UNIVERSITE PARIS 11

FACULTE DE MEDECINE PARIS-SUD

MEMOIRE

Pour le

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE DE TABACOLOGIE ET D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE

Le comportement tabagique avant et pendant la grossesse prédit-il le comportement après la grossesse ?

Par le Dr Marie-Arielle DELEVOYE

Année 2010-2011

A mes enseignants de ce diplôme universitaire, en particulier au Professeur Ivan Berlin et au Professeur Henri-Jean Aubin, avec tous mes remerciements pour leurs cours très didactiques et pour leur grande présence dans l'animation et l'encadrement de cet enseignement.

A mes collègues médecins du travail et infirmières du travail qui ont accepté de participer à l'enquête présentée dans ce mémoire, avec tous mes remerciements pour leur aide, qu'ils soient tous assurés de la grande satisfaction que j'éprouve à travailler en équipe avec eux.

A Elodie et Anne pour leurs précieux conseils.

A Philippe, avec tous mes remerciements pour son aide, sa patience et ses grandes compétences informatiques.

SOMMAIRE

1 Introduction 5

2 Les conséquences du tabagisme gravidique 6

3 Epidémiologie du tabagisme chez la femme et en particulier la femme enceinte 10

4 Prise en charge des femmes enceintes fumeuses et recommandations pour l'aide au sevrage tabagique de la femme enceinte 16

5 Présentation de l'étude et de ses objectifs 22

6 Matériel et méthode 24

6.1 Population étudiée 24

6.2 Questionnaire 24

6.3 Recueil et analyse statistique des informations 25

7 Résultats 26

7.1 Description de la population 26

7.2 Fréquence du tabagisme chez les femmes avant la grossesse 26

7.3 Fréquence du tabagisme chez les femmes pendant la grossesse 28

7.4 Fréquence du tabagisme chez les femmes après la grossesse 29

7.5 Comparaison de la consommation tabagique en début de grossesse, pendant la gestation et à distance de l'accouchement. 32

8 Discussion 37

9 Conclusion 43

10 Bibliographie 44

11 ANNEXE 47

Table des illustrations

Figure 1 – Proportions de fumeurs quotidiens de tabac en 2010, suivant l'âge et le sexe 11

Figure 2 – Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les femmes (15-75 ans) 12

Figure 3 – Proportion de femmes fumant pendant leur grossesse, enquÊte 2003 13

Figure 4 – Proportion de femmes fumant en 2003 en France métropolitaine selon CSP 14

Figure 5 – Statut tabagique des femmes au moment du diagnostic de grossesse 27

Figure 6 – Statut tabagique des femmes pendant la grossesse 29

Figure 7 – Statut tabagique des femmes après le grossesse 31

Figure 8 – Détail du statut tabagique des femmes après le grossesse 31

Figure 9 – Statuts tabagiques au début de la grossesse et évolution pendant et après la grossesse 34

Figure 10 – Statuts tabagiques pendant la grossesse et leur évolution après la grossesse 35

1 INTRODUCTION

Les femmes sont entrées dans le tabagisme environ 50 ans après les hommes et leur consommation de tabac a régulièrement et rapidement augmenté depuis 1940. Les femmes fument plus, commencent plus jeunes et quittent plus difficilement le tabac. Malgré un léger ralentissement de leur consommation dans les années 1990, le pourcentage de femmes qui fument en début de grossesse est évalué actuellement à 35 %. Les risques de l'intoxication tabagisme sur le fœtus et sur le déroulement de la grossesse sont maintenant clairement établis et connus du grand public. Les femmes font d'ailleurs l'objet d'une très grande pression sociale pour l'arrêt du tabac pendant leur grossesse. Cette culpabilisation peut entrainer parfois chez certaines un phénomène de réactance qui est contre-productif. Un grand nombre de femmes enceintes fumeuses tentent cependant de s'arrêter, notamment au cours du premier trimestre de leur grossesse. Un tiers des femmes enceintes parvient à arrêter leur consommation. Ces sevrages sont souvent difficiles et nécessitent parfois une prise en charge spécialisée. Malgré les efforts de ces femmes pour aboutir à l'arrêt de leur consommation de tabac, il semble que bon nombre d'entre elles reprennent leur consommation tabagique après l'accouchement dans un délai plus ou moins court.

En tant que médecin du travail, c'est une constatation que je fais régulièrement. En effet, toutes les femmes salariées ne sont pas vues systématiquement en visite médicale du travail au cours de leur grossesse. Par contre, la visite médicale après le congé de maternité est systématique au moment de la reprise de l'activité professionnelle. Le tabagisme est un point que j'aborde systématiquement dans ce cadre. J'ai pu observer que la plupart des femmes fumeuses ont tenté avec plus ou moins de succès de diminuer, voire d'arrêter leur consommation tabagique. Au moment de leur reprise du travail, la plupart d'entre elles a repris sa consommation antérieure. Il m'a semblé intéressant d'étudier plus en détail ce phénomène, de l'objectiver et de comparer cette reprise du tabagisme chez ces femmes qui se sont arrêtées en début de grossesse avec le maintien ou non de l'abstinence des femmes qui ont arrêté leur tabagisme avant, voire bien avant leur grossesse.

2 LES CONSEQUENCES DU TABAGISME GRAVIDIQUE

De multiples agents responsables

La toxicité maternelle et fœtale du tabac est liée à des propriétés hypoxémiantes, carcinogènes, mutagènes, neurotoxiques et à des actions hormonales. La fumée de cigarette comprend plus de 4 000 composés parmi lesquels le CO, la nicotine, les hydrocarbures polyaromatiques et les métaux lourds (dont le cadmium) qui sont susceptibles d'interférer avec la possibilité de concevoir un enfant et le déroulement normal de la grossesse et de l'accouchement. Le tabac retentit dès la fécondation, puis tout au long de la grossesse.

Le rôle particulier du monoxyde de carbone

Le monoxyde de carbone de la fumée de cigarette inhalée par la mère a un rôle particulièrement important dans l'impact du tabagisme sur le déroulement de la grossesse et le développement du fœtus. En effet, il traverse la barrière hémato-placentaire, passe dans le trophoblaste et le placenta et se fixe sur l'hémoglobine fœtale. L'hémoglobine fœtale a une affinité accrue pour le monoxyde de carbone par rapport à l'hémoglobine maternelle, avec une dissociation de l'HbCO fœtale trois fois plus lente (demi-vie de 12 heures) que celle de l'HbCO maternelle (demi-vie de 4 heures). Les taux d'HbCO sont environ 2 fois plus élevés chez le fœtus que chez la mère. Cette affinité pour le monoxyde de carbone entraine une hypoxie maternelle et fœtale chronique.

Une diminution de la fertilité

Chez la femme, le tabagisme est responsable de dysménorrhée, de cycles irréguliers ou courts et diminue la fécondité [1]. Il allonge le délai pour le début de grossesse à l'arrêt des contraceptifs, jusqu'à 60 % chez les femmes fumeuses [2]. Les femmes fumeuses sont deux fois plus nombreuses à être infertiles que les femmes non-fumeuses, mais les effets néfastes sur la fertilité sont dose-dépendants et sont réversibles à l'arrêt du tabac.

Il a été montré également lors de fécondation in vitro que le taux d'implantation des embryons était nettement inférieur chez les fumeuses (6,7 %) que chez les non-fumeuses (16,4 %) ou les ex-fumeuses (15,9 %) pour des femmes d'âge identique et pour un nombre d'embryons transférés similaires [3]. Les toxiques de la fumée de tabac altèrent la réponse ovarienne à la stimulation de l'ovulation avec un taux d'œstradiol inférieur chez les femmes fumeuses.

Une augmentation du taux de grossesses extra-utérines

Le tabagisme augmente le risque de grossesse extra-utérine (GEU) de plus de 75 à 100 % avec une relation dose-effet. Le tabac est un facteur de risque de GEU plus important que les maladies sexuellement transmissibles [4]. Chez la femme fumeuse consommant plus de 30 cigarettes par jour, le risque de grossesse extra-utérine est multiplié par 5. Les mécanismes retenus pour expliquer l'augmentation de ce risque

sont : une diminution des battements ciliaires tubaires, une altération de la contractilité tubaire et une altération de l'adhésion de l'ovocyte au pavillon tubaire.

Une augmentation du taux de fausses couches spontanées

Le taux de fausses couches serait augmenté d'au moins 50 % en cas de tabagisme actif [5]. Cette augmentation des avortements spontanés est difficile à mettre en évidence en raison de facteurs de confusions tels que l'alcool et la caféine. Des causes diverses sont évoquées : des ovocytes de moins bonne qualité, des altérations portant sur la première division méiotique in utéro et une augmentation des diploïdies.

Un risque accru d'accouchement prématuré

Le taux d'accouchement prématuré (accouchement avant 37 semaines d'aménorrhée) serait également augmenté dans la plupart des études avec un risque relatif de 1,3 à 1,5 et la durée de gestation serait raccourcie en moyenne de 2 jours chez les femmes fumeuses par rapport aux non fumeuses. Cette différence de durée de gestation semble faible, mais il y a une surreprésentation des femmes fumeuses dans la population des femmes ayant accouché avant 32 semaines d'un enfant en grande prématurité, avec un risque élevé de troubles neurocomportementaux et de handicaps psychomoteurs. L'étude suédoise de K Källen [6] montre un lien dose dépendant entre la prématurité et la consommation tabagique et retrouve un risque relatif de grande prématurité (naissance avant 32 semaines d'aménorrhée) de 1,69 contre 1,41 pour une consommation maternelle de plus de 10 cigarettes par jour versus une consommation de moins de 10 cigarettes par jour et un risque relatif de prématurité (naissance entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée) de 1,42 contre 1,18 pour une consommation quotidienne de plus de 10 cigarettes versus une consommation de moins de 10 cigarettes par jour.

Pour les femmes qui ont cessé de fumer avant la grossesse, le risque d'accouchement prématuré est identique à celui des femmes qui n'ont jamais fumé [7].

Une augmentation des accidents placentaires du troisième trimestre de la grossesse

La fréquence des accidents placentaires est augmentée chez la femme fumeuse et en particulier celle de l'hématome rétro placentaire (risque relatif estimé entre 1,6 et 2,4) [8] et celle du placenta prævia (risque relatif estimé entre 1,5 et 1,6).

Un risque de mort fœtale in utéro

Le risque de mortalité in utéro serait multiplié par deux chez la femme fumeuse. 10 % des morts fœtales in utéro seraient attribuables au tabac, le risque étant dose-dépendant et majoré par l'âge de la mère supérieur à 35 ans [9].

Des anomalies plus fréquentes du rythme cardiaque fœtal

Les anomalies du rythme cardiaque fœtal sont plus fréquentes chez la femme fumeuse. Elles s'aggravent au moment de l'accouchement [10]. Leur fréquence augmente parallèlement avec la mesure du taux maternel de monoxyde de carbone expiré. Elle est deux fois et demi plus importante pour des valeurs de monoxyde de carbone expiré comprises entre 6 à 10 ppm et quatre fois plus importante pour des valeurs de 20 ppm [11].

Une augmentation du taux de césariennes

Une étude autrichienne retrouve un excès de césariennes pour les femmes fumant plus de 20 cigarettes par jour [12].

Un retard de croissance intra-utérin

Le retard de croissance intra-utérin est l'effet le plus connu du retentissement du tabagisme sur la grossesse. Le retard porte sur la taille, le poids et les autres mesures anthropométriques. C'est surtout lors du troisième trimestre que le tabagisme retentit sur le retard de croissance du fœtus [13].

Ce retard a un mécanisme multifactoriel dont les principaux en cause sont : une diminution du flux utérin, l'hypoxie entrainée par le monoxyde de carbone, l'augmentation de la résistance du flux sanguin au doppler ombilical, une diminution du taux plasmatique de la protéine IGF (insulin-like growth factor), une altération de la membrane villositaire d'échange placentaire, une accumulation de cadmium dans le placenta et des facteurs génétiques. La diminution du poids de naissance est proportionnelle à la quantité de cigarettes fumées quotidiennement. La sévérité du retard de croissance est directement liée au degré d'intoxication par le monoxyde de carbone de la fumée de tabac. On observe une réduction de 750 grammes du poids de naissance lorsque le monoxyde de carbone dans l'air expiré maternel au moment de l'accouchement est supérieur à 20 ppm [14].

Une étude rétrospective portant sur près de 20 000 enfants britanniques [15] a mis en évidence une association entre le niveau de consommation tabagique pendant la grossesse et le poids de naissance, avec une différence moyenne de 100 grammes pour les fumeuses de 1 à 10 cigarettes par jour, de près de 200 grammes pour les fumeuses de 11 à 20 cigarettes par jour et de près de 300 grammes pour les fumeuses de plus de 20 cigarettes par jour.

Une susceptibilité génétique existe, ce qui explique que tous les enfants exposés in utéro au tabac ne soient pas hypotrophes. Le génotype de certaines enzymes permettant le métabolisme et la détoxification de certains produits toxiques est en lien avec l'impact de la consommation maternelle tabagique sur le poids de naissance de l'enfant. Ainsi, le génotype du cytochrome P1 A2 et de la gluthathione S transférase Théta 1 (GSTT1) modifie l'association entre la réduction du poids de naissance et la consommation tabagique maternelle [16]. De même, une délétion sur le gène fœtal de la GSTT1 augmente significativement et spécifiquement les effets du tabagisme maternel sur le poids de naissance de l'enfant [17].

Un risque augmenté de malformations fœtales

Des fentes labiales et labiopalatines, des malformations réductionnelles des membres et des laparoschisis sont plus fréquentes chez les enfants de mères fumeuses [18]. Le risque de malformations augmente avec la polytoxicomanie.

Un risque accru de mort subite du nourrisson

Le risque de mort subite du nourrisson est augmenté par deux si la mère fume pendant la grossesse et après la naissance. L'exposition du fœtus in utéro au monoxyde de carbone entrainerait des modifications dans le système nerveux central qui prédisposeraient à la mort subite du nourrisson [19].

Un lien entre l'obésité infantile et l'exposition tabagique in utéro

Le risque de surpoids chez l'enfant (RR de 1,50 avec un intervalle de confiance de 95 % : 1,35-1,65) ou d'obésité infantile (RR de 1,52 avec un intervalle de confiance de 95 % : 1,36 -1,70) [20] et le risque de diabète de type II à l'âge adulte [21] sont augmentés par l'exposition tabagique in utéro.

Un risque accru de pathologies psychiatriques chez l'enfant lié au tabagisme durant la grossesse

Un risque relatif de troubles mentaux de 1,55 pour un tabagisme maternel inférieur à 10 cigarettes par jour et de 1,87 pour un tabagisme maternel supérieur à 10 cigarettes par jour a été mis en évidence [22]. Ces pathologies mentales dont le risque est accru par le tabagisme maternel sont multiples : les troubles du déficit de l'attention et l'hyperactivité chez l'enfant [23], les troubles des conduites surtout chez l'adolescent garçon [24], et chez l'adulte, une augmentation des états dépressifs, une augmentation des comportements de violence et de délinquance [25] et enfin une augmentation du tabagisme [26] et de la dépendance aux drogues.

Une augmentation des infections des voies aériennes durant la petite enfance

Indépendamment du tabagisme passif postnatal, l'exposition in utero augmente durant la petite enfance le risque d'otite, d'infections des voies aériennes supérieures et de bronchites [27].

3 EPIDEMIOLOGIE DU TABAGISME CHEZ LA FEMME ET EN PARTICULIER LA FEMME ENCEINTE

Le baromètre santé 2010

Les données du dernier baromètre santé 2010 de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé [28] permet de faire un point sur l'évolution de la prévalence du tabagisme depuis 2005, date du dernier baromètre santé. Il s'agit d'une enquête aléatoire réalisée par téléphone, parmi un échantillon représentatif de la population de France métropolitaine âgée de 15 à 85 ans. Ce dernier baromètre de 2010 a été mené auprès de plus de 27 000 personnes et a mis en évidence une augmentation récente du tabagisme en France alors qu'il était en baisse depuis plus de 20 ans. Ces résultats sont néanmoins à détailler : la proportion des fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour est en baisse tandis que celle des fumeurs quotidiens apparaît en augmentation depuis 2005 (augmentation de deux points entre 2005 et 2010). La prévalence du tabagisme occasionnel est restée stable autour de 5 %, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes.

En 2010, un tiers des individus se déclarent fumeurs : 27,3 % de fumeurs quotidiens et 4,3 % de fumeurs occasionnels.

Pourcentage actuel de femmes fumeuses

En 2010 :

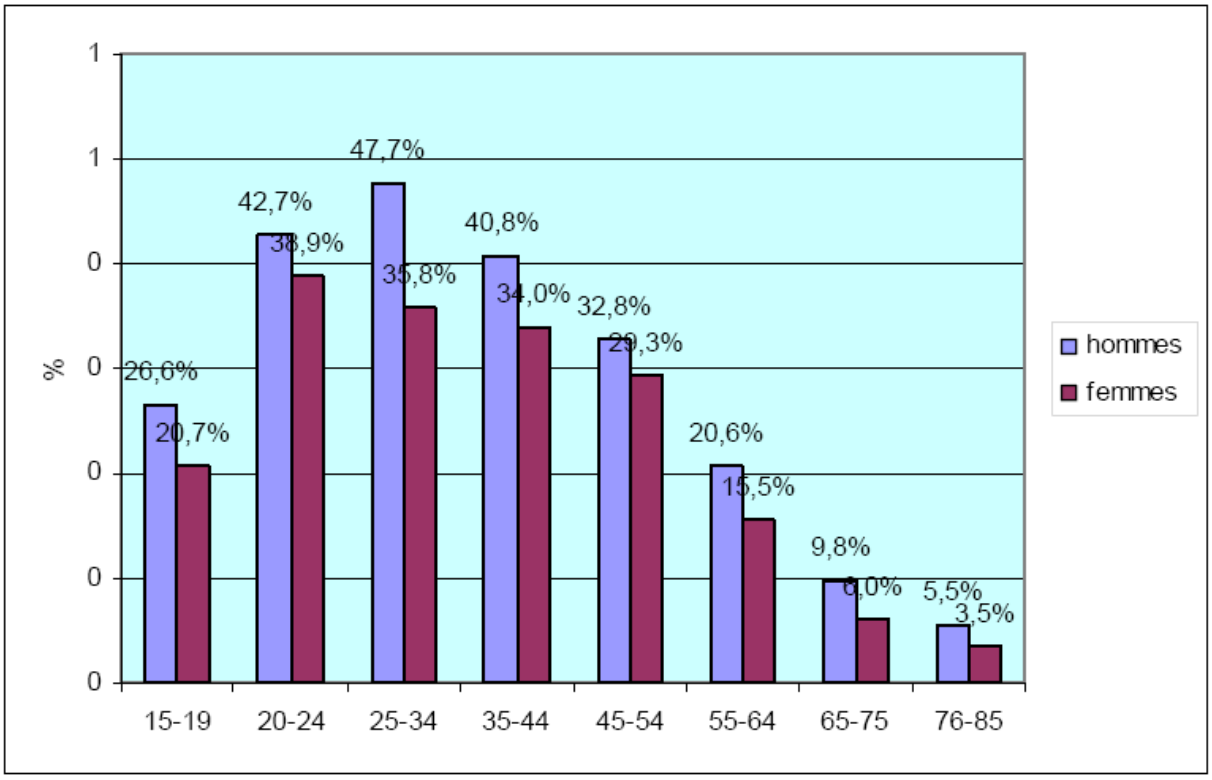
27,9 % des femmes fument (35,6 % des hommes fumeurs).

24,1 % des femmes fument quotidiennement (30,8 % des hommes fumeurs quotidiens).

Evolution du pourcentage de fumeuses quotidiennes en fonction de l'âge

La proportion de fumeurs quotidiens de tabac diminue fortement avec l'âge à partir de 30 ans, et en particulier au-delà de 50 ans. Cette diminution s'observe pour les deux sexes, mais on observe un écart absolu relativement important entre hommes et femmes à 25-34 ans, probablement lié en partie aux grossesses et à la présence d'enfants en bas âge au sein des foyers, qui sont des opportunités d'abandonner le tabagisme plus volontiers saisies par les femmes.

On note que dans les tranches d'âge concernant les femmes en âge de procréer (généralement entre 20 et 45 ans), le pourcentage de fumeuses quotidiennes est compris entre 38,9 % (20-24 ans) et 34 % (35- 44ans). D'après une publication de l'Institut National des Etudes Démographiques [29], l'âge moyen des femmes ayant accouché en 2009 est de 30 ans. Dans cette tranche d'âge (25- 34ans), 35,8 % des femmes fument.



Source : Baromètre Santé 2010, INPES

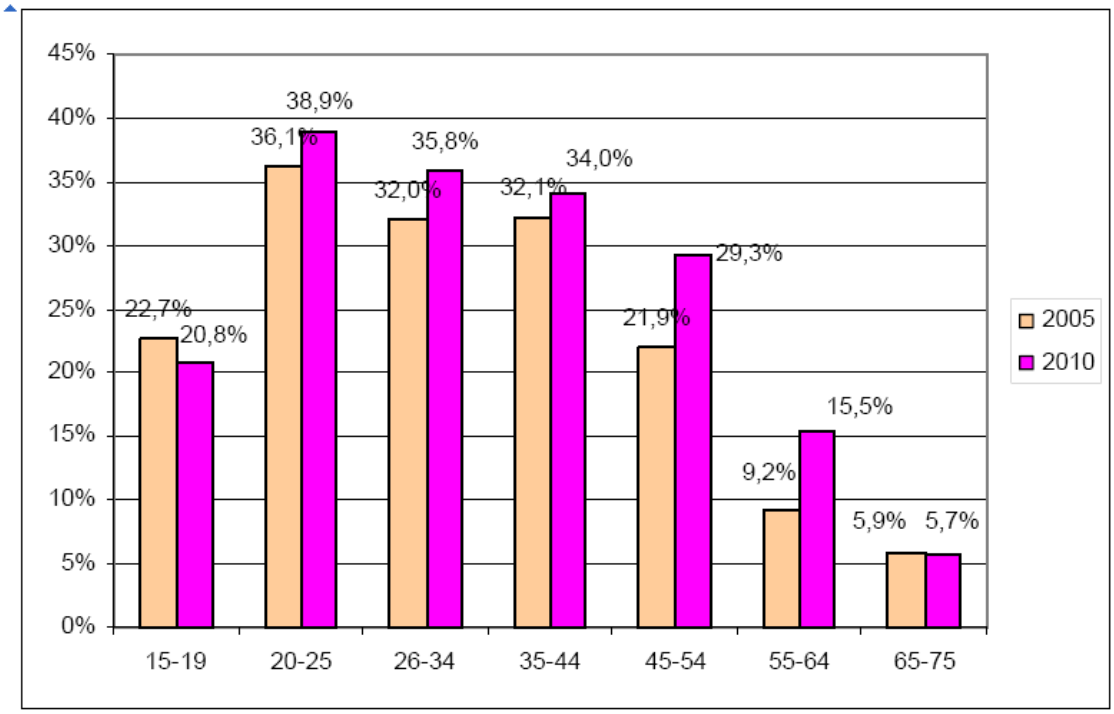
FIGURE 1 – PROPORTIONS DE FUMEURS QUOTIDIENS DE TABAC EN 2010, SUIVANT L'AGE ET LE SEXE

Nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeuses régulières

En 2010, le nombre moyen de cigarettes fumées chez les femmes est de 12,3 (contre 14,8 cigarettes chez les hommes).

Parmi les fumeuses quotidiennes, 63,9 % fument plus de dix cigarettes par jour (contre 72,1 % chez les hommes fumeurs quotidiens).

Evolution du tabagisme quotidien chez la femme entre 2005 et 2010



Sources : Baromètres Santé 2005 et 2010, INPES
Significativités : 15-19 ns, 20-25 ns, 26-34, 35-44 ns, 45-54***, 55-64***, 65-75 ns*

FIGURE 2 – EVOLUTION DE L'USAGE QUOTIDIEN DE TABAC PARMI LES FEMMES (15-75 ANS)

L'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien se révèle assez forte parmi les femmes (de 23,3 % à 26,1 % ; p<0,001), tandis qu'elle n'apparaît pas significative parmi les hommes (de 31,4 % à 32,4 % ; ns).

Dans la tranche d'âge des 26-34 ans (tranche d'âge comprenant l'âge moyen de grossesse en 2009) [29], l'augmentation du pourcentage de femmes fumeuses quotidiennes entre 2005 et 2010 est significative et correspond à près de 4 points.

Tabagisme quotidien au cours de la grossesse

En France, aujourd'hui on peut considérer que plus d'un enfant sur quatre est exposé au tabagisme de sa mère in utéro [30].

Le pourcentage de femmes fumeuses pendant leur grossesse a régulièrement augmenté en France depuis les années 70. (10 % en 1972, 15 % en 1981, 25 % en 1995 et 28 % en 2000) [31].

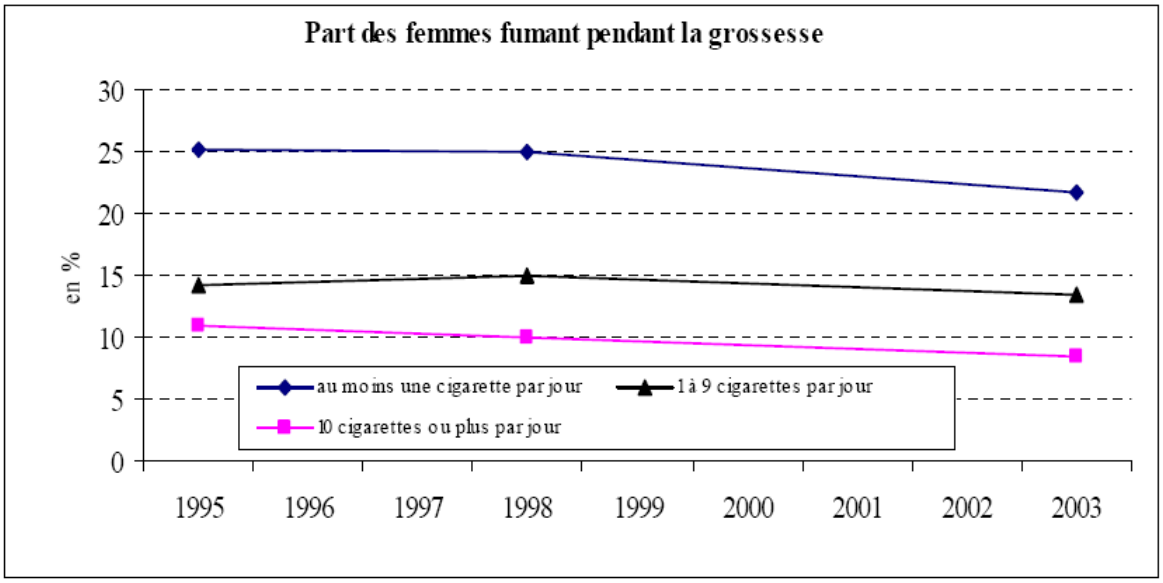
Le registre AUDIPOG qui rassemble les données de plusieurs maternités françaises montre une tendance à la diminution au cours du temps du nombre des femmes enceintes fumeuses :

- En 1994, sur 7 770 femmes interrogées au moment de leur accouchement, 23,70 % ont déclaré être fumeuses au cours de leur grossesse et 8,25 % fumer plus de 10 cigarettes par jour ;

- En 1999, sur 14 671 femmes, 21,75 % ont déclaré être fumeuses au cours de leur grossesse et 7,23 % fumer plus de 10 cigarettes par jour ;
- En 2002-03, sur 7 218 femmes, 19,5 % ont déclaré être fumeuses au cours de leur grossesse et 6,3 % fumer plus de 10 cigarettes par jour.

Ces résultats ne sont pas non plus extrapolables à l'ensemble de la population car toutes les maternités ne participent pas au registre AUDIPOG. Ils sous-estiment probablement le taux de femmes enceintes fumeuses car ils sont fondés sur les déclarations des femmes elles-mêmes.

En 2004, selon l'enquête de l'INSERM [32] [33], 21,8 % de femmes enceintes françaises sont fumeuses toute la grossesse et 8,4 % fument plus de 10 cigarettes par jour.



Source : enquête nationale périnatale 2003

Champ : Femmes en France métropolitaine

FIGURE 3 – PROPORTION DE FEMMES FUMANT PENDANT LEUR GROSSESSE, ENQUÊTE 2003

Une nette différence par catégorie socioprofessionnelle est observée en ce qui concerne à la fois la consommation de tabac avant la grossesse, mais surtout son arrêt en cours de grossesse.

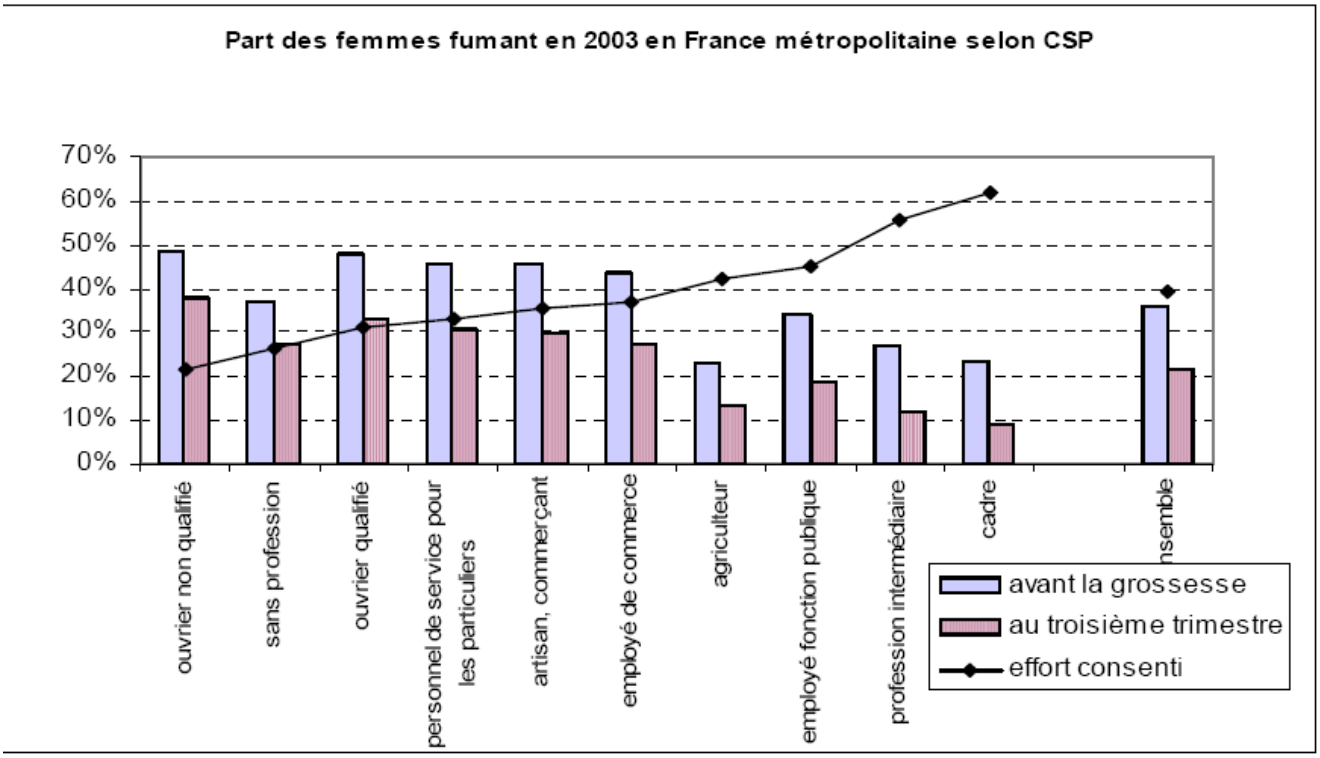
Près d'une ouvrière (qualifiée ou non) sur deux (48 %) fume avant la grossesse. Il en est de même pour les artisans-commerçantes, les salariées des services aux particuliers (46 %), ainsi que les employées de commerce (44 %). A l'opposé, seul un tiers des employées de la fonction publique (34 %) et un quart des professions intermédiaires (27 %) et des cadres (23 %) fument avant la grossesse.

L'effort spécifique de prévention tabagique en direction des femmes enceintes peut être mesuré à travers la part relative de femmes renonçant à fumer avant le 3ème trimestre de la grossesse. Alors qu'en moyenne plus du tiers des femmes (36 %) fument avant leur

grossesse, parmi elles, près de 4 sur 10 ont cessé de fumer avant son troisième trimestre (39 %).

Le gradient observé plus haut selon la catégorie socioprofessionnelle agit ici de façon particulièrement importante.

Au troisième trimestre de leur grossesse, 22 % des femmes fument, de façon très différenciée selon la profession avec 9 % des femmes cadres et jusqu'à 38 % des ouvrières non qualifiées.



Source enquête périnatale 2003

FIGURE 4 – PROPORTION DE FEMMES FUMANT EN 2003 EN FRANCE METROPOLITAINE SELON CSP

La France est en 2004 l'un des pays d'Europe comprenant la plus forte proportion de femmes fumeuses. Au troisième trimestre, on retrouve par exemple 6 % de femmes enceintes fumeuses en Suède et 11 % en Allemagne [34].

Une enquête transversale, réalisée en 2003, qui avait retrouvé un taux de femmes fumeuses de 37 % avant la grossesse a montré un taux de femmes fumeuses de 17 % au premier trimestre de la grossesse, de 15 % au deuxième et de 14 % au troisième. Dans cette enquête, 63 % des femmes fumeuses avaient donc arrêté leur tabagisme du fait de la grossesse, dont 85 % au tout début, 10 % au deuxième trimestre et 5 % au troisième. Parmi les femmes qui continuent de fumer, presque toutes diminuent la quantité de cigarettes et 60 % fument moins de 10 cigarettes par jour.

Une étude de la DREES en 2007[43], réalisée à partir des données recueillies sur les certificats de santé au 8ème jour des enfants, a retrouvé pour la France : 83,6 % de non

fumeuses au cours de la grossesse, 6 %, 7,7 %, 2,4 % et 0,2 % de femmes consommant respectivement 1 à 5, 6 à 10, 11 à 20 et de 21 cigarettes par jour.

Une enquête basée sur des mesures de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré a été réalisée dans une seule maternité chez des femmes qui venaient accoucher. Sur une population de 856 femmes enceintes en salle de naissance, 60 % présentaient un taux de CO inférieur à 5 ppm et étaient considérées de ce fait comme non fumeuses, 13 % un taux de CO de 6 à 10 ppm, probablement reflet d'un tabagisme passif, et 27 % un taux de CO supérieur à 11 ppm, reflet d'un tabagisme actif ; 7 % avaient un taux de CO supérieur à 20 ppm.

Dans les données recueillies par le baromètre santé 2010, le tabagisme quotidien concerne 24 % des femmes enceintes [28]. Ce pourcentage des femmes fumeuses au cours de la grossesse est stable par rapport aux données de 2005. Ces données sont cependant à relativiser du fait du faible effectif de femmes enceintes interrogées dans ces deux enquêtes.

4 PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES FUMEUSES ET RECOMMANDATIONS POUR L'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE DE LA FEMME ENCEINTE

Une intervention précoce

L'idéal serait de proposer un sevrage tabagique avant la conception. Plus l'abstinence est obtenue tôt dans la grossesse, plus les bénéfices sont importants pour la mère et l'enfant. Le sevrage doit donc être proposé le plus précocement possible dès le début de la gestation. Mais il reste bénéfique à tous les stades de la grossesse. S'il n'est pas obtenu précocement, il doit être proposé quel que soit le trimestre de la grossesse, voire même en suite de couche, pendant l'allaitement notamment.

Les recommandations françaises de l'AFSSAPS de mai 2003 insistent sur le fait que « les sages-femmes et les praticiens doivent proposer une aide à l'arrêt dès la première visite et tout au long de la grossesse (recommandation de grade B) ».

Il faut également prévenir le tabagisme passif de la femme enceinte en informant sur ce risque et en tentant si possible de motiver le compagnon à modifier ses habitudes tabagiques, voire à entreprendre un sevrage en même temps.

La grossesse est une expérience singulière de la vie d'une femme et de son compagnon. Elle permet de multiplier les contacts avec les professionnels de santé. Il est important de mettre à profit cette période pour sensibiliser la femme, son compagnon, son entourage ainsi que les professionnels de santé à l'arrêt et à la prévention du tabagisme.

Un arrêt complet : tabac Zéro

« Le message à délivrer par les professionnels de santé est celui d'un arrêt complet du tabac, ce message doit être clair et univoque ». Il faut absolument opter pour un sevrage complet et non pour un arrêt progressif. En effet, le fait de diminuer le nombre de cigarettes entraine un tirage plus important sur les cigarettes restantes et ne diminue probablement pas le risque.

La conférence de consensus de 2004 insiste sur le fait de ne pas culpabiliser la femme enceinte qui poursuit son tabagisme et ne parvient pas à s'arrêter complètement. Il s'agit alors de dédramatiser, d'établir une relation de confiance entre la patiente et le médecin et de positiver les efforts engagés par celle-ci. La pression sociale peut déjà être difficile à gérer pour la femme enceinte fumeuse qui se sent souvent mise en accusation par son entourage familial, professionnel et parfois même par son conjoint fumeur ou non fumeur.

Un accompagnement prolongé

L'aide à l'arrêt du tabac doit être prolongé et poursuivi pendant toute la grossesse et après l'accouchement, à la maternité lors de la mise en route de l'allaitement ou même en consultation post natale.

Le post-partum est une période à risque de rechute de l'intoxication tabagique, notamment lors de la reprise de l'activité professionnelle. Le soignant doit être particulièrement attentif au dépistage de signe de dépression secondaire à l'arrêt du tabac. D'autre part, il est particulièrement important d'impliquer le conjoint fumeur ou non fumeur dans la dynamique du sevrage. Si besoin, le suivi pourra être complété par l'intervention d'un psychologue et d'un nutritionniste.

La femme enceinte fumeuse peut utiliser de façon isolée ou en association avec son suivi médicalisé la ligne de tabac info service et son site internet. Elle peut bénéficier d'une demi-heure d'entretien avec un tabacologue et peut se faire rappeler cinq fois quinze minutes à l'heure de son choix au cours de l'arrêt.

Une évaluation complète

Comme pour tout fumeur, pour une prise en charge optimale de la femme enceinte, il faut une évaluation complète et appréhender :

- La personne :
    - ses antécédents médicaux, son histoire tabagique notamment l'âge de début du tabagisme, le nombre de cigarettes fumées, les essais antérieurs éventuels de tentative d'arrêt, les causes de reprise.
    - L'existence possible d'une co-addiction, l'alcool ou au cannabis notamment.
    - Les antécédents psychiatriques éventuels et l'état psychologie actuel (notamment par le test HAD pour dépister un état anxieux ou dépressif).
    - La motivation à l'arrêt, sa confiance dans sa capacité à y parvenir et ses craintes à l'arrêt.
- La dépendance psychologique et physique au produit par le test de Fagerström.
- L'environnement : la dépendance comportementale, le caractère aidant ou non de l'environnement et en particulier du conjoint, le milieu socioculturel et l'environnement professionnel.

La mesure du CO expiré

Cette mesure non invasive et simple est facile à réaliser dans les consultations de suivi de la femme enceinte. La mesure du CO permet de donner à la femme enceinte fumeuse une valeur instantanée de son niveau d'intoxication tabagique. Ce peut être le point de départ d'un dialogue constructif avec les professionnels de santé et un facteur déterminant pour que la femme s'arrête de fumer. Cette mesure permet également de s'assurer de la réalité de l'arrêt et est à renouveler à chaque consultation. L'effet toxique sur le nouveau-né est dépendant de la concentration du CO inhalé dans la fumée de

tabac par la mère [14]. Le haut conseil de santé publique a proposé récemment une mesure systématique du CO à la liste des examens prévus au 3ème mois de grossesse.

Une prise en charge psychologique et par TCC en première intention

« Une prise en charge par thérapie comportementale et cognitive et la prise en charge psychologique doivent être proposées en première intention au cours de la grossesse » (Accord professionnel) [35].

Plusieurs outils sont à la disposition du professionnel de santé (médecin, sage femme, infirmier) tels que le conseil minimal (qui génère 2 % d'arrêt à lui seul)[39], la méthode des 6A (Account, Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange), des explications utilisant notamment le cycle de Proschaska, l'entretien motivationnel, la thérapie comportementale et cognitive en travaillant sur la modification des habitudes et des comportements, voire une consultation psychologique ou psychiatrique en cas d'apparition de troubles anxieux et dépressifs notamment.

La prise en charge psychologique a une efficacité statistiquement significative sur le taux d'arrêt du tabac par rapport à l'absence d'intervention, dans la population générale et chez la femme enceinte. Mais le conseil minimal ne semble pas aussi efficace chez la femme enceinte que chez le fumeur en général.

Chez la femme enceinte, la TCC n'a pas montré une efficacité supérieure à d'autres techniques d'aide ou d'accompagnement psychologique et/ou comportemental.

La dynamique de groupe est souvent utilisée sous la forme de groupe ouvert géré généralement par une sage femme avec des participantes à différents termes de la grossesse.

Un traitement substitutif en deuxième intention

« En cas d'échec, un traitement pharmacologique utilisant des substituts nicotiniques peut être proposé (Accord professionnel) » [35]. Le consensus « grossesse et tabac » de 2004 [36] précise : « Si la femme enceinte n'arrive pas à s'arrêter rapidement seule ou avec une approche psychologique et/ou comportementale, c'est le signe d'une dépendance tabagique importante et le recours à la pharmacologie peut lui permettre d'arrêter le tabac plus facilement. Elle peut être utilisée en première intention si la femme n'est pas motivée par une approche psychologique et comportementale seule ».

Les traitements substitutifs entrainent une nicotinémie maternelle 2 à 3 fois inférieure à celle secondaire au tabagisme actif et protège de la toxicité des autres composants de la cigarette, en particulier de celle du CO et des goudrons.

Ces traitements de substitution nicotinique peuvent être utilisés chez la femme enceinte depuis 1997. Une information de sécurité de l'AFSSAPS [37], suite à une étude de janvier 2006 [38] mettant en évidence une possible augmentation du risque de malformation fœtale lors de l'utilisation des substituts nicotiniques au premier trimestre de la grossesse et suite à la réunion d'un groupe d'experts pour réévaluer la balance « risque/bénéfice » a conclu : « En l'état des connaissances, aucun risque de malformation ou de toxicité fœtale ne semble être imputable à l'utilisation des TSN au

cours de la grossesse, quelle que soit la forme pharmaceutique considérée (patch, gomme, cartouche pour inhalation buccale…). »

Modalité du traitement nicotinique substitutif chez la femme enceinte

Toutes les formes de traitement substitutif nicotinique peuvent être utilisées pendant la grossesse : les patchs, les gommes à mâcher, les pastilles, l'inhaleur.

Il n'y a que peu de particularités dans l'utilisation des substituts nicotiniques chez la femme enceinte. Il faut cependant insister sur la nécessité d'un dosage suffisant, notamment pour le patch, car le métabolisme hépatique de la nicotine est accéléré pendant la grossesse. Le patch avec diffusion sur 16 heures ou un patch avec diffusion de 24 heures retiré au coucher sont recommandés pour éviter le risque d'accumulation de nicotine dans le liquide amniotique durant la nuit. Des formes orales pourront être utilisées soit de façon isolée, soit en complément d'un patch par la femme enceinte au moment des cravings.

La forme de substitution nicotinique prescrite doit être personnalisée. Si une femme enceinte présente des nausées ou des vomissements, le timbre transdermique semble plus approprié que les formes orales.

Comme pour tout patient, le soignant doit bien expliquer le mode d'emploi du traitement et informer sur les signes de sous ou de surdosage. La dose du traitement substitutif sera adaptée au mieux après 24 ou 48 heures si nécessaire.

Le traitement substitutif pourra, après 4 semaines d'arrêt du tabac faire l'objet d'une décroissance progressive, puis d'un arrêt si possible ou d'une prolongation si besoin du traitement, notamment sous forme orale.

Le TSN peut être prescrit à tout moment de la prise en charge d'une femme enceinte fumeuse de la consultation prénatale aux suites de couches si l'arrêt du tabac n'a pas été obtenu pendant la grossesse.

Fréquence d'utilisation du traitement substitutif chez la femme enceinte

Souvent par manque d'information ou du fait de conseils erronés donnés notamment dans certaines officines, les femmes enceintes peuvent éprouver une réticence à l'utilisation des substituts nicotiniques pendant la grossesse. Dans l'étude périnatale de 2003, le traitement substitutif n'a été utilisé que par 3,4 % des femmes qui fumaient avant la grossesse et la durée d'utilisation de ce traitement a été de six semaines.

Remboursement du traitement substitutif chez la femme enceinte

Sur prescription du médecin ou de la sage femme, ces traitements substitutifs peuvent donner droit au remboursement de 50 euros par l'assurance maladie. Une annonce en novembre 2009 a été faite par le président de la république concernant le triplement du forfait de 50 euros d'aide au sevrage tabagique pour certaines catégories de population dont les femmes enceintes. Cette proposition du haut conseil de santé publique n'est toujours pas effective à ce jour.

Efficacité de l'utilisation du traitement substitutif chez la femme enceinte

Une étude clinique de 2008 [40] montre l'intérêt des gommes (2mg) sur le poids du nouveau né et le terme de l'accouchement, mais ne retrouve pas d'effet sur le taux de sevrage tabagique obtenu pendant la grossesse. Par rapport au groupe placebo, les femmes utilisant les gommes de nicotine ont réduit leur nombre de cigarettes par jour et leur taux de cotinine urinaire. Cette observation suggère que la réduction de consommation de tabac associée à l'utilisation de substituts nicotiniques diminue les effets du tabagisme sur le retard de croissance intra-utérin. La faible efficacité du TSN sur l'arrêt du tabac pourrait être due au métabolisme plus rapide de la nicotine chez la femme enceinte.

Chez la femme enceinte, il est recommandé d'utiliser le TSN en association avec une approche psychologique et/ou comportementale. C'est l'association des deux types d'approches qui permet d'obtenir de meilleurs résultats en termes d'arrêt du tabac.

Contre-indication du bupropion et de la varénicline chez la femme enceinte.

Les agonistes de la recapture de la dopamine (bupropion) et les agonistes des récepteurs nicotiniques (varénicline) n'ont pas l'AMM chez la femme enceinte ou celle qui allaite.

Promotion de l'allaitement maternel dans tous les cas chez les mères fumeuses ou sous TSN

Les femmes fumeuses désirent moins souvent allaiter et quand elles font le choix de l'allaitement, elles le poursuivent moins longtemps que les femmes non fumeuses [41]. Or le bénéfice de l'allaitement est particulièrement important pour protéger contre les infections gastro-intestinales et respiratoires et pour diminuer le risque d'atopie chez ces nouveaux nés de mères fumeuses. Le soignant doit donc recommander l'allaitement et encourager l'allaitement long chez la femme fumeuse, tout en évitant le tabagisme passif de l'enfant.

Prévention des rechutes du tabagisme après l'accouchement

Une attention particulière doit être portée aux jeunes mères qui sont parvenues à arrêter de fumer pendant leur grossesse. Elles doivent être largement prévenues du risque de reprise du tabagisme après l'accouchement. On n'a que très peu de données sur le taux de reprise après l'accouchement. Il semble important entre 30 à 80 %, surtout dans les 6 premiers mois. 80 % d'entre elles auraient repris le tabac à 1an [42]. L'allaitement est souvent une motivation du maintien de l'arrêt. Cela peut d'ailleurs constituer une raison supplémentaire pour recommander l'allaitement. Le statut tabagique du conjoint serait aussi peut-être déterminant pour le maintien de l'arrêt du tabac.

D'autre part, il peut être souvent utile de prévoir une prise en charge diététique en post-partum, car la prise de poids est souvent un motif de reprise du tabac chez les jeunes mères.

Une enquête transversale, réalisée en 2003 montrait un taux de femmes fumeuses de 37 % avant la grossesse. Dans cette enquête, 63 % des femmes fumeuses avaient arrêté leur tabagisme du fait de la grossesse, dont 85 % au tout début, 10 % au deuxième trimestre et 5 % au troisième. Deux ans après l'accouchement, le taux de tabagisme des mères était revenu à 20,5 %. Le taux d'arrêt du tabagisme était plus élevé chez les femmes ayant un score bas au test de dépendance de Fagerström. Lors de cette même enquête, 29 % des femmes ont dit n'avoir reçu aucune information sur l'influence néfaste du tabac, 70 % ont été aidées à l'arrêt du tabac par leur entourage, 20 % par les professionnels de santé et 3,5 % ont reçu un traitement substitutif nicotinique (TSN). Ces résultats soulignent l'intérêt d'améliorer l'information des femmes enceintes et de sensibiliser à l'arrêt du tabac les professionnels de santé qui les prennent en charge. Les résultats ne sont cependant pas extrapolables à l'ensemble de la population car ils sont biaisés par le faible taux de réponse à l'enquête.

5 PRESENTATION DE L'ETUDE ET DE SES OBJECTIFS

Présentation de l'étude

De nombreuses femmes font l'effort de tenter d'arrêter de fumer juste avant la grossesse ou au cours de leur grossesse. Bon nombre d'entre elles y parviennent, majoritairement au premier trimestre. Certaines n'arrivant pas à un sevrage complet diminuent leur consommation.

Or, la période du post-partum est une période à risque de reprise et beaucoup des femmes qui avaient diminué ou qui avaient arrêté de fumer reprennent leur consommation tabagique. Plusieurs causes sont évoquées : la prise de poids, la fatigue de s'occuper du jeune enfant, le stress de la reprise de l'activité professionnelle… Peu d'études se sont intéressées à la reprise du tabac après l'accouchement.

Il m'a semblé intéressant d'objectiver ce phénomène dans la population de salariées que je suis en médecine du travail en utilisant un questionnaire proposé aux femmes lors de la visite médicale de reprise.

En effet, toutes les femmes salariées rencontrent systématiquement leur médecin du travail lors d'une visite médicale de reprise après maternité. En dehors des secteurs professionnels exposant à des risques particuliers préjudiciables à la grossesse (produits chimiques reprotoxiques, radiations ionisantes, travail de nuit…), les femmes enceintes, bien que bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée (R4624-19 du Code du travail), ne rencontrent pas systématiquement le médecin du travail pendant leur grossesse du fait du trop grand espacement actuel entre les visites médicales périodiques. La visite de reprise après maternité (R4624-21du code du travail) par contre est obligatoire dans les huit jours qui suivent la reprise de l'activité professionnelle. Dans cette enquête, cette visite a constitué une occasion intéressante pour faire un point avec toutes les jeunes mères sur leur consommation actuelle de tabac à distance de l'accouchement au moment de la reprise du travail et pour les questionner rétrospectivement sur leur statut tabagique au moment du diagnostic de grossesse et sur leur statut tabagique pendant la durée de celle-ci.

Objectifs de l'étude

A partir des données recueillies dans cette enquête, on quantifiera au moment du diagnostic de grossesse:

- Le nombre de femmes non fumeuses (n'ayant jamais fumé quotidiennement au moment du diagnostic de grossesse).
- Le nombre de femmes ex-fumeuses, en précisant le délai d'arrêt avant la grossesse, le lien entre la motivation de l'arrêt et la grossesse, le niveau de consommation au moment de l'arrêt.
- Le nombre de femmes fumeuses en précisant la quantité moyenne de cigarettes fumées et la durée de la consommation.

On évaluera le pourcentage de femmes fumeuses au moment du diagnostic de grossesse qui sont parvenues à s'arrêter, le nombre de celles ayant diminué leur consommation tabagique, le nombre de celles qui ont continué à fumer pendant toute la grossesse. On distinguera celles qui ont bénéficié d'une aide (substitut nicotinique, consultation avec un tabacologue…).

Parmi les femmes qui sont parvenues à arrêter de fumer ou à diminuer leur consommation, on évaluera le nombre de celles qui ont maintenu leur abstinence, celles qui fument occasionnellement, celles qui ont maintenu la réduction de leur consommation et celles qui ont repris un niveau de consommation identique à leur niveau de consommation antérieur à la grossesse. On évaluera le nombre de ces femmes ayant reçu ou non une aide extérieure en postpartum.

D'autre part, on quantifiera le nombre de femmes ex-fumeuses qui sont parvenues à rester abstinentes, pendant la grossesse et à distance de leur accouchement.

Il s'agit donc d'une enquête essentiellement descriptive qui s'intéresse à l'évolution du statut tabagique des femmes salariées pendant et après la grossesse. Le recueil des données nécessaires a été fait en grande partie de façon rétrospective.

Les objectifs principaux de cette enquête sont multiples :

- La description du statut tabagique des femmes avant, pendant et après la grossesse.
- La comparaison du taux d'abstinence à distance de l'accouchement entre les femmes ex-fumeuses en début de grossesse et celui des femmes fumeuses en début de grossesse qui se sont arrêté pendant la grossesse.
- L'évaluation de différents paramètres pouvant influer sur l'abstinence (motivation de l'arrêt, parité, obtention d'une aide extérieure au sevrage en postpartum, ancienneté du tabagisme, le niveau de la consommation, l'allaitement).

6 MATERIEL ET METHODE

6.1 POPULATION ETUDIEE

La population étudiée est constituée de toutes les femmes reçues en visite médicale de reprise du travail après un congé de maternité entre mars 2011 et septembre 2011 par 8 médecins du travail d'une grande entreprise bancaire située en région parisienne.

Le secteur bancaire bénéficie d'une convention collective qui permet aux femmes enceintes et aux jeunes mères de bénéficier de conditions nettement plus favorables que celle de la Sécurité Sociale en matière de la durée du congé maternité. En effet, la salariée a la possibilité de prendre un congé supplémentaire rémunéré de 45 jours calendaires à plein salaire ou de 90 jours calendaires à demi-salaire. Cela explique que les femmes participant à cette enquête ont été interrogées à une distance d'au moins 5 mois après leur accouchement.

Toutes les femmes interrogées ont accepté de participer à l'enquête.

6.2 QUESTIONNAIRE

Le recueil des données nécessaires à l'enquête a été effectué à l'aide d'un questionnaire standardisé à réponses fermées, sauf deux questions ouvertes (voir annexe 1).

Les informations recueillies sont de plusieurs types :

- Des informations démographiques : âge de la femme, parité, âge du dernier enfant.
- Le statut tabagique de la femme au moment du diagnostic de grossesse en différenciant :
    - la femme non fumeuse (n'ayant jamais fumé quotidiennement).
    - La femme ex-fumeuse ; en précisant le délai d'arrêt avant la grossesse, le lien entre la motivation de l'arrêt et la grossesse (motivation de l'arrêt exclusivement liée à la grossesse, pas uniquement liée à la grossesse et non liée à la grossesse) et enfin la quantité moyenne fumée avant l'arrêt.
    - la femme fumeuse ; en précisant la quantité moyenne fumée et la durée de la consommation.
- Le statut tabagique de la femme pendant la grossesse en différenciant :
    - La femme non fumeuse (avant et pendant la grossesse). Il peut s'agir soit d'une femme qui n'a jamais fumé quotidiennement, soit d'une ex-fumeuse qui s'était arrêtée avant la grossesse.
    - La femme ayant arrêté complètement pendant la grossesse ; en précisant le terme de l'arrêt au moment de la grossesse, le lien entre la motivation de l'arrêt et la grossesse (motivation de l'arrêt exclusivement liée à la grossesse, pas uniquement liée à la grossesse et non liée à la grossesse) et la modalité de l'arrêt (seule sans aide, avec substitut nicotinique, consultation de tabacologie et autre à préciser).

- La femme ayant arrêté incomplètement pendant la grossesse ; en précisant la quantité moyenne fumée pendant la grossesse, l'essai ou non d'un arrêt complet et les modalités de la réduction (seule sans aide, avec substitut nicotinique, consultation de tabacologie et autre à préciser).
- La femme fumeuse (poursuite de la consommation antérieure à la grossesse) ; en précisant l'essai ou non d'un arrêt, l'essai ou non de substitut nicotinique, la consultation ou non en tabacologie.

- Le statut tabagique de la femme après la grossesse au moment de la visite de reprise de l'activité professionnelle, en différenciant :
  - La femme non fumeuse (ni avant, ni pendant, ni après la grossesse).
  - La femme qui s'est arrêtée pendant la grossesse et qui maintient un sevrage tabagique complet.
  - La femme qui s'est arrêtée pendant la grossesse et qui a repris une consommation occasionnelle.
  - La femme fumeuse pendant la grossesse et qui s'est arrêtée après l'accouchement
  - La femme qui a réduit sa consommation tabagique pendant la grossesse et qui maintient la réduction de sa consommation en postpartum, en précisant le niveau de consommation moyenne fumée au moment de l'enquête.
  - La femme fumeuse ou ex-fumeuse au moment du diagnostic de grossesse qui poursuit ou qui a repris sa consommation tabagique au moment de l'enquête, en précisant le délai de reprise de la consommation tabagique après l'accouchement, la quantité fumée au moment de l'enquête et les causes de la rechute d'après la patiente (question ouverte).
- L'existence ou non d'une aide au sevrage ou au maintien du sevrage en postpartum pour la femme fumeuse ou ex-fumeuse au moment du diagnostic de grossesse, en précisant s'il s'agit de conseils à propos du tabac à la maternité, de conseils à propos du tabac lors de le visite de contrôle en suite de couche, d'un essai de substitut nicotinique, ou d'une autre aide éventuelle à préciser (question ouverte).

6.3 RECUEIL ET ANALYSE STATISTIQUE DES INFORMATIONS

Le recueil des données a été effectué entre mars 2011 et mi septembre 2011 dans le service de santé au travail autonome d'une grande entreprise bancaire de la Défense.

Le questionnaire a été proposé de façon systématique à toutes les femmes vues en visite de reprise maternité par le médecin du travail ou l'infirmière en santé au travail. Les 8 médecins du service ont participé à cette étude. Les questionnaires ont été remplis avec la salariée soit juste avant la visite médicale par l'infirmière de santé au travail, soit pendant la visite médicale par le médecin du travail.

Ces données ont ensuite été saisies sur tableur Excel 2007 et ont été traitées via des tableaux croisés dynamiques.

7 RESULTATS

7.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION

Nombre de femmes salariées interrogées dans l'enquête

Le questionnaire a été proposé à 145 femmes qui ont toutes accepté de participer à l'enquête.

Données démographiques de l'échantillon

Age moyen

L'âge moyen des femmes interrogées est de 32,1 ans, avec des extrêmes à 25 ans et à 44 ans et un écart type à 4, 47 ans.

Parité

La parité des femmes interrogées est en moyenne de 1,57 enfant avec des extrêmes à 1 enfant et à 4 enfants.

Recul par rapport à l'accouchement au moment de l'enquête

L'âge moyen du dernier enfant au moment de l'enquête est de 8 mois, avec des extrêmes à 4 mois et à 24 mois.

Données concernant l'allaitement

La donnée sur l'allaitement n'a été relevée que pour 92 femmes de l'échantillon, soit 63 % de l'effectif total.

Le nombre de femmes ayant allaité est de 68 femmes (soit 74 % de l'échantillon de femmes interrogées sur cette donnée), avec une durée moyenne de l'allaitement de 4,9 mois et des extrêmes à 15 jours et à 22 mois.

7.2 FREQUENCE DU TABAGISME CHEZ LES FEMMES AVANT LA GROSSESSE

Pourcentage de femmes non fumeuses, n'ayant jamais fumé au moment du diagnostic de grossesse

Au moment du diagnostic de grossesse, 83 femmes soit 57 % de l'échantillon n'ont jamais fumé de façon quotidienne.

Pourcentage de femmes ex-fumeuses au moment du diagnostic de grossesse

Au moment du diagnostic de grossesse, 24 femmes soit 17 % de l'échantillon sont des ex-fumeuses.

Leur délai moyen d'arrêt du tabac par rapport au diagnostic de grossesse est de 3,75 ans, avec des extrêmes à 1mois et à 12 ans.

10 femmes soit 42 % ont arrêté avec une motivation exclusivement liée à une future grossesse, 3 femmes soit 13 % avec une motivation pas uniquement liée à une future grossesse et enfin 11 femmes soit 46 % avec une motivation non liée à une future grossesse.

Ces femmes ex-fumeuses consommaient une quantité moyenne de 10,25 cigarettes (2 - 25) avant leur arrêt.

Pourcentage de femmes non fumeuses au moment du diagnostic de grossesse (femmes n'ayant jamais fumé ou ayant arrêté leur consommation avant la grossesse)

107 femmes, soit 74 %

Pourcentage de femmes fumeuses au moment du diagnostic de grossesse

Au moment du diagnostic de grossesse, 38 femmes soit 26 % de l'échantillon fumaient.

Leur consommation moyenne à cette période était de 8,79 cigarettes par jour (2 - 20) et la durée moyenne de leur consommation était de 10,9 ans (2 - 23).

Synthèse

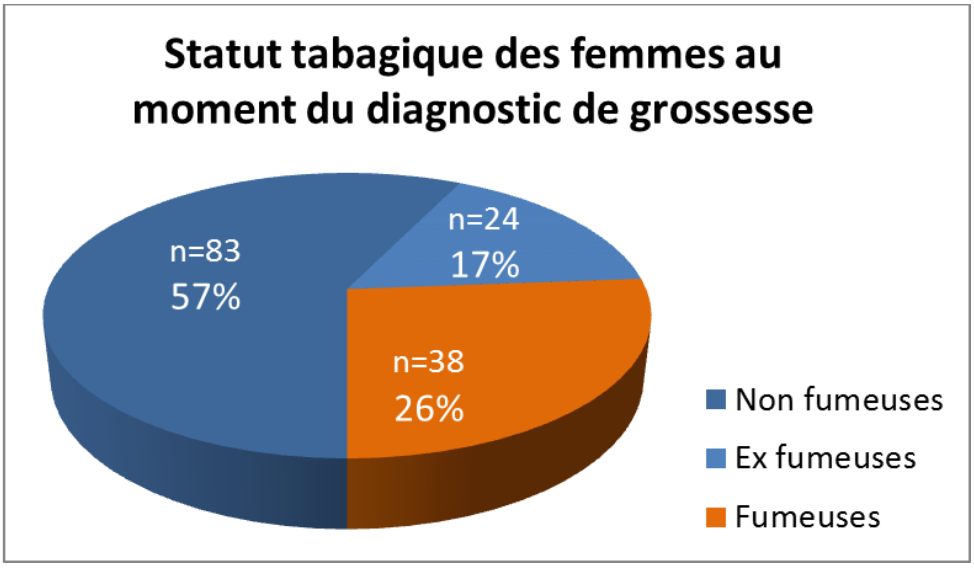


FIGURE 5 – STATUT TABAGIQUE DES FEMMES AU MOMENT DU DIAGNOSTIC DE GROSSESSE

7.3 FREQUENCE DU TABAGISME CHEZ LES FEMMES PENDANT LA GROSSESSE

Pourcentage des femmes fumeuses ayant arrêté complètement de fumer pendant leur grossesse

Pendant la grossesse, parmi les 38 femmes fumeuses au moment du diagnostic de grossesse, le nombre de femmes ayant arrêté de fumer est de 31 femmes, soit 82 % de femmes fumeuses avant leur grossesse.

Ces femmes ont arrêté en moyenne à 5 semaines de grossesse (2 semaines - 4mois).

27 d'entre elles, soit 87 % des femmes qui ont arrêté avaient une motivation exclusivement liée à la grossesse, 4 (soit 13 %) avaient une motivation pas uniquement liée à la grossesse.

En ce qui concerne la modalité de l'arrêt, 30 (soit 97 %) ont arrêté seule, 1 (soit 3 %) avec un substitut nicotinique. Cette même femme a bénéficié d'une consultation de tabacologie. Aucune autre aide n'a été mentionnée.

Pourcentage des femmes qui ne fument pas pendant la grossesse (femmes non fumeuses et ex fumeuses avant la grossesse et femmes ayant arrêté complètement de fumer pendant la grossesse)

Au total, parmi notre échantillon, 137 femmes, soit 94 % se déclarent non fumeuses pendant la grossesse.

Pourcentage des femmes fumeuses pendant la grossesse, mais ayant réduit leur consommation (arrêt incomplet)

Pendant la grossesse, 8 femmes (7 fumeuses et 1 ex-fumeuse ayant repris) ont diminué leur consommation. Parmi les fumeuses avant la grossesse, 7 femmes, soit 18 % ont diminué leur consommation. Sur les ex-fumeuses, 1 femme soit 4 % des ex-fumeuses a recommencé à fumer mais en diminuant sa consommation. C'est la seule ex-fumeuse qui a repris une consommation tabagique pendant la grossesse.

Parmi ces femmes ayant diminué leur consommation pendant la grossesse, la quantité moyenne de cigarettes fumées est de 3,8 cigarettes par jour (1-5).

5 femmes, soit 62 % des femmes ayant diminué leur consommation, ont fait un essai d'arrêt complet.

Parmi les femmes qui ont diminué leur consommation, 5 (soit 62 %) ont diminué seule, 2 femmes (soit 25 %) avec un substitut nicotinique, 1 femme (soit 13 %) a bénéficié d'une consultation de tabacologie. Aucune autre aide n'a été mentionnée.

Pourcentage des femmes fumeuses pendant la grossesse ayant poursuivi leur consommation antérieure à la grossesse

Pendant la grossesse, aucune femme n'a continué à fumer autant qu'avant sa grossesse.

Synthèse

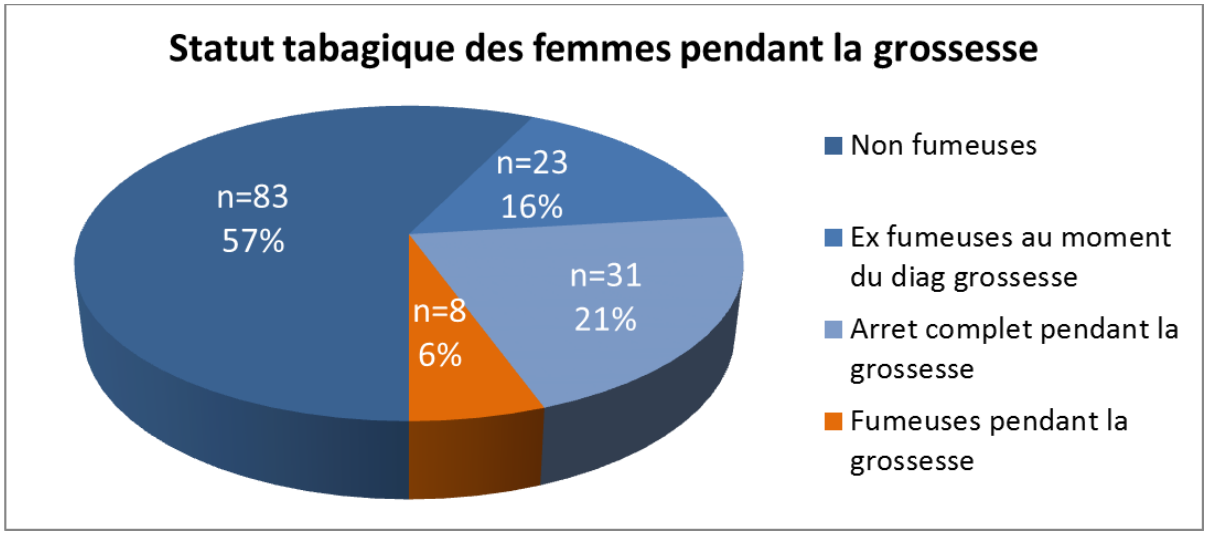


FIGURE 6 – STATUT TABAGIQUE DES FEMMES PENDANT LA GROSSESSE

7.4 FREQUENCE DU TABAGISME CHEZ LES FEMMES APRES LA GROSSESSE

Pourcentage de femmes ayant arrêté de fumer pendant la grossesse et ayant maintenu leur abstinence tabagique complète au moment de l'enquête

Au moment de l'enquête, 6 femmes parmi les 31 femmes (soit 19 %) qui avaient totalement arrêté de fumer ont maintenu une abstinence tabagique complète au moment de l'enquête.

Pourcentage de femmes ex-fumeuses ayant maintenu une abstinence tabagique complète au moment de l'enquête

Au moment de l'enquête, parmi les 24 ex-fumeuses au moment du diagnostic de grossesse, 18 femmes, soit 75 % sont restées abstinentes.

Pourcentage de femmes ne fumant pas au moment de l'enquête (femmes n'ayant jamais fumé, ex-fumeuses avant la grossesse n'ayant pas repris, femmes fumeuses avant la grossesse et ayant maintenu une abstinence tabagique complète)

Au moment de l'enquête, 107 femmes de l'échantillon ne fument pas (83 femmes n'ont jamais fumé, 18 femmes ex-fumeuses avant la grossesse n'a pas repris, 6 femmes fumeuses avant la grossesse, ayant arrêté complètement et ayant maintenu une abstinence complète au moment de l'enquête).

Pourcentage de femmes (ex-fumeuses et fumeuses avant la grossesse) ayant repris une consommation occasionnelle (quelques cigarettes depuis l'accouchement sans consommation quotidienne)

5 femmes ont une consommation occasionnelle après la grossesse, soit 1 ex-fumeuse avant la grossesse et 4 fumeuses ayant arrêté complètement leur consommation pendant la grossesse.

Pourcentage de femmes fumeuses pendant la grossesse ayant arrêté après l'accouchement

Il n'y a pas de femme fumeuse pendant la grossesse qui se soit arrêtée en post-partum.

Pourcentage de femmes ayant réduit leur consommation pendant la grossesse et ayant maintenu ce niveau de consommation réduit au moment de l'enquête

1 seule femme ayant réduit sa consommation pendant la grossesse a maintenu une réduction de son niveau de consommation. Cette femme fume 5 cigarettes par rapport à un niveau de consommation de 10 cigarettes par jour avant la grossesse. (Les 7 autres femmes ont repris au moins le niveau de consommation antérieur à la grossesse).

Pourcentage de femmes ayant repris leur niveau de consommation antérieure à la grossesse au moment de l'enquête

Au moment de l'enquête, 32 femmes ont repris leur niveau de consommation tabagique antérieur à celui de la grossesse dont 5 femmes ex-fumeuses au moment du diagnostic de grossesse, 27 fumeuses avant la grossesse qui se sont arrêtées complètement (21 femmes) ou incomplètement (6 femmes) pendant la grossesse.

Le délai moyen de reprise du tabac après l'accouchement est de 2 mois et trois semaines (lendemain de l'accouchement- 8 mois). Leur niveau de consommation moyenne est de 7,2 cigarettes par jour (1-15 cigarettes par jour).

Les causes de rechute citées sont : plaisir, envie (cité 8 fois), stress(cité 8 fois), baisse de motivation à l'arrêt (cité 7 fois), conjoint fumeur(cité 5 fois), reprise du travail (cité 3 fois), solitude (cité 2 fois), fatigue (cité 2 fois), ennui (cité 2 fois), fête avec alcool (cité 1 fois), problème personnel (cité 1 fois), prise de poids (cité 1fois).

5 femmes ont reçu une aide au sevrage en postpartum (5 conseils à la maternité). Ces 5 femmes fumeuses pendant leur grossesse ont par ailleurs repris leur consommation antérieure.

Parmi 25 femmes fumeuses, 15 ont allaité. Parmi celles-ci, 2 sont abstinentes après la grossesse, 3 consomment occasionnellement et 10 ont repris leur consommation antérieure.

Synthèse

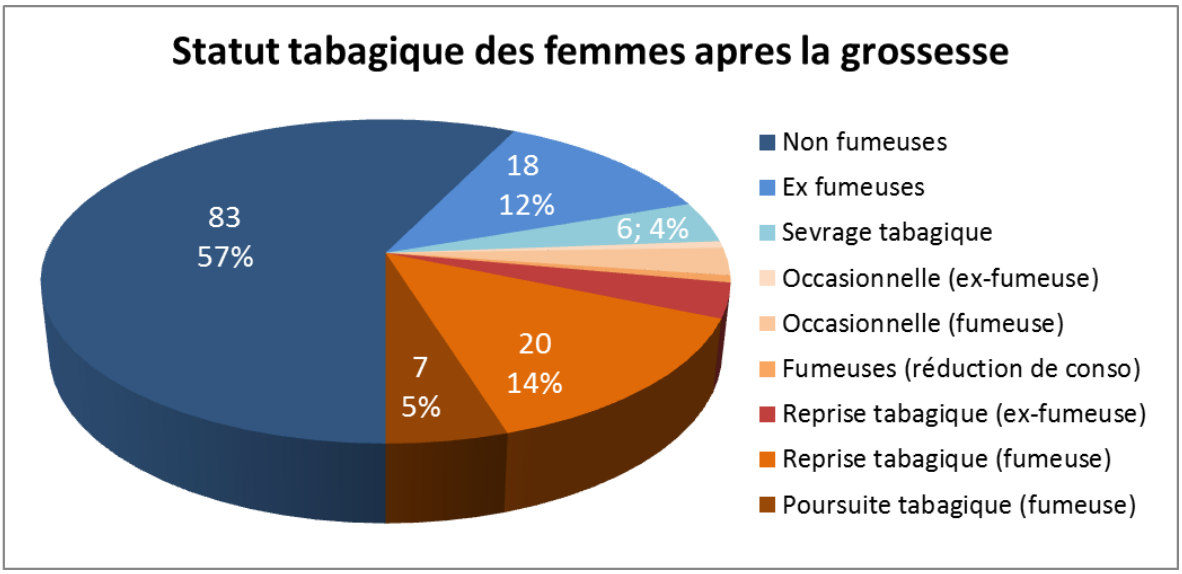


FIGURE 7 – STATUT TABAGIQUE DES FEMMES APRES LE GROSSESSE

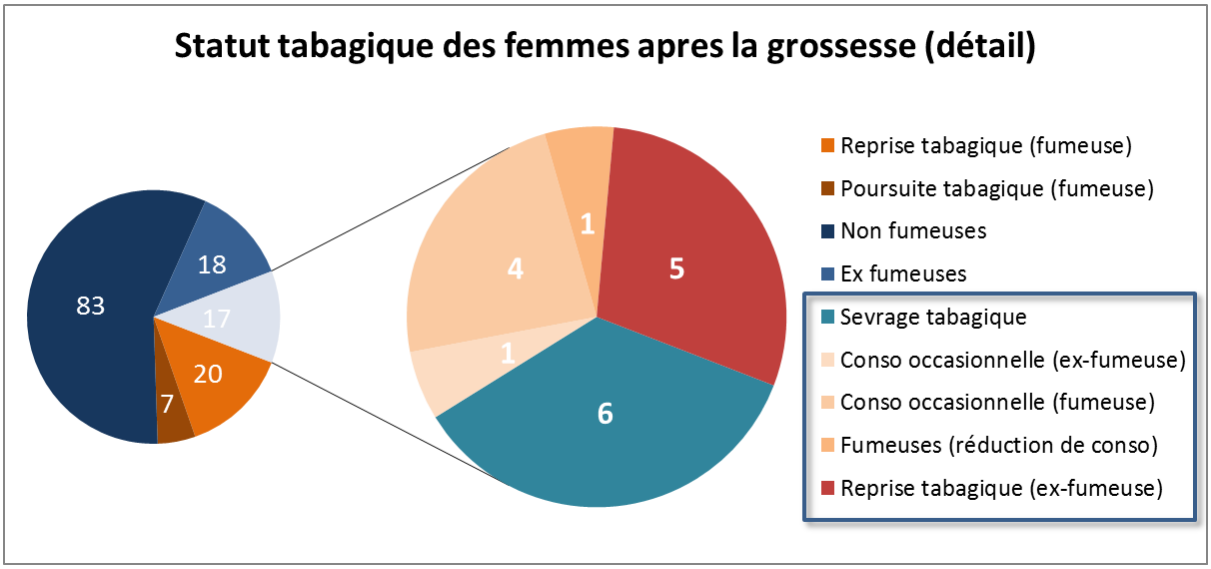


FIGURE 8 – DETAIL DU STATUT TABAGIQUE DES FEMMES APRES LE GROSSESSE

7.5 COMPARAISON DE LA CONSOMMATION TABAGIQUE EN DEBUT DE GROSSESSE, PENDANT LA GESTATION ET A DISTANCE DE L'ACCOUCHEMENT.

Répartition de l'échantillon en fonction du statut tabagique au début, pendant la grossesse et à distance de l'accouchement

Statut au moment du diagnostic de grossesse	**Statut pendant la grossesse**	**Statut en post-partum au moment de l'enquête**
83 non fumeuses (57 %)	83 non fumeuses	83 non fumeuses
24 ex-fumeuses (17 %)	1 reprise avec réduction de la consommation	1 reprise de consommation antérieure
	23 non fumeuses	4 reprises de consommation antérieure
		1 consommation occasionnelle
		18 non fumeuses
38 fumeuses (26 %)	31 arrêts complets	21 reprises de la consommation antérieure
		4 consommations occasionnelles
		6 maintiens de l'abstinence
	7 arrêts incomplets	6 reprises de la consommation antérieure
		1 maintien de la réduction de la consommation
	0 maintien de la consommation antérieure	
Soit 107 femmes ne fumant pas et 38 fumeuses	Soit 137 femmes ne fumant pas et 8 fumeuses	Soit 107 femmes ne fumant pas et 38 fumeuses.

Répartition des femmes fumeuses et non fumeuses au moment de l'enquête en fonction de leur statut tabagique au début et durant la grossesse.

Statut au moment du diagnostic de grossesse	**Evolution en post-partum au moment de l'enquête**	**Evolution en post-partum au moment de l'enquête**
108 femmes qui ne fument pas	83 femmes n'ayant jamais fumé	
	24 ex-fumeuses	• 18 ex fumeuses avant la grossesse n'ayant pas repris. • 6 femmes fumeuses ayant arrêté pendant la grossesse et n'ayant pas repris.
38 femmes qui fument	• 32 femmes ayant repris après une tentative d'arrêt complet ou incomplet pendant la grossesse • 1 femme ayant maintenu sa réduction de consommation • 5 femmes ayant une consommation occasionnelle	

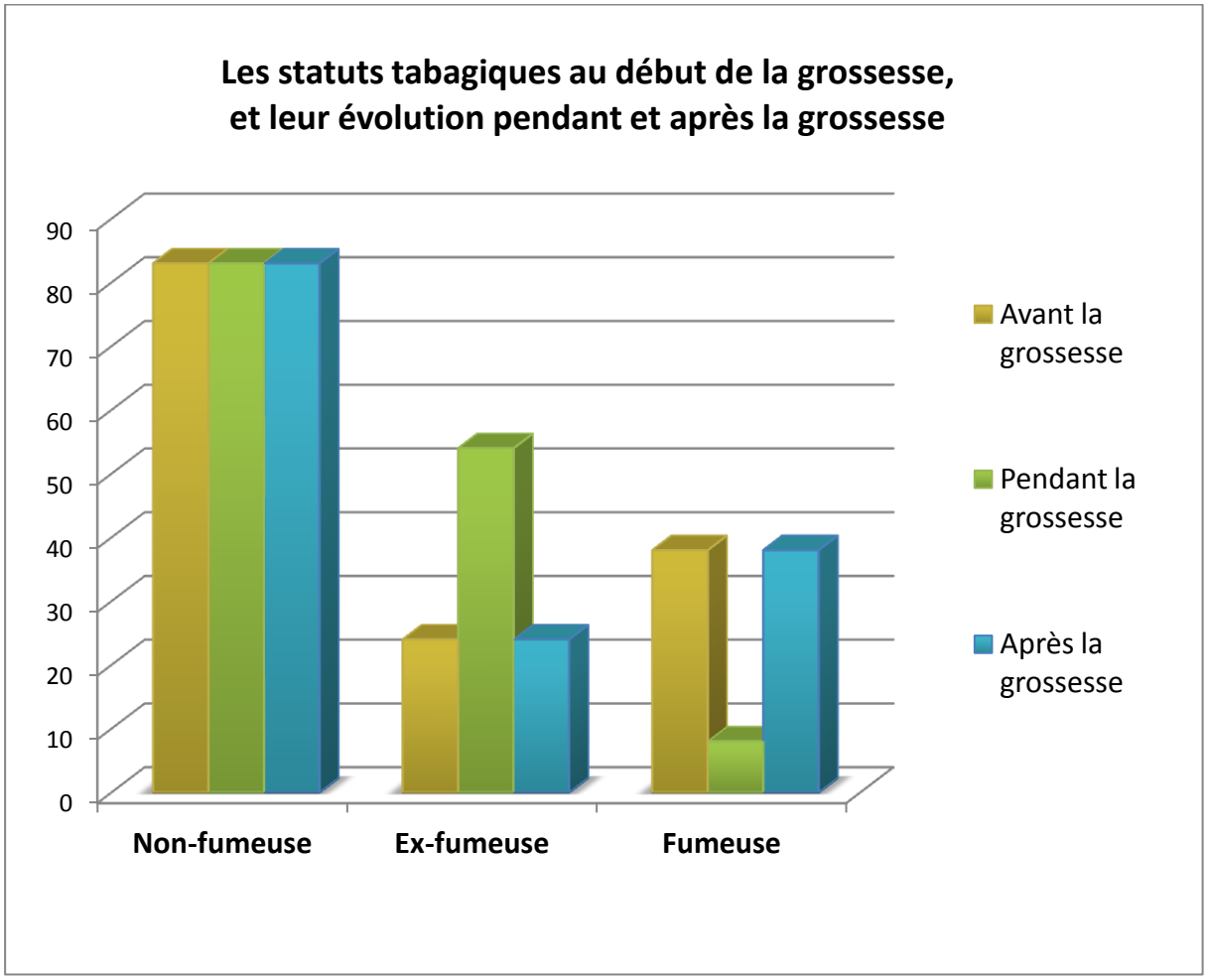


FIGURE 9 – STATUTS TABAGIQUES AU DEBUT DE LA GROSSESSE ET EVOLUTION PENDANT ET APRES LA GROSSESSE

Le comportement tabagique pendant la grossesse prédit-il le comportement après la grossesse ?

Comportement pendant la grossesse	**Pourcentage du maintien du même comportement après la grossesse**
Non fumeuse	100 % (83/83)
Ex-fumeuse	78 % (18/23)
Arrêt complet	19 % (6/31)
Arrêt incomplet	12 % (1/8)
Ne fume pas (non fumeuse ou ex-fumeuses ou arrêt complet)	78 % (107 /137)
Fume (arrêt incomplet)	100 % (7/7) dont 86 % fument de nouveau la consommation antérieure à la grossesse et 14 % fument moins qu'avant la grossesse

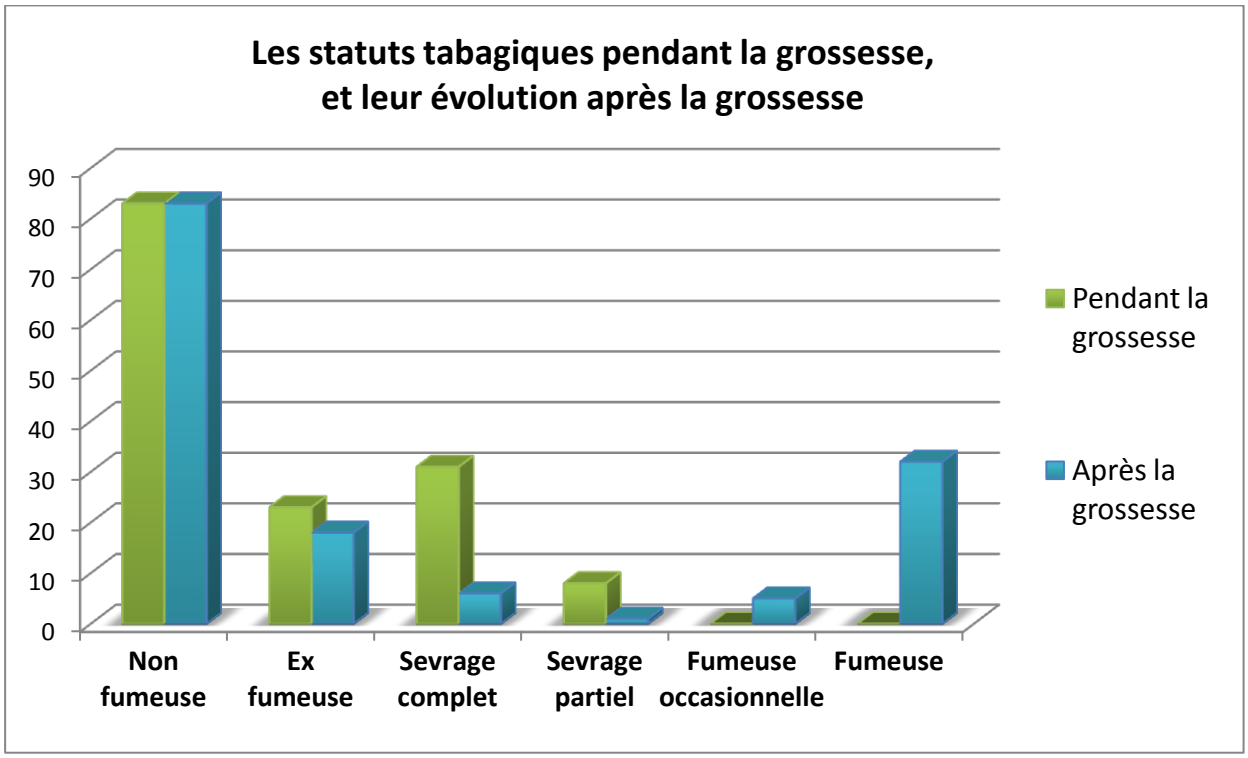


FIGURE 10 – STATUTS TABAGIQUES PENDANT LA GROSSESSE ET LEUR EVOLUTION APRES LA GROSSESSE

Le comportement tabagique avant la grossesse prédit-il le comportement après la grossesse ?

Comportement avant la grossesse	**Pourcentage du maintien du même comportement après la grossesse**
Non fumeuse	100 % (83/83)
Ex-fumeuse	75 % (18/24)
Femme ne fumant pas (non fumeuse ou ex-fumeuse)	94 % (101/107)
Femme fumeuse	84 % (32/38) fument toujours : • 71 % (27/38) au même niveau de consommation antérieur • 3 % (1/38) à un niveau de consommation réduit par rapport au niveau antérieur • 10 % (4/38) ont une consommation occasionnelle

8 DISCUSSION

Caractéristiques de la population

L'étude des caractéristiques de l'échantillon de population de cette enquête montre une âge moyen de 32 ans, un peu plus élevé que l'âge moyen de maternité en France retrouvé par l'INSEE qui est de 30 ans et une parité de 1,57 enfant, inférieure à celle de la parité nationale de 2 publiée également par l'INSEE [29]. Ces différences peuvent s'expliquer par le statut salarié et par le niveau de formation professionnelle et le niveau socioéconomique élevés de l'ensemble des femmes interrogées.

L'âge moyen de l'enfant au moment de la reprise du travail et donc le recul de l'enquête par rapport à l'accouchement est de 8 mois. Il est beaucoup plus important que pour une population de salariées dans d'autres branches professionnelles et s'explique par les dispositions de la convention collective des banques concernant la maternité qui sont très favorables aux jeunes mamans.

Dans l'enquête, 74 % des femmes ayant renseigné l'information sur leur allaitement, allaitent ou ont allaité, ce qui semble cohérent avec le taux national d'allaitement de 65,9 %, sachant que les cadres et les professions intermédiaires allaitent plus, que les disparités régionales sont très importantes et que les taux d'allaitement en Ile de France retrouvée en 2007 étaient autour de 78 % [43].

Fréquence du tabagisme chez les femmes avant la grossesse

Dans l'échantillon étudié, 26 % de femmes fument et 74 % sont non fumeuses (57 % n'ont jamais fumé, 17 % sont ex-fumeuses).

La proportion des fumeuses semble plus importante que celle 24,1 % des fumeuses quotidiennes retrouvée dans le baromètre 2010 tout âge confondu. Elle est cependant inférieure à celle de 35,8 % retrouvée par le baromètre dans la tranche d'âge des 25-34 ans, principale tranche d'âge de notre échantillon. Il semblerait donc que les femmes de notre échantillon soient moins fumeuses que celle de la population française générale, ce qui s'explique en grande partie encore par le niveau socioéconomique élevé de la population étudiée ; cadres et professions intermédiaires pour qui en 2003 était retrouvé une prévalence du tabagisme nettement plus faible que celle de la population générale de respectivement 23 % et 27 %. On ne connaît pas dans l'échantillon la proportion cadre/non cadre qui aurait pu être intéressante pour expliquer plus précisément la prévalence du tabagisme dans l'échantillon.

Le nombre moyen de cigarettes fumées dans l'échantillon est de 8,79 et est inférieur au nombre moyen de cigarettes fumées par les femmes fumeuses en France évalué à 12,3. Cette différence s'explique encore probablement par le niveau socioprofessionnel et économique plus élevé de l'échantillon par rapport à la population générale.

Avant leur grossesse, 17 % des femmes de l'échantillon se sont déjà arrêtées. Elles fumaient en moyenne 10,25 cigarettes par jour, donc une consommation supérieure à celles qui continuent à fumer en début de grossesse. Elles se sont arrêtées en moyenne 4 ans avant la grossesse. A partir des données du baromètre 2010, on observe dans la

population féminine générale une diminution de 3 points de la prévalence du tabagisme entre les tranches d'âge 20-25 ans et 26-34 ans. Dans notre échantillon, il semblerait que cette diminution du tabagisme chez la femme jeune survienne de façon plus importante (17 %) et plus tardive (plutôt vers 28 ans), possiblement en lien avec des études plus longues et un souhait de grossesse plus tardif. Il est d'ailleurs à souligner que 55 % de ces arrêts avant, voire bien avant la grossesse (délai moyen de près de 4 ans) sont motivés uniquement ou en partie par un souhait de grossesse ultérieure.

Fréquence du tabagisme chez les femmes pendant la grossesse

Dans cette enquête, toutes les femmes fumeuses (38 femmes) avant la grossesse ont modifié leur comportement tabagique pendant la grossesse :

- 82 % des femmes fumeuses (soit 31 femmes) se sont complètement arrêtées de fumer et 27 de ces femmes (soit 87 % des femmes s'étant complètement arrêtées) avaient pour unique motivation d'arrêt leur grossesse en cours.
- 16 % (soit 6 femmes) ont diminué leur consommation de façon significative, puisque leur consommation moyenne est de 3,8 cigarettes (1-5) et est donc diminué de plus de moitié par rapport à la consommation moyenne des femmes de l'échantillon avant la grossesse qui était de 8,79 cigarettes par jour.

Il faut noter qu'une femme ex-fumeuse a repris une consommation réduite pendant la grossesse, ce qui fait que pendant la grossesse, le taux de femmes fumeuses est de moins de 5 % (7 femmes sur 145). Ce taux semble faible par rapport à ceux retrouvés dans d'autres enquêtes telles que le baromètre 2010 ayant retrouvé 24 % de femmes fumeuses, l'étude sur les certificats de naissance de la DREES en 2007 retrouvant un taux de 16,4 % de femmes fumeuses pendant la grossesse et surtout des 28 % de femmes fumeuses retrouvés par l'étude l'INSERM de 2004. Mais au sujet de cette dernière enquête, il est a souligné la nette différence retrouvée par catégories socioprofessionnelle en ce qui concernait la consommation de tabac avant la grossesse, mais surtout en ce qui concernait la proportion d'arrêts en cours de grossesse. Cette étude a retrouvé un taux de tabagisme de 9 % au cours de la grossesse pour les femmes cadres. L'étude ayant été réalisée en 2004 et le tabagisme dans la population générale ayant légèrement involué depuis, ces chiffres tendant à se rapprocher des 5 % de fumeuses pendant la grossesse retrouvées dans notre enquête.

Ce taux de 5 % de femmes fumeuses et d'enfants exposés in utéro est assez comparable aux taux retrouvés dans d'autres pays européens tels que la Suède (6 % en 2004) ou l'Allemagne (11 % en 2004) où la politique de santé publique en matière de protection contre le tabagisme maternel du fœtus in utéro semble beaucoup plus efficace.

On peut cependant s'interroger sur la validité des enquêtes basées sur des questionnaires et plusieurs études ont montré que le mode déclaratif sous estimait largement le nombre de femmes fumeuses et le nombre de cigarettes fumées.

Dans l'enquête, les femmes fumeuses se sont arrêtées en moyenne à 5 semaines de grossesse (2 semaines-4 mois). Cette précocité de l'arrêt était retrouvée également dans l'étude transversale de 2003 où 85 % avaient arrêté leur consommation au premier trimestre de la grossesse.

Plus de la moitié de ces femmes (62 %) ont tenté un sevrage tabagique complet et sont donc sans doute bien informées des risques du tabagisme sur la grossesse.

La très grande majorité des femmes a agi seule face à leur consommation tabagique, puisque uniquement 8 % des femmes de l'échantillon ont reçu une aide extérieure : 1 femme qui s'est arrêtée a reçu un traitement substitutif et a bénéficié d'une consultation de tabacologie, 2 femmes qui ont diminué leur consommation, sans parvenir à un sevrage complet, ont reçu un traitement substitutif et l'une d'entre elle est allée également consulter en tabacologie. Au total, 3 femmes sur les 38 de notre échantillon ont reçu un traitement nicotinique (soit 8 %) et 2 femmes ont été aidées par un tabacologue (soit 5 %). L'étude périnatale de 2003 retrouvait un taux de 3,5 % d'utilisation des substituts nicotiniques. Les effectifs de l'étude sont faibles, mais sont peut être en faveur d'une légère augmentation, cependant toujours insuffisante, du recours aux substituts nicotiniques chez la femme enceinte.

Fréquence du tabagisme chez les femmes après la grossesse et comparaison avec la consommation pendant la grossesse.

Parmi les 31 femmes qui avaient totalement arrêté de fumer pendant la grossesse, seules 6 (soit environ 19 %) sont restées abstinentes au moment de leur visite médicale de reprise du travail. En fait, 21 femmes (soit 68 %) ont repris leur consommation antérieure et 4 femmes (soit 13 %) n'ont repris qu'une consommation occasionnelle, mais cela risque fortement de les ramener dans un délai plus ou moins bref à la reprise de leur consommation antérieure. Donc au total, dans notre étude, 81 % des femmes ayant fait l'effort d'arrêter pendant la grossesse ont repris une consommation quotidienne ou occasionnelle. Ces résultats sont très proches de ceux des quelques enquêtes existantes sur ce sujet [42]. Ces dernières retrouvent que 70-80 % de fumeuses qui ont arrêté de fumer pendant la grossesse reprennent leur consommation en post-partum.

19 % des femmes de notre échantillon qui ont arrêté de fumer pendant la grossesse resteront potentiellement non fumeuses et garderont dans ce cas un réel bénéfice de cet arrêt sur leur propre santé avec en particulier une augmentation de leur espérance de vie.

Ici encore, on peut cependant s'interroger sur la validité des enquêtes basées sur des questionnaires et sur le fait que le mode déclaratif sous estimerait largement le nombre de femmes fumeuses et le nombre de cigarettes fumées. Le taux de CO expiré n'a pu être mesuré dans l'enquête car tous les médecins du service n'étaient pas équipés de CO testeur.

Aucune de ces femmes qui se sont arrêtées pendant leur grossesse n'a reçu de conseil, ni d'aide au maintien de son abstinence ni à la maternité, ni en suite de couche, notamment lors de la visite de consultation du postpartum. Le recueil de cette information ayant été fait en moyenne 8 mois après l'accouchement, ce taux de conseils donnés est sans doute un peu sous-estimé, certaines femmes ayant pu les oublier à distance.

En terme de santé publique, on ne peut que déplorer cette reprise massive de la consommation tabagique chez ces femmes fumeuses avant la grossesse qui pour la majorité d'entre elles avaient réussi seules à s'arrêter. La perte de la motivation de l'arrêt qui était pour la très grande majorité d'entre elles uniquement liée à la grossesse, le plaisir et l'envie sont cités respectivement 7 et 8 fois comme causes de reprise. Les autres causes citées sont :

- Le stress (8 fois cités), la fatigue (2 fois citées), la reprise du travail (3 fois citées) et un problème personnel (1 fois cité) qui peuvent être considérés comme des facteurs de stress.
- Des circonstances comportementales et cognitives telles que le conjoint fumeur (5 fois cités), la solitude (2 fois citées), l'ennui (2 fois cités), une fête avec de l'alcool (1 fois citée).
- La prise de poids (1fois citée).

Un suivi faisant appel à des techniques comportementales et cognitives en post-partum pourrait sans doute diminuer le risque de reprise de la consommation. Il pourrait être utile en effet qu'en post-partum, le soignant valorise les efforts engagés par la femme pour obtenir le sevrage, qu'il l'aide à prendre et à garder conscience des bénéfices acquis depuis l'arrêt de sa consommation. Il pourrait également lui donner quelques outils pratiques pour éviter les récidives, en l'informant déjà de ce risque important de reprise dans la période du post-partum, en l'aidant à prévoir les situations à risque et en renforçant son sentiment d'efficacité personnelle.

Seule 1 femme a cité la peur de prendre du poids comme cause de reprise du tabac. Une étude récente de 2009 [44] a mis en évidence le rôle déterminant de la surcharge pondérale et des difficultés pour retrouver leur poids de départ par rapport au début de grossesse dans la reprise du tabac.

Le statut tabagique du conjoint est parfois montré comme déterminant pour le maintien de l'arrêt. On peut regretter qu'il n'ait pas été recherché de façon systématique dans cette enquête.

Le délai moyen de reprise après l'accouchement est moins de trois mois, ce qui parait cohérent avec les quelques enquêtes sur les reprises tabagiques après la grossesse [42] retrouvant une proportion de 30 à 80 % de reprise à 6 mois. Le nombre moyen de cigarettes fumées par ces femmes est de 7,2 et est donc très proche du nombre moyen de 8,79 cigarettes qu'elles fumaient avant la grossesse.

Parmi les 8 femmes ayant réduit leur consommation pendant la grossesse, 1 seule a maintenu une réduction de sa consommation et les 7 autres ont repris leur consommation antérieure. C'est parmi ces 7 femmes que l'on retrouve les 5 femmes qui ont reçu des conseils à propos du tabagisme en suite de couche. D'une part, l'effet bénéfique sur le fœtus de cette réduction de la consommation tabagique pendant la grossesse n'est pas certain, car ces femmes ont tendance à tirer davantage sur leurs cigarettes restantes. D'autre part, sur l'abstinence à long terme pour la femme, cette stratégie de diminution ne semble pas efficace. Il est donc d'autant plus important que le soignant délivre le message clair du « Zéro tabac » pendant la grossesse qui est le seul moyen efficace d'épargner totalement le fœtus de l'effet du tabac et qui peut dans

certains cas conduire à une sevrage durable chez la femme et donc à un bénéfice à long terme pour la santé de la mère.

Comparaison de la consommation tabagique en début de grossesse, pendant la gestation et à distance de l'accouchement.

Au moment de l'enquête, à distance de l'accouchement, le nombre de femmes ne fumant pas à cette période (107 femmes) est exactement identique à celui des femmes qui ne fument pas au moment du diagnostic de grossesse (107 femmes), mais la répartition à l'intérieur de cet ensemble de femmes non fumeuses s'est modifiée en dehors du nombre de femmes n'ayant jamais fumé qui est toujours resté identique (83 femmes au moment du diagnostic de grossesse, 83 femmes pendant la grossesse et 83 femmes en post-partum au moment de l'enquête).

Le groupe de femmes qui ne fument pas en post-partum au moment de l'enquête est composé de 83 femmes n'ayant jamais fumé, de 18 ex-fumeuses au moment du diagnostic de grossesse (18 sur 23) et qui n'ont pas repris et de 6 femmes fumeuses avant la grossesse, qui ont complètement arrêté de fumer pendant la gestation et qui sont restées abstinentes à distance de l'accouchement au moment de l'enquête.

Parmi les 24 femmes qui ont arrêté de fumer avant le diagnostic de grossesse, 23 sont restées abstinentes pendant toute la grossesse et 1 seule a repris pendant la grossesse avec une consommation réduite par rapport à la consommation antérieure. A distance de l'accouchement, au moment de l'enquête, 18 femmes (soit 75 %) sont restées abstinentes, 5 ont repris leur consommation antérieure à la grossesse et enfin 1 seule fume occasionnellement. D'une part, l'arrêt de la consommation tabagique avant la grossesse semble plus efficace pour l'exposition fœtale (1 enfant sur 24 enfants de mère ex-fumeuses, soit 4 % a été exposé au tabac in utéro contre 7 enfants sur 38 enfants de mères fumeuses au moment du diagnostic de grossesse, soit 18 %). D'autre part, l'arrêt du tabagisme avant la grossesse permet un meilleur taux d'abstinence à distance de l'accouchement : 75 % d'abstinence contre 16 % pour les femmes qui fumaient au moment du diagnostic de grossesse. En termes de santé pour les enfants et pour les femmes, il semblerait donc beaucoup plus efficace de promouvoir un sevrage avant la grossesse. Il pourrait être utile de motiver les femmes en les faisant réfléchir sur des motivations d'arrêt pour elles-mêmes et pour leur propre bien-être et de ne pas se contenter lors d'une intervention brève ou d'un conseil minimal de leur classique réponse « je m'arrêterai quand je serai enceinte ». Cette motivation est certes très importante et prouve que les femmes sont bien conscientes maintenant du risque qu'elles feraient prendre à leur enfant en continuant leur consommation tabagique, mais cette enquête semble confirmer que pour elles-mêmes cette stratégie d'arrêt au moment de la grossesse n'est souvent pas efficace et que peu d'entre elles garderont pour leur propre santé le bénéfice de l'arrêt.

C'est une conclusion à laquelle aboutit également une étude québécoise de juin 2007(44), réalisée à partir d'entrevues semi-dirigées avec des femmes enceintes de milieux socioéconomiques variés : « Si le moment de la grossesse constitue un moment privilégié pour l'acquisition de meilleures habitudes de vie, il comporte … son lot de difficultés et d'interdits qui sont autant de sources de stress pour les futures mères. C'est pourquoi il semble pertinent d'informer les jeunes femmes sur les effets néfastes du

tabac pour elles et leurs enfants avant qu'elles deviennent enceintes ; bref, agir précocement en tentant de prévenir le tabagisme chez les adolescentes et aider les jeunes fumeuses à abandonner le tabac ».

9 CONCLUSION

Cette enquête a été réalisée auprès d'environ 150 femmes salariées d'une grande banque française en région parisienne lors de leur visite médicale de reprise d'activité professionnelle. Un questionnaire a relevé le statut tabagique de ces femmes au moment du diagnostic de grossesse, pendant la gestation et à distance de l'accouchement au moment de l'enquête.

Toutes les femmes fumeuses au moment du diagnostic de grossesse ont modifié leur comportement tabagique pendant la grossesse. 82 % ont arrêté complètement et 18 % ont diminué leur consommation. Mais ce comportement tabagique pendant la grossesse n'est pas prédictif du statut tabagique après la grossesse puisque seulement 19 % des femmes qui se sont arrêtées pendant la grossesse restent abstinentes à distance de leur accouchement au moment de l'enquête.

Le comportement tabagique avant le diagnostic de grossesse est beaucoup plus prédictif du statut tabagique à distance de l'accouchement. Dans l'enquête, nous avons retrouvé exactement le même nombre de femmes qui fumaient avant le diagnostic de grossesse et de femmes qui fument au moment de l'enquête. Cependant, la répartition à l'intérieur du groupe de femmes qui fument à distance de l'accouchement est un peu différente de celle à l'intérieur du groupe des femmes qui fumaient au moment du diagnostic de grossesse. En effet, 25 % des femmes ex-fumeuses au moment du diagnostic de grossesse ont repris une consommation à distance de l'accouchement.

Il semble néanmoins que l'arrêt du tabac antérieurement à la grossesse soit d'une plus grande efficacité pour la santé du futur enfant et pour celle de la mère. Puisque 75 % des ex-fumeuses au moment du diagnostic de grossesse sont restées abstinentes au moment de l'enquête contre seulement 19 % d'abstinence parmi les femmes qui se sont arrêtées pendant la grossesse. Agir pour limiter l'initiation tabagique des jeunes filles et aider les femmes à s'arrêter avant leur grossesse semble être une stratégie plus efficace au long cours sur la santé des femmes. Par le biais d'interventions brèves, de conseils minimaux plus systématiques et d'entretiens motivationnels, il pourrait être utile d'aider les femmes jeunes à réfléchir à l'arrêt du tabac bien avant leur grossesse. Leur motivation ne serait plus uniquement la protection de leurs futurs enfants, mais elles seraient également amenées à développer une motivation à l'arrêt pour elles-mêmes.

Enfin, dans cette enquête, aucune femme fumeuse qui s'est arrêtée pendant sa grossesse n'a reçu de conseils vis-à-vis du tabac en post-partum. Une intervention faisant appel notamment à des méthodes de thérapies comportementales et cognitives effectuée en maternité ou par d'autres soignants amenés à rencontrer ces femmes à distance de leur accouchement pourrait sans doute contribuer à faire augmenter le nombre de femmes abstinentes au moment de leur reprise du travail.

10 BIBLIOGRAPHIE

1. Delcroix M, Gomez C, Marquis P, Guilbert J, Tabac, fertilité et grossesse. Gynécologie obstétrique, Elsevier Masson, Paris, 2007, 5-048-M-30, 16p.
2. Augood C, Duckitt K, Templeton A, Smoking and female infertility : a systematic review and meta-analysis, Human reproduction, 1998, 13 : 1532-1539.
3. De Mouzon J. Tabac et fertilité, tabac et PMA. La revue du praticien Gynecologie et obstétrique 2001 ; 55 : 34-8.
4. Coste J. et al. Risks factors for ectopic pregnancy : a case-control study in France, with special focus on infectious factors. Am J Epidemiol 1991; 133 (9): 839-49.
5. KlineJ, et al. Smoking: a risk factor for spontaneaous aborption. N Engl J Med 1977; 297 (15): 793-6.
6. Källen.K, The impact of maternal smoking during pregnancy on delivery outcome, European J of public health, 2001, II, 3, 329-333.
7. Delcroix M. La grossesse et le tabac. Paris : PUF Collection “Que sais-je? », 2011 ; n°3490.
8. Naye E. Placenta praevia : predisposing factors and effects on the fetus and the surviving infants, Obstet. Gynecol, 1978, 52, 521-525.
9. Contal M, Masson G et coll. Conséquences du tabagisme in utéro pour le nouveau-né. J Gynecol obst biol reprod, Masson, Paris, 2005, vol 34, hors-série n°1, 3S215-3S222.
10. Timor-Tritsch I and al. Fetal movements associated with fetal heart rate accelerations and decelerations. Am J Obstet Gynecol, 1978, 131, 276-280.
11. Gomez C et coll, Expirated air carbon monoxide concentration in mothers and their spouses above 5 ppm is associated with discreased fetal growth. Prev Med 2005, 40, 10-15.
12. Kirchengast S and al. Nicotine consumption before and during pregnancy affects not only newborn size but also birth modus. J.biosoc.sci.2003.35-175-188.
13. Lieberman E et al. Low birthweight at term and the timing of fetal exposure to maternal smoking. Am J Public Health 1994; 84 (7): 1127-31.
14. DelcroixM, Gomez C. Grossesse et tabac: evaluation objective des effets du tabagisme par la mesure du monoxyde de carbone, résultats de 13 330 mesures lors de l’accouchement, BEH, 2006, 221-21, 145-147.
15. Ward C and al. Prevalence of maternal smoking and environmental tobacco smoke exposure during pregnancy and impact on birth weight: retrospective study using Millemium cohord. BMC Public Health May 2007.
16. Wang X and al. Maternal cigarette smoking, metabolic gene polymorphism and infant birth weight. Jama 2002; 287(2): 195-202.
17. Aagaard-Tillery K and al. Pharmacogenomics of maternal tobacco-use: genomic and épigenomic mechanisms. Obst Gynecol 2010 Mar 115(3) : 568-77.

18. Cournot MP et al. Quels sont les risques d'embryo-foetopathies liées à l'exposition au tabagisme pendant la grossesse ?. J Gynecol Obstet Biol reprod, 2005, 34, Hors-série n°1, 3S124-3S129.

19. Tolcos M et al. Chronic prental exposure to carbon monoxide results in a reduction in tyrosine hydroxylase immunorectivity and an increase in choline acetyltransferase-immunoreactivity in the fetal medulla: implications for Sudden Infant Death Syndrome. Journal of neuropathology and Experimental Neurology, 2000, 59 (3): 218-228.

20. Ino T. Maternal smoking during pregnancy and offspring obesity: meta-analysis, Pediatrics International, 2009, 52: 94-99.

21. Montgomery S and al. Smoking during pregnancy and diabetes mellitus in a British longitudinal birth cohort. BMJ, 2002, 324 (7328): 26-27.

22. Weissman M et al. Maternal smoking during pregnancy and psychopathology in offspring followed to adulthood. Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry, 1999, 38: 892-899.

23. Linnet KM. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. Am J Psychiatry 160: 1028-1048, june 2003.

24. Wakschlag L, Hans S. Maternal smoking during pregnancy and conduct problems in high-risk youth: A developmental framework. Development & Psychopathology 2002;14(2):351-369.

25. Wakschlag LS, Pickett KE, Cook E, Benowitz NL, Leventhal BL. Maternal smoking during pregnancy and severe antisocial behavior in offspring: A review. American Journal of Public Health 2002;92(6):966-974.

26. Buka SL, Shenassa E D, Niaura R. Elevated risk of tobacco dependence among offspring of mothers who smoked during pregnancy: a 30-year prospective study. Am J Psychiatry, 2003; 160: 1978-1984.

27. Billaud N, « quelles sont les autres conséquences à long terme du tabagisme in utero », J Gynecol obst Biol Reprod, Masson, Paris, 2005, vol.34, hors série1.

28. Beck François et al. Augmentation récente du tabagisme en France: principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. N° 20-21 (2011/05).

29. Pison Gilles. France 2009 : l'âge moyen à la maternité. Population et sociétés N°465, mars 2010, N° ISSN 018477.

30. Tubiana M. Le tabagisme, Bull.Acad.Natle. Med, 2009, N°6, 1371-1385, séances du 9 juin 2009.

31. Delcroix M. La grossesse et le tabac. 2ème édition. Collection Que sais-je n°3490. Paris : PUF, 2002 :13.

32. Lelong N, et al. Evolution de la consommation des femmes pendant la grossesse en France de 1972 à 2003, J Gynecol Obstet Biol reprod,Paris, 2010.

33. Vilain A., Peretti C., Herbet J.-B., Blondel B., 2005, « La situation périnatale en France en 2003. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », Études et résultats, n° 383, mars.

34. Euro-Peristat Project, avec SCPE, Europeristat, 2008.
35. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. AFSSAPS, mai 2003.
36. Conférence de consensus : « Grossesse et tabac », 7 et 8 octobre 2004, Grand palais, Lille, J Gynecol obstet biol Reprod (Paris). Tiré àpart, avril 2005, 479 p.
37. www.afssaps.fr/info de sécurité/communiqués-point press/traitements-de-substitut-nicotinique-TSN-et-femmes enceintes. 6/10/2006.
38. Morales-Suares-Varela M, Bille C, Christensen K et Olsen J. « Smoking habits, nicotine use, and congenital malformations ». Obstet Gynecol 2006 ; 107 :51-7.
39. Conférence de consensus Edimark 1998 p 53
40. Oncken C. Nicotine Gum for pregnant smokers: a randomized controlled trial. Obstet gynecol oct; 112(4): 859-867.
41. Goldade K and al. Breastfeeding and smoking among low income women: results of a longitunal qualitative study. Birth 35: 3septembre 2008, p230-240.
42. Levitt.C. Systematic review of the litterature on postpartum care : effectiveness of interventions for smoking relapse prevention, cessation and reduction in postpartum women. Bith vol 34, issue 4, p341-347, December 2007.
43. Collet.M,Villain.A. Les certificats de sortie au 8ème jour, validités 2006 et 2007. DREES, N°12 juin 2010 p58.
44. Pelle.C, Cousin-Verlin.C. Le poids : élément de reprise tabagique. La revue Sage-femme. Vol 8, n°5, pages 292-298 (novembre 2009).
45. Guyon.L, Tabagisme et grossesse. Représentations sociales chez des mères québécoises. Drogues, santé et société, vol 6 n°1, pp105-142.

Questionnaire

« le comportement tabagique pendant la grossesse prédit-il le comportement après la grossesse ? »

But de l'étude **:** Mise en évidence de l'impact de la grossesse sur le statut tabagique des femmes pendant et après la grossesse.

Secteur :…….. Nom de la patiente :…….. Age de la femme :…….ans

Parité : ……..enfants Age du dernier enfant :……..mois Allaitement : OUI □ NON □ Si oui, durée : ……..

Statut tabagique au moment du diagnostic de la grossesse	Statut tabagique pendant de la grossesse	Statut après la grossesse (au moment de la visite de reprise)
☐ **NON FUMEUSE** (n'a jamais fumé quotidiennement)	☐ **NON FUMEUSE** (avant et pendant la grossesse)	☐ **NON FUMEUSE** (avant, pendant et après la grossesse
□ Ex-fumeuse 1) Délai d'arrêt avant la grossesse : …… 2) Motivation de l'arrêt : ● Exclusivement liée à la grossesse ☐ ● Pas uniquement liée à la grossesse ☐ ● Non liée à la grossesse ☐ 3) Quantité moyenne fumée avant l'arrêt : ……..cigarettes par jour	☐ Arrêt complet pendant la grossesse 1) Terme de la grossesse au moment de l'arrêt : …….. 2) Motivation de l'arrêt : ● Exclusivement liée à la grossesse ☐ ● Pas uniquement liée à la grossesse ☐ ● Non liée à la grossesse ☐ 3) Modalité de l'arrêt : ● Seule sans aide ☐ ● Avec substitut nicotinique ☐ ● Consultation de tabacologie ☐ ● Autre ☐ Préciser : ……..	☐ Maintien du sevrage tabagique complet ☐ CONSOMMATION OCCASIONNELLE (quelques cigarettes depuis l'accouchement, sans consommation quotidienne) ☐ Arrêt de la consommation après l'accouchement

□ Fumeuse 1) Quantité moyenne fumée : ……..cigarettes par jour 2) Durée de la consommation : ……	□ Arrêt incomplet pendant la grossesse 1) Quantité moyenne fumée pendant la grossesse : ……..cigarettes par jour 2) Essai d'arrêt complet : oui □ non □ 3) Modalités de la réduction : ● Seule sans aide □ ● Avec substitut nicotinique □ ● Consultation tabacologie □ ● Autre □Préciser :……	□ Maintien de la réduction de consommation Quantité moyenne fumée actuellement : ……..cigarettes par jour
	□ **TABAGIQUE** (poursuite de la consommation antérieure à la grossesse) 1) Essai d'arrêt : oui □ non □ 2) Essai de substitut nicotinique : oui □ non □ 3) Consultation de tabacologie : oui □ non □ **4) Autre** □Préciser :……	□ Poursuite ou reprise de la consommation antérieure a la grossesse ou plus : 1) Délai de reprise après l'accouchement : …… 2) Quantité fumée actuellement : ……..cigarettes par jour 3) Causes de la rechute d'après la patiente : …… ……

Question supplémentaire pour toutes les femmes fumeuses avant la grossesse :

1) Avez-vous reçu une aide au sevrage ou au maintien du sevrage en postpartum ? oui □ non □

Si oui : ● Soit des conseils à propos du tabac à la maternité □

● Soit des conseils à propos du tabac lors de la visite de contrôle en suite de couche □

● Soit un essai de substitut nicotinique □

● **Soit autre aide □, à préciser :** ……

2) Mesure du CO expiré par cotesteur (si possible) :……ppm