped Smoking During Pregnancy", American Journal of Public Health, August 1990, Vol.80, N°8, p 992-994

19 Kathrin Röske, W. Hannöver, J. Grempler, J.R. Thyrian, H.-J. Rumpf, U. John and U. Hapke, "Post-partum intention to resume smoking", Health Education Research, 2006, Vol.21, N°3, p386-392

20 N. Lelong, M. Kaminski, M. J. Saurel-Cubizolles, M.H. Bouvier-Colle, "Postpartum return to smoking among usual smokers who quit during pregnancy", European journal of public health, 2001, Vol.11, N°3, p334-339

21 C. Willi, G. de Torrenté de la Jara, J. Cornuz, A. Closuit, « Cycles de vie d'une femme et tabac », Revue Médicale Suisse, Numéro : 3072

22 Anne Pla, « Bilan démographique 2007 », Enquêtes et études démographiques, INSEE

23 Jean Perriot, « Tabacologie et sevrage tabagique », Editions John Libbey, p121

ANNEXES

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE "TABAC ET MATERNITE DANS LE VOIRONNAIS"

Votre âge :	Vivez-vous en couple ?	Nombre d'enfants à charge :	Profession :	Prise de poids pendant la grossesse :
..... ans	OUI/NON[1]	..... enfants	.....	.....kg

Avez-vous fumé au moins une fois dans votre vie? OUI/NON[1]. *Si non, arrêt du questionnaire, merci de me le renvoyer.*
Fumiez-vous avant la grossesse ? OUI/NON[1]. *Si non, arrêt du questionnaire, merci de me le renvoyer.*
Avez-vous arrêté de fumer pendant la grossesse ? OUI/NON[1]. *Si non, arrêt du questionnaire, merci de me le renvoyer.*
Avez-vous repris après la grossesse ? OUI/NON[1]. *Si non, arrêt du questionnaire, merci de me le renvoyer.*
Quel âge avait votre bébé au moment de la reprise de la cigarette ? ...

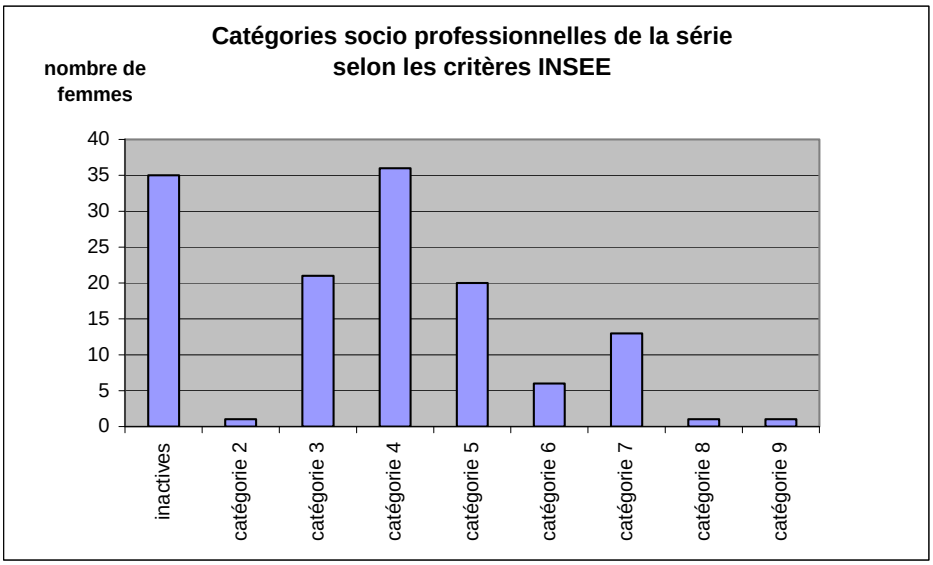
[1] : rayer la mention inutile

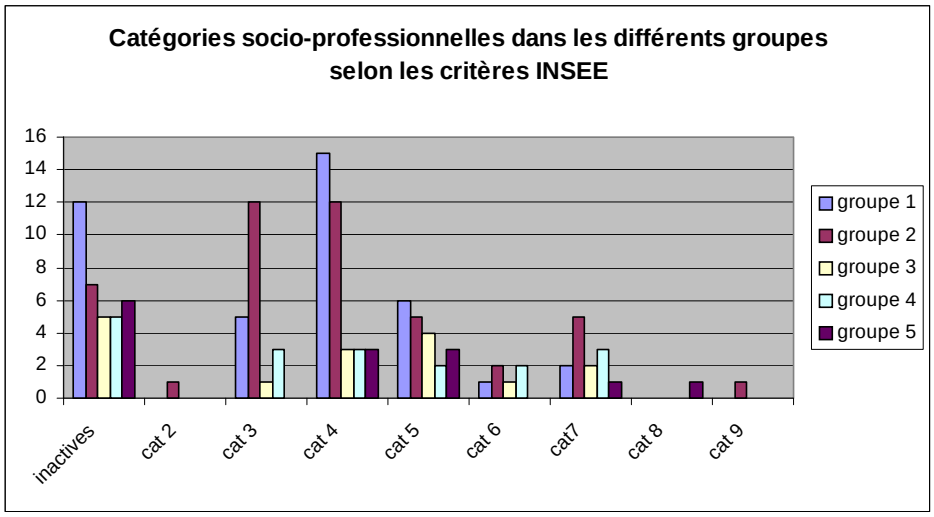
PAR RAPPORT A LA REPRISE DU TABAC APRES LA GROSSESSE,
IL Y A DES FEMMES QUI PENSENT QUE … ET VOUS QU'EN PENSEZ-VOUS

	pas du tout d'accord	pas trop d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
Je manque de confiance en moi				
Je suis triste				
J'ai arrêté d'allaiter, le bébé ne craint plus rien				
Je manque de sommeil				
Je me sens mal dans mon corps				
Je déprime				
J'ai des envies très fortes de fumer				
Je m'ennuie				
Je pensais recommencer à fumer après la naissance				
Je suis fatiguée				
J'ai repris le travail				
J'ai gardé des kilos en trop				
J'ai la responsabilité d'élever un enfant				
La cigarette me permet de faire des pauses				
J'ai des fumeurs dans mon entourage (famille, amis)				
Je suis stressée				
J'ai du mal à comprendre mon enfant				
J'ai moins de forces pour résister à la tentation				
Mon conjoint fume				
Autre (préciser) :				

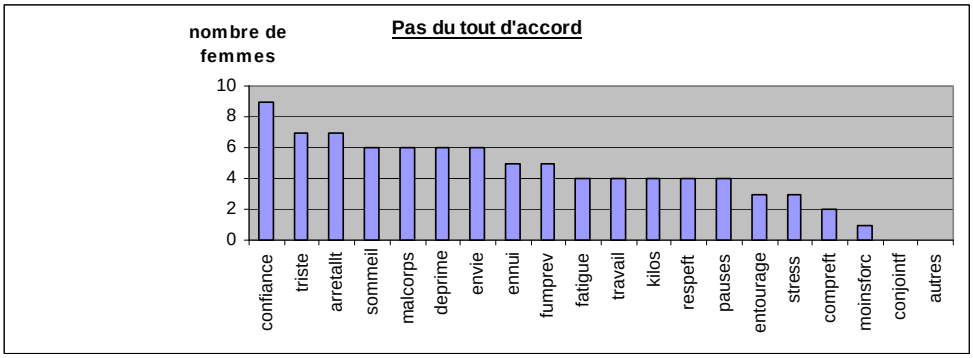
Merci d'avoir participé à cette enquête.

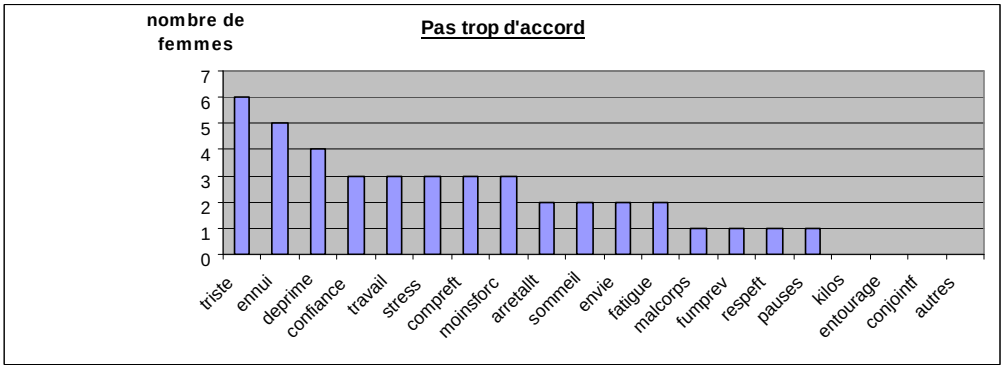
ANNEXE II : CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES DES FEMMES DANS L'ENQUETE

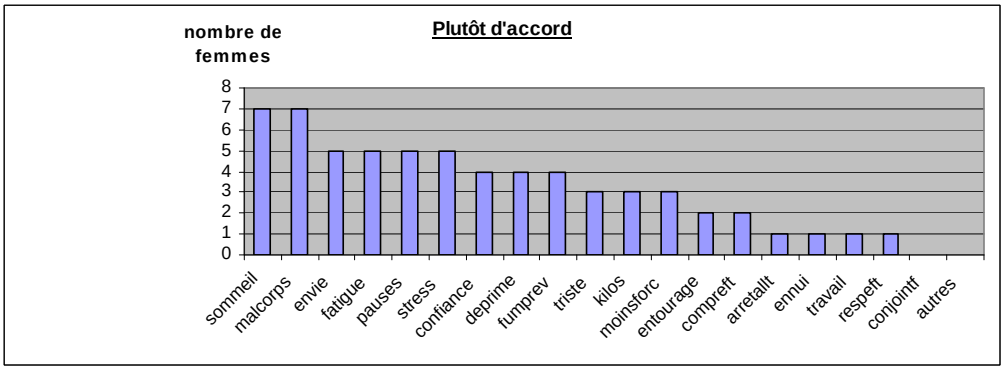


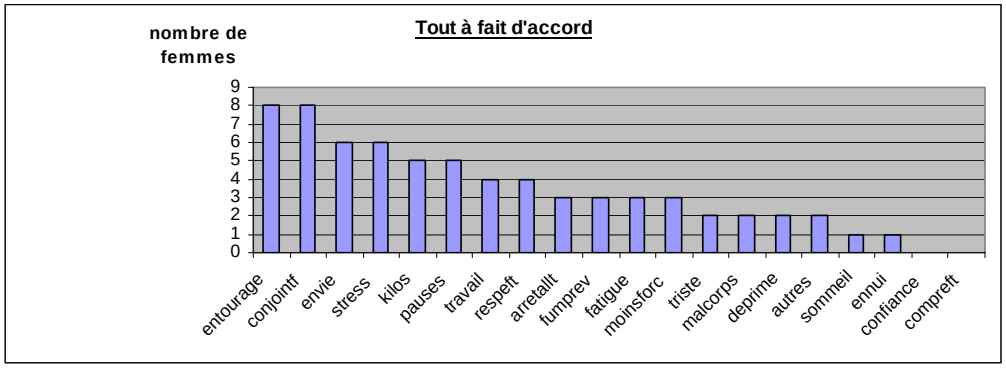


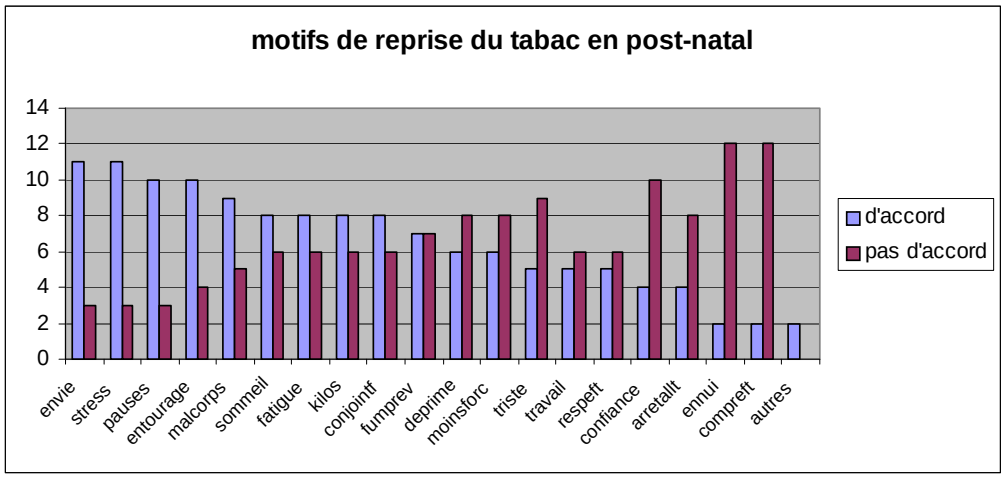
ANNEXE III : MOTIFS DE REPRISE POST-NATALE DU TABAC, RESULTATS



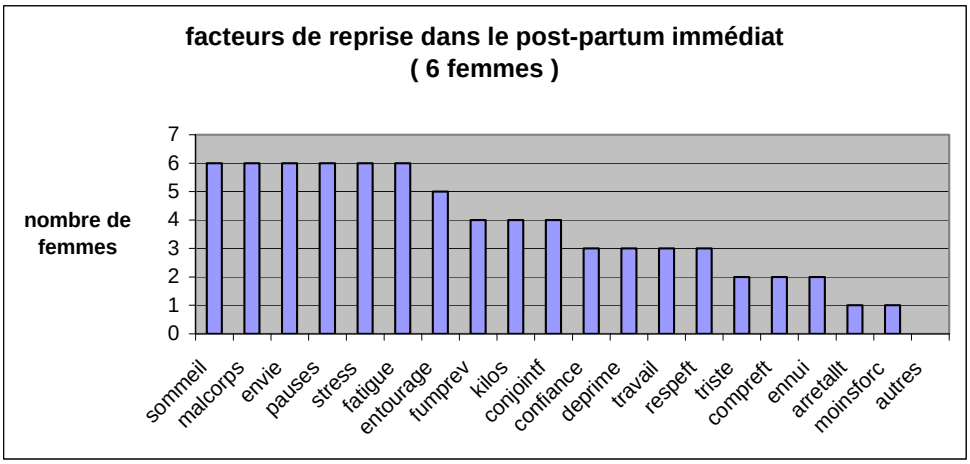


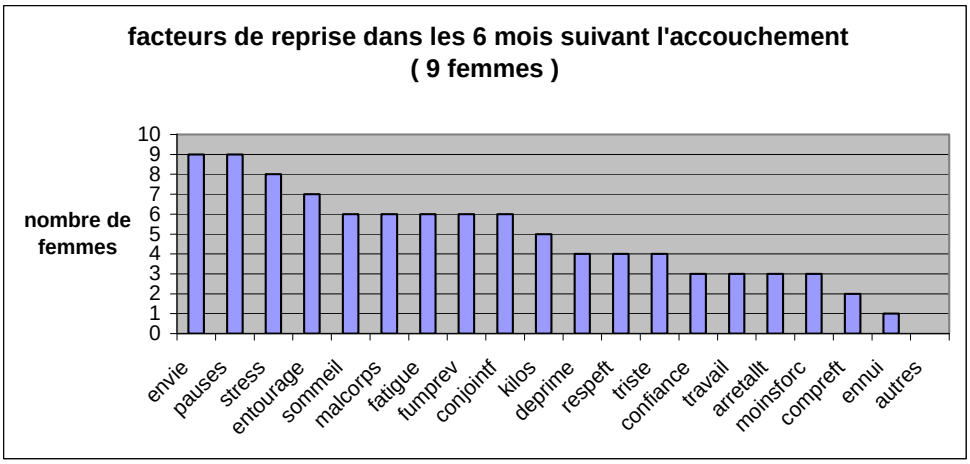


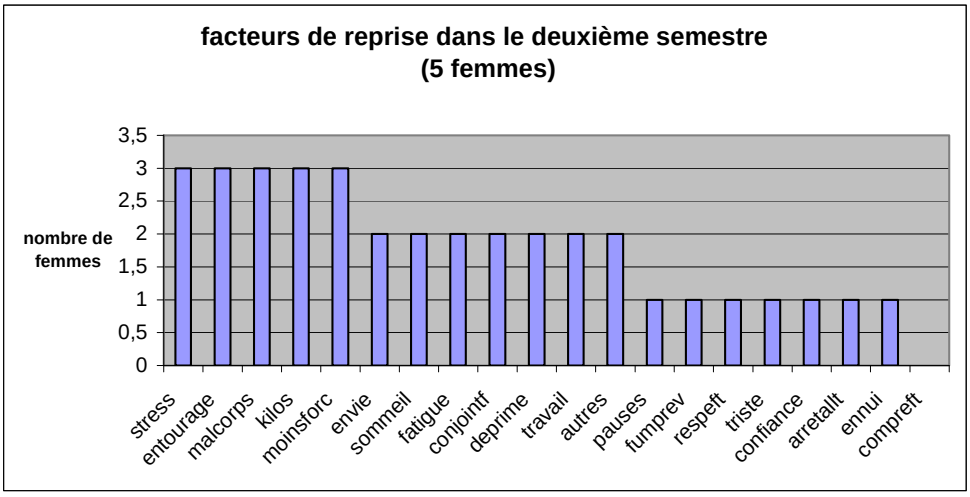

Tout à fait d'accord
nombre de femmes
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
entourage
conjointf
envie
stress
kilos
pauses
travail
respeft
arretallt
fumprev
fatigue
moinsforc
triste
malcorps
deprime
autres
sommeil
ennui
confiance
compreft

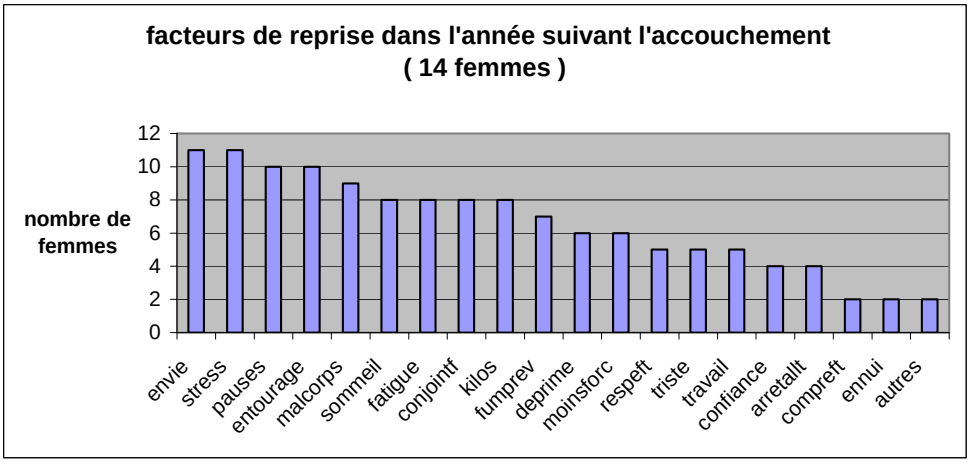

motifs de reprise du tabac en post-natal
14
12
10
8
6
4
2
0
envie
stress
pauses
entourage
malcorps
sommeil
fatigue
kilos
conjointf
fumprev
deprime
moinsforc
triste
travail
respeft
confiance
arretallt
ennui
compreft
autres
d'accord
pas d'accord

ANNEXE IV : FACTEURS DE REPRISE DU TABAC DANS LE POST-PARTUM






facteurs de reprise dans le deuxième semestre
(5 femmes)
nombre de femmes
3,5
3
2,5
2
1,5
1
0,5
0
stress
entourage
malcorps
kilos
moinsforc
envie
sommeil
fatigue
conjointf
deprime
travail
autres
pauses
fumprev
respeft
triste
confiance
arretallt
ennui
compreft


facteurs de reprise dans l'année suivant l'accouchement
(14 femmes)
nombre de femmes
12
10
8
6
4
2
0
envie
stress
pauses
entourage
malcorps
sommeil
fatigue
conjointf
kilos
fumprev
deprime
moinsforc
respeft
triste
travail
confiance
arretallt
compreft
ennui
autres

ANNEXE IV : FACTEURS DE REPRISE DU TABAC DANS LE POST-PARTUM, TABLEAU DES CORRESPONDANCES DES ABREVIATIONS

Je manque de confiance en moi	confiance
Je suis triste	triste
J'ai arrêté d'allaiter, le bébé ne craint plus rien	arretallt
Je manque de sommeil	sommeil
Je me sens mal dans mon corps	malcorps
Je déprime	deprime
J'ai des envies très fortes de fumer	envie
Je m'ennuie	ennui
Je pensais recommencer à fumer après la naissance	fumprev
Je suis fatiguée	fatigue
J'ai repris le travail	travail
J'ai gardé des kilos en trop	kilos
J'ai la responsabilité d'élever un enfant	respeft
La cigarette me permet de faire des pauses	pauses
J'ai des fumeurs dans mon entourage (famille, amis)	entourage
Je suis stressée	stress
J'ai du mal à comprendre mon enfant	compreft
J'ai moins de forces pour résister à la tentation	moinsforc
Mon conjoint fume	conjointf
Autre (préciser) :	autres

LE TABAC DANS LA VIE D'UNE FEMME, SEVRAGE TABAGIQUE PENDANT LA GROSSESSE, FACTEURS DE RISQUE DE REPRISE POST-NATALE DU TABAC

RAPPORT BIBLIOGRAPHIQUE

Françoise PENASSE
DIU de tabacologie 2007-2008
UNIVERSITÉ J. FOURIER, GRENOBLE

INDEX

1. INTRODUCTION **3**

2. QUELQUES NOTIONS CONCERNANT LE TABAGISME FEMININ **3**

3. LA FEMME ENCEINTE FUMEUSE **4**

4. LES FACTEURS INCITATIFS AU SEVRAGE PRENATAL **6**

5. LA RECHUTE POST-NATALE **8**

6. EN CONCLUSION **11**

ANNEXE 1 : Schéma de la dépendance de Prochaska et DiClemente **13**

BIBLIOGRAPHIE **14**

WEBOGRAPHIE **16**

1. INTRODUCTION

Au fil des années, bien que de très nombreuses adolescentes tombent dans le piège du tabac, de plus en plus de femmes arrêtent de fumer spontanément, avant ou durant la grossesse. De même, le nombre de cigarettes fumées au dernier trimestre de la grossesse diminue régulièrement. Il semble que les femmes prennent conscience des dangers du tabac pour elles-même, leur grossesse et leur enfant à naître.

Néanmoins, de grandes difficultés peuvent se rencontrer au moment du sevrage. La femme se trouve là confrontée à une addiction dont elle ne se pensait pas forcément la victime.

Lorsqu'elle a réussi ce sevrage, le risque de retour au tabagisme durant la période post-natale est majeur, la motivation n'étant plus aussi forte, et les facteurs de rechute nombreux.

Il est important de bien connaître ces difficultés lors de l'arrêt prénatal, ainsi que les facteurs de rechute post-natale, afin d'aider les femmes à poursuivre leurs efforts et à réussir un sevrage définitif.

2. QUELQUES NOTIONS CONCERNANT LE TABAGISME FEMININ

L'enquête Escapad 2OOO-2002[1] nous montre que les adolescentes expérimentent tôt la cigarette (l'âge moyen de la première cigarette est de 13,7 ans) et à 18-20 ans 50 % des jeunes femmes fument[2].

Ce tabagisme touche surtout des jeunes filles fragilisées par un environnement social précaire, des difficultés psychologiques, des évènements défavorables dans l'enfance, un bas niveau d'études, des difficultés scolaires ou vivant dans un environnement favorable au tabac[3]. Ces jeunes filles peuvent voir dans le tabagisme un moyen de favoriser leur régulation pondérale. Elles trouvent aussi dans la cigarette un moyen d'émancipation, de rébellion contre l'ordre patriarcal, poussées en cela par une conscience féministe valorisant encore de nos jours le tabagisme[4]. Elles peuvent enfin trouver dans la cigarette une béquille psychologique qui leur apporte une contenance, leur donne la

ressource nécessaire pour aller au devant de leurs pairs et les aide à vivre avec leur timidité, leur anxiété, leur tendance dépressive ou leur mal-être.

Comme 30 à 50 % de ceux qui expérimentent l'usage des cigarettes deviennent des fumeurs réguliers[5] dans les deux années suivant leur initiation, ce tabagisme des adolescentes pose un véritable problème de santé publique.

Selon la Conférence de Consensus : Grossesse et Tabac[6], le tabagisme féminin atteint le quart de la population féminine, tous âges confondus. Sa prévalence chez la jeune femme de 18 à 24 ans est de nos jours très importante : 46% en 2002-2003. Ce tabagisme décroît dès la trentaine et 21,2 % des femmes de 45-54 ans fument quotidiennement[7].

8

3. LA FEMME ENCEINTE FUMEUSE

La grossesse survient chez les jeunes femmes durant la période de leur vie où elles sont le plus vulnérables au tabagisme. Contrairement à ce que l'on peut parfois penser, les femmes enceintes qui persistent à fumer sont informées, pour la plupart, des risques multiples que fait courir leur tabagisme à la grossesse et à la santé du foetus. Elles peuvent, à la demande, citer différentes pathologies gestationnelles induites par le tabagisme. Par contre, elles ne sont pas toujours convaincues, pour elles-mêmes, des dangers du tabac[9].

La grossesse peut paraître un moment privilégié pour arrêter de fumer, la motivation de protéger l'enfant à naître suffisamment puissante pour permettre cet arrêt. Mais pour Jean Perriot, "la grossesse n'est pas une période en soi idéale pour arrêter de fumer"[10]. En effet, la fragilité psychologique durant la grossesse et la prise de poids peuvent être aggravés par le manque, et le sevrage doit faire l'objet d'une attention soutenue et spécialisée durant toute la grossesse, ainsi que dans le post-partum. En 2000, 48% des femmes en âge de procréer fument avant la grossesse, et 28% continuent pendant cette même grossesse[7].

Une étude parue aux Etats-Unis, en 1997[11], nous montre que la moitié des femmes fumeuses n'a pas essayé d'arrêter le tabac pendant la grossesse. Celles qui ont arrêté au 3ème trimestre de la grossesse ont déjà, par le passé, fait au moins trois tentatives de sevrage tabagique et leur niveau de dépendance est inférieur à celui des femmes qui ont continué. 80% des femmes ayant cessé le tabac durant leur gestation, l'ont fait, pour des raisons de santé, suite aux recommandations d'un praticien, sans pour autant vouloir se sevrer définitivement. Enfin, elles mettent en avant l'importance de l'aide apportée par leur entourage, famille et amis.

Toujours aux Etats-Unis, une autre étude recherche les caractéristiques principales de ces groupes de fumeuses[12]. Le jeune âge, un niveau d'instruction inférieur à 12 années de scolarité se retrouvent, ainsi que le célibat. Ce sont aussi, dans 37,6% des cas, des femmes bénéficiaires, en raison de leurs faibles revenus, de soutien social, de bons alimentaires, de programmes d'éducation sanitaire destinés aux femmes enceintes, allaitantes ou ayant des enfants de moins de 5 ans. Dans 46,1% des cas, enfin, il s'agit de leur première grossesse.

En France, les trois dernières enquêtes périnatales nous montrent que la proportion de femmes déclarant fumer au 3ème trimestre de la grossesse diminue régulièrement. La quantité de cigarettes fumées durant ce même troisième trimestre de grossesse se réduit elle aussi :

	1995	1998	2003
Femmes déclarant fumer au 3ème trimestre de la grossesse	25,1%	25%	21,8%
Femmes déclarant fumer 10 cigarettes ou plus par jour au 3ème trimestre de la grossesse	10,9%	10%	8,4%

[13]

Un cinquième des femmes déclare fumer. Pourtant, dans plusieurs études qui ont vérifié la cohérence entre les affirmations des femmes et les analyses biochimiques attestant le tabagisme, citées par Cathy L. Melvin[14] , on trouve des pourcentages non négligeables de déclarations inexactes de consommation tabagique (28 et 35 %). Ces quantités fumées peuvent être sous-estimées car les femmes se culpabilisent de leur tabagisme - le poids du regard social sur la femme enceinte fumeuse est de plus en plus important - et peuvent par conséquent minorer leur consommation.

Malgré leur désir de sevrage, les femmes enceintes ne parviennent pas toutes à se séparer de la cigarette. C'est là, pour beaucoup, la première confrontation à l'addiction : elles se rendent compte que leur projet d'arrêter la cigarette " dès que je suis enceinte " est plus difficile à réaliser que prévu, ce qui provoque mal-être, honte et culpabilité durant la grossesse.

4. LES FACTEURS INCITATIFS AU SEVRAGE PRENATAL

C. Haslam et al. nous montrent que dans les groupes de fumeuses, non fumeuses et ex-fumeuses, la connaissance des risques associés au tabagisme de la femme enceinte est identique[9]. Le désir de protection de l' enfant à naître est certes un puissant moteur pour arrêter de fumer - 45% des femmes arrêtent de fumer dès le projet d' enfant ou en tout début de grossesse[15] - mais il n'est pas suffisant pour aider les femmes à lutter contre la dépendance au tabac dès lors que celle-ci est forte. Les deux-tiers de ces femmes déclarent même douter d'être directement concernées, pour leur santé et pour celle du bébé, par les méfaits du tabagisme prénatal, soit en raison d'un arrêt précoce durant la grossesse, soit car elles pensent qu'il est trop tard pour arrêter, que " les jeux sont faits ", ou encore, parce qu'elles ont l'expérience d'une naissance sans problèmes, bien qu' exposée au tabac.

Elles peuvent aussi relativiser les informations recueillies, pour expliquer la poursuite de leur tabagisme : un bébé de petit poids est parfois présenté comme un avantage au moment de l'accouchement : certaines femmes associent un gabarit de bébé plus petit à une naissance plus facile pour elles-mêmes.

Dans cette étude de C. Haslam et al., il est demandé aux femmes enceintes ce qui, selon elles, pourrait les aider à arrêter le tabac pendant la grossesse :

Facteurs pouvant aider les femmes à arrêter	**% des femmes interrogées**
Rien	36%
L'arrêt du partenaire, de la famille, des amis	21%
La motivation personnelle	12%
Plus d'informations sur comment on peut arrêter	7%
La pression sociale	5%
Savoir que leur propre bébé est en danger	5%
Les traitements substitutifs	3%
Avoir une occupation	3%
La diminution du stress	2%
L'hypnose	2%
L'arrêt des envies impérieuses de fumer	2%
Une motivation financière	2%

Les ex-fumeuses indiquent avoir cessé de fumer à cause de :

- la grossesse (53%)
- leur santé personnelle (16%)
- les nausées (12%)
- des considérations financières (11%)
- ne pas pouvoir fumer au travail (4%)
- la pression exercée par le partenaire (4%)

C. Haslam et al. rapportent aussi que pour Wakefield et al. trois variables sont associées à l'arrêt :

- avoir déjà arrêté le tabac plus d'une semaine
- avoir un partenaire non fumeur

- croire que les enfants de fumeurs ont plus de risques de développer des infections

Dans une autre étude[16], Cheryl Haslam, montre l'influence de la situation de la mère dans le schéma de la dépendance de Prochaska et DiClemente sur le statut tabagique (annexe 1). La majorité des fumeuses régulières de son étude se trouvent dans le premier stade : le stade d'indétermination.

Ces études nous montrent que les motivations principales à l'arrêt du tabac de la femme enceinte sont très étroitement liées au début de la grossesse (dégoût du tabac, santé maternelle, santé de l'enfant à naître), que les pressions sociales, médicales ou du partenaire ont un impact limité. 84% des fumeuses en début de grossesse et qui se sèvrent durant la gestation, sont sevrées durant le premier trimestre, 8,8% au deuxième trimestre et 7,1% pendant le troisième trimestre[15]. Les considérations financières ont elles-aussi un intérêt relatif pour favoriser la démarche vers le sevrage.

Cela nous permet de comprendre pourquoi l'arrêt du tabac pendant la grossesse est un arrêt fragile qui a pour corrolaire un taux de rechute très important durant l'année suivant la naissance.

5. LA RECHUTE POST-NATALE

Pour Loïs A. Fingerhut et al.[17], 70% des femmes ayant arrêté le tabac pendant la grossesse l'ont repris dans l'année suivant l'accouchement. Les taux de rechute sont plus importants pour les femmes qui ont arrêté la cigarette tardivement durant la grossesse (elles sont 81% à rechuter) que pour celles qui ont arrêté dès qu'elles ont su qu'elles étaient enceintes (66% de rechutes). La probabilité de retour au tabac est supérieure pour les femmes jeunes, les grosses fumeuses (plus d'un paquet par jour) avant d'être enceintes, et celles qui ont arrêté tardivement dans la grossesse.

Parmi ces femmes, 27% reprennent très précocément dans le 1er mois du post-partum, 52% dans les 4 premiers mois du post-partum. 87% des femmes fumant avant la grossesse, fument à nouveau un an après l'accouchement et un

an après l'accouchement encore, on retrouve les mêmes proportions de fumeuses selon les critères d'âge, de statut matrimonial, de niveau scolaire qu'avant la grossesse.

Pour Patricia Dolan Mullen et al.[18], 36% des femmes suivies dans son étude recommencent à fumer à la fin de la sixième semaine de post-partum, 43% rechutent à la fin du 3ème mois du post partum et 71% au bout des 6 mois.
Les causes retrouvées sont :

- le retour au travail
- la reprise de boissons alcoolisées ou de café
- le stress
- l'arrêt de l'allaitement.

Il est aussi intéressant de se pencher sur les intentions de reprise du tabac que les femmes avancent pendant la grossesse ou dans le post-partum.[19]
Les femmes qui ont l'intention de reprendre en post-partum :

- sont légèrement plus âgées que les autres au moment où elles commencent à fumer régulièrement
- fument depuis moins longtemps que les autres
- fument moins de cigarettes par jour
- ont arrêté plus tard dans la grossesse
- ont une dépendance à la nicotine plus faible
- ne recherchent pas d'aide pour maintenir leur arrêt

Ces femmes rechutent dans 77% des cas (vs 45% pour celles qui ne souhaitent pas recommencer). Selon les auteurs, l'intention de reprendre le tabac en post-partum est le facteur le plus prédictif de la reprise à 1 an après l'accouchement. Il faut noter qu'une femme sur dix ayant réussi à cesser de fumer pendant la grossesse a l'intention de recommencer après la naissance. Poser la question du désir de reprise permet donc d'identifier les groupes à haut risque de rechute. Les auteurs pensent que ces femmes sont des fumeuses plus modérées qui perçoivent par conséquent des risques plus faibles. Les femmes n'ayant pas l'intention de reprendre pourraient être des grosses fumeuses,

contentes de s'être débarassées du tabac. Mais elles doivent aussi bénéficier de soutien car leur taux de rechute est de 45%.

Enfin, dans cette étude, nous pouvons noter que, dans les deux groupes confondus (femmes ayant l'intention de reprendre le tabac et femmes ne le souhaitant pas), les taux de rechute sont de 50%, 6 mois après l'accouchement, et de 80% à un an.

Commentaire [f1]: Vérifier global

Les motifs de rechute retrouvés sont :

- le stress occasionné par les soins au nouveau-né
- l'arrêt de l'allaitement
- le tabagisme du partenaire ou de l'environnement
- les pressions sociales
- la reprise de boissons alcoolisées ou de café
- des situations à haut risque de reprise
- le besoin de temps pour soi-même
- être" sous-pression " à cause des enfants, la multiparité
- le besoin de se détendre
- la prise de poids

La dépression du post-partum, souvent peu dépistée, fait aussi partie des facteurs de risque de retour vers le tabagisme durant cette période post-natale[10]. Le "baby blues" ou la dépression post-natale peuvent expliquer la précocité de cette reprise tabagique, dans les quatre premiers mois du post-partum, la femme déprimée trouvant dans les cigarettes une automédication antidépressive.

Pour N. Lelong[20], la quantité de cigarettes fumées avant la grossesse n'est pas prédictive de la rechute de même qu'on ne trouve pas de relations significatives entre les données socio-démographiques des femmes, la préparation à la naissance, l'allaitement et la reprise du travail. Il en est encore ainsi pour les conditions de naissance (césarienne), l' état de santé de l'enfant (poids inférieur à 2500g), son admission dans un service de néonatalogie ou sa réhospitalisation. Par contre, le taux de rechute est significativement plus élevé lorsque le conjoint fume. 50 à 67% des partenaires des femmes enceintes

fumeuses sont eux-mêmes fumeurs. La femme risque trois fois plus de rechuter dans le post-partum lorsque son partenaire est fumeur[21].

6. EN CONCLUSION

Cette recherche bibliographique nous montre que les motifs d'arrêt prénatal du tabac et les causes de rechute post-natale sont étoitement liés et centrés sur la grossesse.

Ce sevrage est difficile pour beaucoup. Il est souvent vécu comme une parenthèse dans le tabagisme, dont l'objectif principal est de protéger l'enfant à naître, avec pour corrolaire une reprise post-natale souvent précoce, parfois différée le temps de l'allaitement. Le tabacologue se doit d'en connaître toutes les fragilités, afin de pouvoir apporter une aide soutenue tout au long de la grossesse et durant l'année suivant l'accouchement.

Afin d'optimiser la prise en charge des femmes enceintes, il paraît très important de construire autour d'elles un réseau multi-disciplinaire pour les accompagner et les aider dans leur projet de maternité sans tabac. Le noyau de ce réseau de professionnels pourrait être formé par le médecin généraliste, l'obstétricien, la sage-femme et le tabacologue, s'élargissant à la diététicienne, l'assistante sociale, la conseillère en économie sociale et familiale, la puéricultrice, au pédiatre, au psychologue, au psychiatre et à tout autre professionnel dont la compétence s'avère nécessaire.

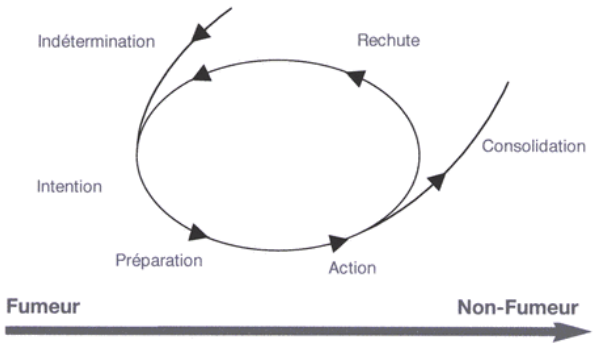
Un tel étayage permettrait une prise en charge au long cours, diminuant ainsi les risques de rechute post-natale et l'impact du tabagisme actif et passif sur la santé familiale. Cette prise en charge devrait aussi être proposée au conjoint, qui par son comportement vis-à-vis du tabac, peut faciliter l'arrêt ou au contraire rendre les efforts de sevrage plus difficiles, et qui peut être un acteur modérant ou non le risque de rechute.

Il semble que ces actions auprès des femmes enceintes sont d'autant plus importantes qu'elles touchent des femmes jeunes, avec un nombre relativement limité d'années d'intoxication tabagique. Ces actions permettraient une prévention sanitaire non seulement auprès de ces femmes mais aussi, par ricochet, en direction de leurs familles et de leur environnement social. Elles

induiraient aussi une prévention précoce du tabagisme des enfants et des adolescents qui grandiraient dans un milieu moins favorable au tabac.

La femme enceinte peut donc être le pivot d'une politique de prévention de santé publique concernant l'intoxication tabagique.

ANNEXE 1 : SCHÉMA DE LA DÉPENDANCE DE PROCHASKA ET DICLEMENTE



BIBLIOGRAPHIE

1 Enquête Escapad 2000-2002, (Beck et Legley 2003)

2 Dr Anne Stoebner-Delbarre, communication au DIU de tabacologie 2007-2008, « le tabagisme et les jeunes »,15/11/2007

3 O D. Garelik, « Femme enceinte, tabac et société », La Lettre du gynécologue 1999, n° 240, p 11-12

4 Sledziewski E. G, Colloque » IRAAT « le tabac en représentation », le 6 décembre 2007

5 McNeill, A.D.. West, R.J.. Jarvis, M., Jackson, P., Bryant, Q. “Cigarette withdrawal symptoms by adolescent smokers”. Psychopharmacology 90(4):533-536, 1986.

6 Conférence de consensus : grossesse et tabac, Lille, 7-8 octobre 2004

7 Michel Delcroix « La grossesse et le tabac » Collection Que sais-je ? Editions PUF

8 Etude sur le tabagisme féminin en Rhone-Alpes, IRAAT, février 2007

9 Haslam C, Draper ES, Goyder E. “The pregnant smoker : social and psychological influences”. Journal of Public Health Medicine 1997; 19:187-192

10 Jean Perriot, « Grossesse, tabagisme et sevrage tabagique : le problème des troubles dépressifs ». Dossiers de l’Obstétrique, mars 2005, n°336, p13-16

11 Andrea C. Gielen, Richard Windsor, Ruth R. Faden, Patricia O’Campo, John Repke, Mary Davis “ Evaluation of smoking cessation intervention for pregnant women in un urban prenatal clinic”. Health Education Research, Vol.12, N°2, 1997, p247-254

12 Juliette S. Kendrick, MD, S. Christine Zahniser, RN, MPH and Al. „Integrating Smoking Cessation into Routine Public Prenatal Care : The smoking Cessation in Pregnancy Project”. American Journal of Public Health, 1995 ; 85 : 217-222

13 Enquêtes nationales périnatales 1995, 1998, 2003, Inserm, Dress, DGS, Conseils Généraux, DRESS, études et résultats, n° 383, mars 2005

14 Cathy L. Melvin, Ph D, « Le traitement du tabagisme chez les femmes enceintes et les parents », Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, Tabagisme et grossesse / selon les experts

15 G.grangé, A. Borgne, A. Ouazana, J.P L'Huillier,P. Valensi, G. Peiffer, H.J. Aubin, D. Thomas, F. Lebargy, A. El Hasnaoui, " Taux de sevrage tabagique chez la femme enceinte en fonction des trimestres, Gynécologie, Obstétrique et Fertilité N°34, 2006, P1126-1130

16 Haslam C., "Maternal factors, obstétric history and smoking stage of change", Journal of Public Health Medicine, Vol.21, N°2, PP 185-191

17 Loïs A. Fingerhut, MA, Loël C. Kleinman, Ph D, Juliette S. Kendrick, MD "Smoking Before, During and After Pregnancy", American Journal of Public Health, May 1990, Vol. 80, N° 5, p 541-544

18 Patricia Dolan Mullen, Dr PH, Virginia P. Quinn, MPH, Daniel H. Ershoff "Maintenance of Nonsmoking postpartum by Women Who Stopped Smoking During Pregnancy", American Journal of Public Health, August 1990, Vol.80, N°8, p 992-994

19 Kathrin Röske, W. Hannöver, J. Grempler, J.R. Thyrian, H.-J. Rumpf, U. John and U. Hapke, "Post-partum intention to resume smoking", Health Education Research, 2006, Vol.21, N°3, p386-392

20 N. Lelong, M. Kaminski, M. J. Saurel-Cubizolles, M.H. Bouvier-Colle, "Postpartum return to smoking among usual smokers who quit during pregnancy", European journal of public health, 2001, Vol.11, N°3, p334-339

21 C. Willi, G. de Torrenté de la Jara, J. Cornuz, A. Closuit, « Cycles de vie d'une femme et tabac », Revue Médicale Suisse, Numéro : 3072

WEBOGRAPHIE

1 F. Beck, S. Legleye, S. Spilka, Enquête Escapad 2000-2002, Tendances septembre 2006.
HTTP://WWW.OFDT.FR/BDD/PUBLICATIONS/DOCS/EFTXFBM9.PDF

6 Conférence de consensus : grossesse et tabac, Lille, 7-8 octobre 2004.
HTTP://WWW.ACADEMIE-MEDECINE.FR/USERFILES/FILE/RAPPORTS_THEMATIQUES/TABAC/GROSSESSE_TABAC_COURT.PDF

8 Etude sur le tabagisme féminin en Rhone-Alpes, IRAAT, février 2007.
HTTP://WWW.CRAES-CRIPS.ORG/PUBLICATIONS/2007/ETUDE_TABAGISME_FEMME.PDF

9 C. Haslam, E. S. Draper and E. Goyder "The pregnant smoker: a preliminary investigation of the social and psychological influences".

http://jpubhealth.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/2/187

11 Andrea C. Gielen, Richard Windsor, Ruth R. Faden, Patricia O'Campo, John Repke, Mary Davis " Evaluation of smoking cessation intervention for pregnant women in un urban prenatal clinic".
http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/12/2/247

12 Juliette S. Kendrick, MD, S. Christine Zahniser, RN, MPH and Al. "Integrating Smoking Cessation into Routine Public Prenatal Care : The smoking Cessation in Pregnancy Project".
http://www.ajph.org/cgi/reprint/85/2/217

13 Cathy L. Melvin, Ph D, « Le traitement du tabagisme chez les femmes enceintes et les parents », Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, Tabagisme et grossesse / selon les experts.

http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/MelvinFRxp.pdf

16 Haslam C., “Maternal factors, obstétric history and smoking stage of change”.
http://jpubhealth.oxfordjournals.org/cgi/reprint/21/2/185

17 Loïs A. Fingerhut, MA, Loël C. Kleinman, Ph D, Juliette S. Kendrick, MD, “Smoking Before, During and After Pregnancy”.
http://www.ajph.org/cgi/reprint/80/5/541

18 Patricia Dolan Mullen, Dr PH, Virginia P. Quinn, MPH, Daniel H. Ershoff “Maintenance of Nonsmoking postpartum by Women Who Stopped Smoking During Pregnancy”.
http://www.ajph.org/cgi/reprint/80/8/992

19 Kathrin Röske, W. Hannöver, J. Grempler, J.R. Thyrian, H.-J. Rumpf, U. John and U. Hapke, “Post-partum intention to resume smoking”.
http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/cyh069v1

20 N. Lelong, M. Kaminski, M. J. Saurel-Cubizolles, M.H. Bouvier-Colle, “Postpartum return to smoking among usual smokers who quit during pregnancy”.
http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/reprint/11/3/334.pdf

21 C. Willi, G. de Torrenté de la Jara, J. Cornuz, A. Closuit, « Cycles de vie d’une femme et tabac », Revue Médicale Suisse, Numéro : 3072.
http://www.revmed.ch/print.php3?sid=31475