

UNIVERSITE MONTPELLIER I

Faculté de Médecine Montpellier I

Année Universitaire 2012 – 2013

MÉMOIRE

en vue de l'obtention du

Diplôme Inter-Universitaire de Tabacologie

**Impact de l'activité physique sur la
relation au tabac des femmes
enceintes fumeuses : une étude
transversale.**

Présenté par

FILHOL Gautier

Étudiant Master STAPS RAPA
7 rue des amandiers 66390 BAIXAS
gautier.filhol@gmail.com

Directeur de Mémoire :

BERNARD Paquito

Juin 2013

« Ce mémoire a été réalisé grâce à la collaboration de l'ensemble de l'équipe de l'Unité de Tabacologie du CHU Arnaud de Villeneuve que je souhaite remercier, notamment Mme Marcais-Espiand pour toute l'aide dont j'ai pu bénéficier. Un grand merci aussi aux sites et personnes extérieures au CHU Montpellier ayant participé à cette étude. Enfin j'aimerais remercier tout particulièrement mon directeur de mémoire Mr Paquito Bernard pour sa disponibilité et son implication, et sans qui ce projet n'aurait pu aboutir. »

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	4
1.1. TABAC ET GROSSESSE.....	4
1.1.1. <i>Raisons de fumer.....</i>	5
1.1.2. <i>Sentiment d'efficacité personnelle lié au tabac.....</i>	6
1.1.3. <i>Dépendance au tabac.....</i>	6
1.1.4. <i>Déterminants à la consommation de tabac et prédicteurs d'arrêt.....</i>	7
1.2. ACTIVITE PHYSIQUE ET GROSSESSE.....	9
1.2.1. <i>Bénéfices de l'activité physique.....</i>	9
1.2.2. <i>Recommandations pour la santé.....</i>	10
1.3. ACTIVITE PHYSIQUE ET TABAC.....	11
2. MATERIEL ET METHODE.....	12
2.1. TYPE D'ETUDE.....	12
2.2. TYPE DE PARTICIPANTES.....	12
2.3. TYPE DE VARIABLES MESUREES.....	12
2.4. TYPE D'OUTILS DE MESURE.....	13
2.5. TYPE DE TRAITEMENT DES DONNEES.....	14
3. RESULTATS.....	15
4. DISCUSSION.....	17
5. CONCLUSION.....	20
6. BIBLIOGRAPHIE.....	22
7. ANNEXES.....	29

1. Introduction.

Actuellement, le tabac représente la cause de mortalité la plus évitable dans le monde (1). La consommation de tabac apparaît comme facteur de risque pour six des huit causes majeures de mortalité dans le monde (1). Webber et Hill (2010) qualifient l'arrêt du tabac comme l'action de prévention en santé la plus efficace qu'il soit (2). Cependant, alors que la consommation de tabac était en baisse en France depuis 2 décennies, celle-ci est apparue augmentée en 2010, en particulier chez les femmes en passant de 23% en 2005 à 26% en 2010 ($p < 0.001$) (3). De plus, la tranche d'âge pour laquelle la prévalence de fumeuses est la plus élevée est 20-34 ans (3). Or cela coïncide avec la période de la vie d'une femme où celle-ci aspire à devenir mère. Ce constat amène la problématique de la consommation de tabac durant la grossesse, qui reste importante en France (4), et ceci malgré les conséquences négatives de la cigarette sur la santé de la mère et du fœtus (5).

1.1. Tabac et grossesse.

Le tabac durant la grossesse représente un réel enjeu de santé publique. En effet, Lamy et Thibaut dans leur enquête épidémiologique observent qu'environ 35% des femmes enceintes consomment du tabac en début de grossesse et 18% jusqu'à l'accouchement (6). La France est le pays pour lequel la prévalence de femmes enceintes fumeuses est la plus élevée d'Europe (4). Plusieurs facteurs psychologiques et sociaux apparaissent comme prédicteurs d'une consommation de tabac durant la grossesse. Une comparaison entre des femmes n'ayant jamais fumé et des femmes toujours fumeuses lors de l'accouchement montre que les fumeuses sont plus défavorisées, vivent seules (16,4% vs 9,1%), font état d'antécédent de dépression (18,1% vs 11,4%) et d'un stress plus élevé durant la grossesse (42,9% vs 32,9%) (7). De plus, le sevrage tabac des femmes enceintes représente une problématique majeure. L'enquête descriptive de Grangé (2006) sur 979 sujets montre que parmi les 303 femmes fumeuses en début de grossesse, 126 ont réussi leur sevrage tabagique (41,6%) dont la majorité au cours du premier trimestre (84,1%) (7). Cependant, 97% des femmes qui réussissent leur sevrage durant la grossesse reprennent la cigarette après l'accouchement (6), dont la moitié au cours des premiers 6 mois après l'accouchement (8).

Les conséquences de cette consommation de tabac durant la grossesse entraînent des répercussions à la fois sur la santé de la mère et sur celle du fœtus. La Haute Autorité de Santé (5) indique que la cigarette augmente les risques de grossesse extra-utérine en plus de ceux de complications respiratoires et cardiovasculaires pour la mère, ainsi que les risques d'avortement spontané, de retard de croissance intra-utérin, d'accidents obstétricaux et de mort in utero pour le fœtus. Il convient de mieux comprendre la relation au tabac des femmes enceintes fumeuses afin de trouver des solutions plus adaptées pour les aider.

1.1.1. Raisons de fumer.

Peu d'études se sont intéressées aux raisons qu'ont les femmes enceintes de fumer. Deux revues de la littérature, de Brosky en 1995 ainsi que de Ebert et Fahy en 2007, montrent que les femmes continuant à fumer lors de la grossesse le font pour les bénéfices psychologiques et socio comportementaux que leur apporte la cigarette (9,10). Le tableau 1 recense les raisons de fumer des femmes enceintes décrites dans ces deux revues.

Tableau 1. Raisons de fumer des femmes enceintes (9,10).

Type	Raisons
Psychologique :	<ul style="list-style-type: none"> -Fumer pour contrôler ses émotions (supprimer une émotion négative, se détendre). -Fumer pour gérer son stress (augmenté lors de la grossesse par les futures responsabilités, la peur de ne pas revenir à son poids d'avant grossesse et de ne pas être capable d'arrêter de fumer). -Fumer pour éviter les inconvénients de l'arrêt du tabac (symptômes de sevrage) et pour protéger les autres de son irritabilité.
Sociologique et comportementale :	<ul style="list-style-type: none"> -Fumer pour « organiser » sa journée. -Fumer pour faire « une pause ». -Fumer car cela fait partie de soi. -Fumer car cela renvoie une image perçue comme avantageuse par la fumeuse.

Les femmes continuant à fumer durant leur grossesse présentent pour la plupart une attitude positive vis à vis de la cigarette (9). Cette attitude est cependant contrebalancée par leur ressenti, avec la sensation d'être jugé à cause de leur consommation de cigarettes et de leur manque de motivation à arrêter (10). Ceci amène les femmes fumeuses au cours de la grossesse à considérer la cigarette comme une amie et une ennemie, l'aimant et la haïssant tout à la fois (9).

1.1.2. Sentiment d'efficacité personnelle lié au tabac.

Le sentiment d'efficacité personnelle (« croyance que possède un individu en sa capacité à produire ou non une tâche », 11) apparaît comme un élément clef lors de la consommation de tabac, influençant le changement de comportement (12) et donc l'arrêt ou la poursuite du tabagisme (13). En effet, une méta analyse de 54 études (14) indique que l'efficacité personnelle, en particulier lorsque celle-ci est mesurée en fin de traitement, est associée au maintien de l'abstinence à moyen et long terme. De plus, un sentiment d'efficacité personnelle faible apparaît comme un facteur majeur de la rechute tabagique (15).

Chez les femmes enceintes, une étude transversale sur 143 sujets observe que, par mis les 5 stades du changements issus du modèle transtheorique (16), les femmes enceintes fumeuses se trouvant dans les stades de l'action et du maintien présentent des niveaux d'efficacité personnelle liée au tabac plus élevés que ceux des femmes étant dans les groupes de pré-contemplation, contemplation et rechute (17). Ces résultats montrent l'influence de l'efficacité personnelle sur les tentatives d'arrêt du tabac ainsi que sur la réussite du maintien de l'abstinence chez des femmes enceintes fumeuses. Enfin, durant la grossesse, un niveau faible d'efficacité personnelle est associé à la poursuite d'une consommation tabagique (18).

1.1.3. Dépendance au tabac.

En 1975, l'Organisation Mondiale de la Santé définissait la dépendance comme « un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage), la tolérance pouvant être présente ou non. ». Cette définition reflète bien la tabacodépendance et ses dimensions physique,

psychologique et comportementale. La dépendance à la nicotine apparaît comme le principal facteur physiologique freinant l'arrêt du tabac (19). En effet, deux récentes revues de la littérature indiquent qu'un niveau élevé de dépendance au tabac représente un important facteur de rechute (20,21). À l'inverse, un faible niveau de dépendance représente un prédicteur majeur de tentatives (21) et de réussite du sevrage (20,21).

Durant la grossesse, les revues de Lu et al (2001) ainsi que de Masey et Compton (2013), de 9 et 8 études respectivement, indiquent qu'un niveau de dépendance élevé fait partie des déterminants à une consommation de tabac prénatale (22,23). L'étude transversale de Grangé (2005) sur 979 femmes enceintes observe que les femmes qui ne parviennent pas à arrêter présentent une dépendance au tabac plus forte que celles réussissant leur sevrage (24), résultats appuyés par l'analyse rétrospective de Ma et al.(2005) sur 327 sujets (18).

1.1.4. Déterminants à la consommation de tabac et prédicteurs d'arrêt.

Plusieurs facteurs sociodémographiques et psychologiques apparaissent comme déterminants à la consommation de tabac durant la grossesse. Concernant les caractéristiques sociodémographiques, les revues de littératures indiquent que le jeune âge de la mère, la parité (nombre d'accouchement), le statut social (occupation et situation familiale), un entourage proche fumeur, un niveau d'éducation faible ainsi qu'un âge de début précoce, une dose et une durée importantes de consommation de tabac en plus d'un niveau de dépendance élevée favorisent la poursuite du tabagisme durant la grossesse (22,23,25). En effet, une étude transversale à mesures répétées sur 10 ans comprenant 694 926 sujets à observé que 37% des femmes enceintes de moins de 19 ans fumaient (vs 23% chez les 20-24 ans), que 30% des femmes vivant seules consommaient du tabac (vs 8% chez les mariées) et que les femmes avec moins d'occupation durant leur grossesse étaient plus exposées à la cigarette (21% vs 4%) (26). Homish et al dans leur études de suivi (316 sujets pendant 8 mois) montrent que les femmes enceintes avec une forte proportion de proches (partenaires et amis) fumeurs ont davantage tendance à poursuivre leur consommation (RR=1.37, 95% CI : 1.16-1.63, $p < 0.001$) pour un partenaire fumeur et RR=1.17, 95% CI : 1.10-1.25, $p < 0.001$ pour des amis fumeurs) (27). Pour les facteurs psychologiques, la dépression, un haut niveau de stress et un sentiment d'efficacité personnelle faible soutiennent la consommation de cigarette

par les femmes enceintes (18,24). Enfin, une méconnaissance des risques liés au tabac ainsi qu'une non-participation aux séances d'éducation à la santé et de préparation à l'accouchement apparaissent comme déterminants d'un tabagisme prénatal (10,24).

Concernant les prédicteurs d'arrêt du tabac durant la grossesse, ceux-ci sont présentés dans le tableau 2.

Tableau 2. Prédicteurs d'arrêt durant la grossesse (18,22,23,28–30).

Type	Prédicteurs
Sociodémographique :	<ul style="list-style-type: none"> -Revenus élevés. -Niveau d'éducation élevé. -Être nullipare. -Vivre en couple. -Avoir un partenaire non-fumeur. -Dépendance au tabac faible (dose et durée de consommation faibles).
Psychologique :	<ul style="list-style-type: none"> -Personnalité (agréabilité, selon le modèle de Costa et McRae). -Motivation forte. -Estime de soi élevée. -Efficacité personnelle élevée. -Sentiment de contrôle élevé. -Sentiment de compétence parentale élevé. -Soutien perçu élevé. -Niveau bas d'anxiété et de stress. -Peu de problèmes interpersonnels, comportementaux et en lien avec sa santé.

1.2. Activité physique et grossesse.

Malgré les connaissances actuelles sur les bénéfices procurés par l'activité physique (AP, « tout mouvements corporels qui permettent d'augmenter sa dépense énergétique au-dessus de sa dépense de repos » ; 31) régulière sur la santé physique et mentale (32), environ 60% des femmes sont inactives lors de leur grossesse (33). Cette inactivité physique est à l'origine de complications prénatales comme une fatigue accrue, un gain de poids excessif ainsi qu'un risque augmenté de diabète gestationnel et d'hypertension (34).

1.2.1. Bénéfices de l'activité physique.

L'AP durant la grossesse est bénéfique pour la mère et le fœtus (35). En effet, pratiqué de manière quotidienne (>30min d'AP modéré par jour) celle-ci présente plusieurs intérêts. Zavorsky et Longo (2011) ont recommandé l'AP comme moyen de prévenir de manière optimale l'apparition des complications durant la grossesse (36).

Premièrement, l'AP permet le maintien ou l'amélioration de la fonction cardio-respiratoire et de l'appareil musculaire. Une étude observationnelle menée en 2010 sur 44 femmes durant leurs grossesses a montré que celles qui étaient actives quotidiennement (≥ 30 minutes d'AP modérée par jour) possédaient une condition physique plus élevée (indiquée par la VO_{2max}) (active : 2742 ± 475 mL/min ; inactive : 2256 ± 484 mL/min ; $p = 0,002$) ainsi qu'une fréquence cardiaque (Fc) de repos plus basse (active : $66,7 \pm 7,8$ bpm ; inactive : $74,6 \pm 6,4$ bpm ; $p = 0,001$) (37).

Deuxièmement, l'AP limite la prise de poids. Un gain de poids normal durant la grossesse est compris entre 11,4 kg et 15,9 kg (38). L'étude de cohorte (n = 1388) de Stuebe et al (2009) montre qu'une AP vigoureuse (> 6 équivalents métaboliques ; MET ; 30 minutes par jours) durant le second trimestre est associée négativement et proportionnellement avec le gain de poids gestationnel (39).

De plus, un comportement actif durant la grossesse autorisera un temps d'accouchement plus court. Melzer (2010) a observé que les femmes actives (≥ 30 minutes d'AP modérée par jour) avaient une phase d'expulsion de 88 min en moyenne contre 146 min pour celles qui avaient un comportement sédentaire ($p = 0,05$) (37). L'AP légère (entre 1,5 et 2,9 MET) à partir de 7 heures par jour protège aussi du risque d'avoir un nouveau-né de faible poids (poids < 2500g) (OR = 0,61 ;

95 % CI = 0,39-0,94), comme indiqué dans l'étude de cas témoin de Takito en 2010 (40).

Un comportement actif (pratiquer n'importe quelle AP durant son temps libre) diminue les risques de pré éclampsie (OR = 0,65 ; 95 % CI = 0,63-0,99) (41) et de diabète gestationnel (OR = 0,52 ; 95 % CI = 0,33-0,80) (41) qui en cas d'apparition multiplie par 7,4 les risques de diabète de type 2 à long terme (42).

Enfin, en plus des bénéfices physiques, l'AP favorise le bien être psychologique (43). En effet, une revue de littérature de 86 articles indique que l'AP a des effets antidépresseurs et permet de plus de diminuer l'anxiété liée à la grossesse ainsi que d'améliorer l'estime et l'image de soi (44).

1.2.2. Recommandations pour la santé.

Selon les directives cliniques conjointes de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) et de la Société Canadienne de Physiologie de l'Exercice (SCPE), il est recommandé aux femmes enceintes sans contre-indication d'inclure des exercices de conditionnement aérobie et musculaire à leur mode de vie, l'entraînement aérobie n'ayant pour but que de maintenir un niveau raisonnable de forme physique (34). Il est conseillé aux femmes durant leur grossesse de pratiquer une AP régulière les conduisant à une dépense énergétique cible de 28 équivalents métaboliques par heure et par semaine (MET-h/sem), le minimum bénéfique étant de 16 MET-h/sem (36).

Les recommandations concernant l'AP sont établies en fonction de la nature de l'activité, sa fréquence par semaine, son intensité, et sa durée en minutes d'effort à l'intensité cible par séance. Le tableau 3 décrit les recommandations d'AP durant la grossesse.

Tableau 3. Recommandations pour l'activité physique durant la grossesse (35,36).

Nature de l'activité :	Activité aérobie	RM
Fréquence :	3-4	1-2
Durée :	15-30 min	30 min
Intensité :	60-90% $F_{c_{max}}$ 50-85% $VO_{2_{max}}$	Légère à modérée

Notes : min = minutes ; $F_{c_{max}}$ = fréquence cardiaque maximale ;

$VO_{2_{max}}$ = consommation d'oxygène maximale ; RM = Renforcement Musculaire.

1.3. Activité physique et tabac.

Plusieurs études ont montré que le niveau d'AP était négativement associé à la consommation de cigarettes (45–48). La prévalence de fumeurs actifs est d'environ 25%, soit 4% de la population générale (49). De nombreuses études, dont une récente méta analyse, ont démontré les bénéfices de l'exercice physique sur les symptômes de sevrage (50). Cependant, peu se sont intéressées aux effets de l'AP dans le cadre de la consommation même de tabac. Pignataro et al dans leur revue de littérature indiquent que les fumeurs pratiquant une AP régulière vivent plus longtemps et ont une diminution des risques cardiovasculaires (en particulier des accidents vasculaires cérébraux et d'hypertension artérielle) ainsi que de cancer (poumon, colon et rectum) (51). Une seconde analyse de cohorte observe quant à elle que les fumeurs actifs font plus de tentatives d'arrêt car plus souvent dans les stades du changement correspondant à la « préparation » et ont des scores de dépendance au tabac plus faibles (49).

Concernant les femmes enceintes, très peu d'études se sont penchées sur ce sujet. Une étude transversale sur 88 femmes enceintes fumeuses a observé que 36% de celles-ci pratiquaient une AP (30 minutes au moins 5 jours par semaines) (52). Enfin, l'étude de faisabilité de Ussher et al indique qu'une session d'exercice physique permet de réduire le craving et d'améliorer l'état affectif chez des femmes enceintes en période d'abstinence tabagique (53). Cependant, aucune donnée ne nous permettent d'estimer les effets d'un comportement actif durant la grossesse sur la consommation de tabac.

Cette revue de synthèse nous amène donc à nous demander si, au vue des recommandations en AP pour la santé durant la grossesse, le niveau d'AP des femmes enceintes influence leur relation au tabac ?

Nous émettons alors 3 hypothèses à ce sujet : (I) les femmes enceintes fumeuses actives ont des raisons de fumer différentes de celles des femmes enceintes fumeuses non actives ; (II) les femmes enceintes fumeuses actives ont un niveau d'efficacité personnelle plus élevé que les femmes enceintes fumeuses non actives et (III) les femmes enceintes fumeuses actives sont moins dépendantes au tabac que les femmes enceintes fumeuses non actives. Par actives et non actives, nous entendons qui atteignent les recommandations en AP durant la grossesse ou pas.

2. Matériel et méthode.

2.1. Type d'étude.

Afin de répondre à cette question et vérifier nos hypothèses, nous avons conçu un questionnaire anonyme en ligne (« mieux comprendre les femmes enceintes fumeuses », annexe 1) via la plateforme en ligne « epsyline » du laboratoire Epsilon. Nous avons ensuite diffusé le lien vers ce questionnaire sur différents sites et forums en lien avec la grossesse et le tabac. Ce questionnaire se décompose en 3 parties comprenant des informations générales (caractéristiques sociodémographiques et informations sur la grossesse), une partie relation au tabac et une autre concernant l'AP pour un total de 56 items. Il s'agit donc d'une étude descriptive et observationnelle, une étude transversale.

2.2. Type de participantes.

Pour participer à cette étude et répondre à ce questionnaire, les critères d'inclusion demandaient d'être francophone, enceinte, et de fumer au minimum une cigarette par semaine. Nous avons choisi un minimum d'une cigarette par semaine en nous basant sur la définition des fumeurs occasionnels et des « lights smokers » issu de la revue de Husten de 2009 (54), ceux-ci représentant une partie non négligeable des femmes enceintes fumeuses. En effet, certaines femmes enceintes, n'arrivant pas à arrêter complètement ou définitivement leur tabagisme, rentrent dans ces catégories (55).

2.3. Type de variables mesurées.

Afin de vérifier nos hypothèses, nous avons mesuré 3 dimensions influençant fortement la relation au tabac durant la grossesse : la dépendance tabagique, le sentiment d'efficacité personnelle lié au tabac ainsi que les raisons qu'ont les femmes enceintes de fumer. Nous avons de plus mesuré le niveau d'AP des femmes enceintes et ainsi vérifier la présence d'associations entre cette variable et les différentes dimensions de la relation au tabac durant la grossesse. Enfin, nous avons relevé différentes caractéristiques sociodémographiques ainsi que des informations sur les antécédents médicaux et le déroulement de la grossesse actuelle.

2.4. Type d'outils de mesure.

Plusieurs questionnaires scientifiques validés ont été utilisés afin de mesurer les différentes variables. Concernant la relation au tabac, les raisons de fumer des femmes enceintes seront mesurées à l'aide de l'échelle modifiée sur les raisons de fumer (MRSS) validé en français par Berlin et collaborateurs en 2003 (56). Il s'agit d'un auto questionnaire en 21 items avec un mode de réponse de type Lickert cotée de 1 (« jamais ») à 5 (« toujours »). L'analyse factorielle de cette échelle fait ressortir 7 dimensions pouvant catégoriser les différentes raisons de fumer : « addiction », « plaisir de fumer », « réduction de la tension/relaxation », « tabagisme social », « stimulation », « habitude/automatisme » et « manipulation ». Enfin, l'alpha de Cronbach de l'échelle nous indique que celle-ci est relativement fiable (0,53-0,76) (57).

Pour la dépendance au tabac, nous avons choisi l'échelle de dépendance à la cigarette en 5 items (CDS-5) élaborée et validée en français (58). Cette échelle présente une bonne validité interne (alpha de Cronbach = 0,77) (57). Nous avons préféré ce questionnaire à celui de Fagerstrom pour sa meilleure fiabilité (0,68 vs 0,77) et car il apparaît mieux adapté aux « lights smokers » et fumeurs occasionnels de la grossesse. L'interprétation des scores va de 5 (« faible dépendance ») à 25 (« forte dépendance »).

Afin de mesurer le sentiment d'efficacité personnelle en l'abstinence au tabac, nous avons utilisé le « smoking self-efficacy questionnaire » (SEQ-12) validé en français (13). Le SEQ-12 est un auto questionnaire en 12 items avec réponse de type Lickert coté de 1 à 5 indiquant la confiance à s'abstenir de fumer malgré des stimulus internes (items 1 à 6) et externes (items 7 à 12). Ce questionnaire présente une très bonne validité interne (0,94-0,95) (13). Les scores allant de 12 à 60, reflétant un niveau élevé d'efficacité personnelle en l'abstinence à fumer pour les scores les plus hauts.

Notons qu'aucun des questionnaires sur la relation au tabac employés dans cette étude n'a déjà été utilisé chez des femmes enceintes.

Pour l'AP, nous avons opter pour le « Godin leisure time exercise questionnaire » (GLTEQ) (59) qui a déjà été employé avec des femmes enceintes (60) mais non validé en français. C'est un auto questionnaire en 4 items sur la durée du temps libre passé à pratiquer des activités physiques intenses, modérées et légères. Les réponses permettent le calcul de MET qui pourront ainsi être comparés aux

recommandations en matières d'AP durant la grossesse (28 MET-h/sem). Cependant, afin que les résultats puissent être confrontés aux données des recommandations, nous n'utiliserons que les items 1 (activités intenses) et 2 (activités modérées) du questionnaire. En effet, les activités listées dans l'item 3 (activités d'intensité faible telle que la marche lente, le golf ou le bowling) n'apparaissent pas comme d'importantes contributrices à l'amélioration de la santé par l'AP et pourraient fausser les données (61).

2.5. Type de traitement des données.

La vérification des hypothèses, donc les comparaisons des données issues des femmes enceintes fumeuses actives par rapport aux non actives, se fera à l'aide du t de Student pour échantillons indépendants.

3. Résultats.

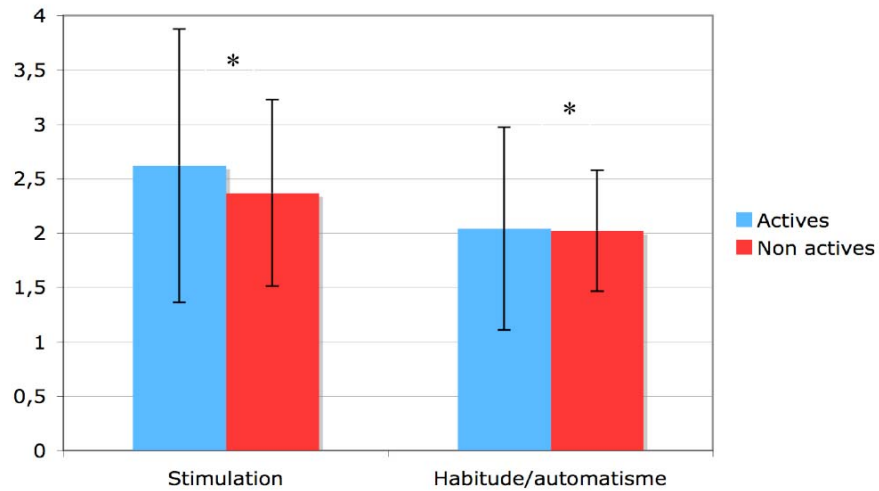
Concernant le questionnaire en ligne, 20 sites (sur 67) impliquées dans les domaines de la périnatalité et/ou de la tabacologie ont accepté de diffuser le lien de l'étude (annexe 2). Un total de 69 sujets ont répondu au questionnaire en ligne. Cependant, 10 sujets n'ont pas rempli le GLTEQ et n'ont donc pas pu être catégorisé en femmes enceintes fumeuses actives ou non actives. Le tableau 4 présente les caractéristiques de tous les sujets inclus dans l'étude, réunis ainsi que par groupe.

Tableau 4. Caractéristiques des sujets inclus dans l'étude.

	Toutes (n = 69)	Actives (n = 16)	Non actives (n = 43)
Age :	30,6	28,8	31
IMC :	24	25,8	23,5
Terme :	4,6	3,7	5,1
Ont des enfants :	37,7 %	25 %	44,2 %
Vivent en couple :	94,2 %	100 %	90,7 %
Ont un conjoint fumeur :	76,8 %	81,2 %	79 %
Travaillent actuellement :	57,9 %	50 %	58,1 %
Age de début de la consommation quotidienne de tabac :	15,7	15,5	15,8
Nombre d'arrêts de plus de 7 jours :	1,8	1,2	2,1

Concernant les raisons de fumer des femmes enceintes, l'analyse des résultats montre des différences significatives ($p < 0,05$) pour les dimensions « stimulation » et « habitude/automatisme » entre les femmes enceintes fumeuses actives et inactives. La figure 1 rend compte des différences pour ces 2 dimensions de la MRSS entre les fumeuses actives et non actives.

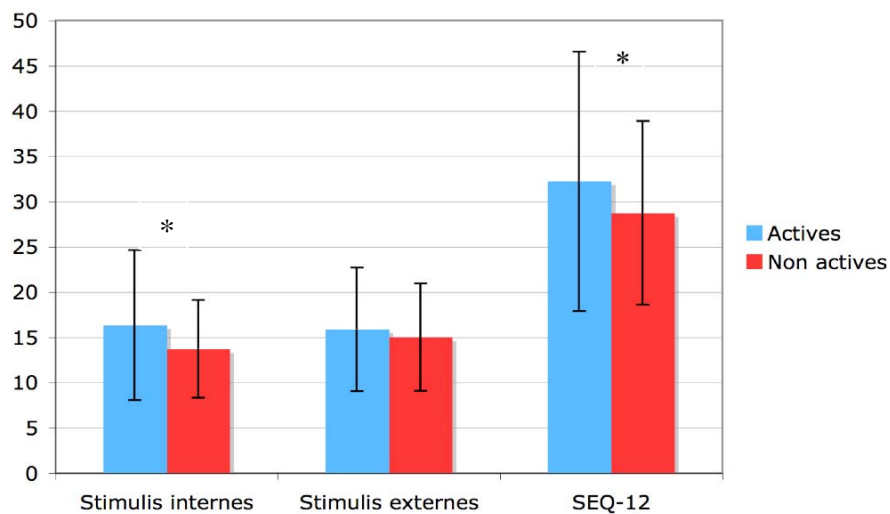
Figure 1. Comparaisons des femmes enceintes fumeuses actives et non actives pour les dimensions « stimulation » et « habitude/automatisme » de la MRSS.



Notes : * $p < 0,05$.

Pour le sentiment d'efficacité personnelle liée au tabac, l'observation des données révèle une différence significative ($p < 0,05$) entre les sujets actifs et non actifs pour les facteurs liés aux stimuli internes (items 1 à 6) et pour le score total du SEQ-12. La figure 2 permet l'appréciation de ces différences au niveau de l'efficacité personnelle liée au tabac entre le groupe actif et le groupe non actif.

Figure 2. Comparaison des scores du SEQ-12 chez des femmes enceintes fumeuses actives et non actives.



Notes : * $p < 0,05$.

Pour ce qui est des effets de l'AP régulière sur la dépendance au tabac, la comparaison des résultats au CDS-5 issus des femmes enceintes fumeuses actives et non actives n'a pas montré de différences significatives ($p > 0,05$).

La vérification des alpha de Cronbach montre une bonne validité interne pour le CDS-5 et la MRSS en général ainsi qu'une très bonne validité pour le SEQ-12. Le tableau 5 récapitule la totalité des résultats tirés de l'analyse statistique pour les femmes enceintes fumeuses actives et non actives ainsi que les alpha de Cronbach par outils de mesure.

Tableau 5. Synthèse des résultats.

		Actives	Non actives	<i>p</i>	Alpha Cronbach
MRSS	Addiction	3,65	3,62	0,215	0,75
	Plaisir	3,79	3,52	0,889	0,47
	Réduction	4,06	3,93	0,332	0,86
	Social	2,71	2,51	0,935	0,80
	Stimulation	2,62	2,37	0,010	0,80
	Habitude	2,04	2,02	0,019	0,59
	Manipulation	2,68	2,11	0,603	0,48
SEQ-12	Internes	16,38	13,72	0,003	
	Externes	15,88	15,02	0,123	
	Total	32,25	28,74	0,029	0,91
CDS-5	Dépendance	17,13	15,70	0,984	0,69

4. Discussion.

Dans un premier temps, il est intéressant de comparer les caractéristiques des sujets inclus aux connaissances que nous avons sur les déterminants à la poursuite du tabagisme durant la grossesse. Tout d'abord, concernant l'âge des femmes enceintes fumeuses ayant remplis le questionnaire, la moyenne est de 30,5 ans. Ce constat va à l'encontre des informations de Lu et al. (22) indiquant que le jeune âge (< 20 ans) apparaissait comme un déterminant à la consommation de tabac prénatale.

Néanmoins, comme cette revue de littérature l'avaient observé, l'âge de début précoce (15,7 ans) et vivre en couple avec un fumeur (76,8 %) semblent liés à la poursuite de la consommation durant la grossesse (22). Ensuite, deux résultats de plus paraissent contredire les données de la littérature. En effet, nous observons que 54 % des femmes enceintes fumeuses continuaient à travailler au moment de remplir le questionnaire alors que Jaakola et al. en 2001 indiquaient que peu ou pas d'occupation professionnelle durant la grossesse déterminait la poursuite du tabagisme (26). De plus, une étude transversale sur 718 femmes enceintes fumeuses observa que le fait de ne pas avoir d'enfants apparaissait comme un prédicteur d'arrêt (29) alors que plus de 60 % de nos participantes reportent ne pas être déjà mère. Ensuite, nos résultats confirment qu'un niveau faible d'efficacité personnelle (32,25 et 28,74 au total pour le SEQ-12 pour les actives et non actives respectivement) ainsi que dépendance moyenne à élevée (17,13 et 15,70 au total pour le CDS-5 pour les actives et non actives respectivement) contribuent à la consommation de tabac anténatale (18,25). Enfin, concernant les raisons de fumer durant la grossesse, nos données sont là encore en accord avec la littérature. En effet, Brosky (9) ainsi que Ebert et Fahy (10) indiquent que les motivations majeures pour la consommation sont la réduction des tensions (4,06 et 3,93 pour cette dimension chez les actives et non actives respectivement) et l'addiction (3,65 et 3,62 pour cette dimension chez les actives et non actives respectivement). Seule la dimension liée au plaisir de la MRSS apparaît élevée dans notre étude (3,79 et 3,52) alors que celle-ci n'est pas spécifiée dans la littérature.

Pour ce qui est de l'influence de l'AP régulière sur la relation au tabac des femmes enceintes, l'analyse des résultats tend à valider nos premières et secondes hypothèses. En effet, nous observons que le groupe des femmes enceintes atteignant les recommandations de 28 MET-h/sem d'AP présente un score significativement plus élevé pour les dimensions « stimulation » et « habitude » de la MRSS. Ceci signifierait donc qu'une AP régulière ne réduirait pas les motivations qu'ont les futures mères de fumer mais augmenterait les automatismes et l'effet stimulant liés à la cigarette. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes enceintes fumeuses déculpabiliseraient concernant leur consommation de tabac sachant qu'elles font déjà l'effort d'être actives pour la santé de leur enfant et la leur. Cependant, étant la première et seule étude à notre connaissance à aborder ce sujet, nous ne pouvons malheureusement pas comparer nos résultats à ceux de la littérature. Ensuite,

concernant l'efficacité personnelle en l'abstinence au tabac, les données indiquent que l'atteinte des recommandations en AP induit une augmentation du score lié aux stimuli internes ainsi que du score total du SEQ-12. Une AP régulière durant la grossesse permettrait d'augmenter son sentiment d'efficacité personnelle liée au tabac et favoriserait donc le changement de comportement (12) et l'arrêt du tabagisme (13). Aucune étude ne s'est intéressée aux effets de l'AP sur le sentiment d'efficacité personnelle dans les domaines de la tabacologie et de la périnatalité. Cependant, McAuley et al. en 1991 ont abordé ce sujet chez 81 séniors (54 ans de moyenne) à la fois avec une séance d'exercice et un programme d'AP de 20 semaines (3 séances d'une heure par semaines) (62). Les résultats montrent, suite au programme ou dès une séance d'exercice, une amélioration de l'efficacité personnelle liée à l'AP. Nos observations tendraient donc vers le même constat concernant les effets bénéfiques de l'AP sur le sentiment d'efficacité personnelle. Enfin, pour ce qui est de la dépendance au tabac, aucune différence significative n'a été trouvée entre les femmes enceintes fumeuses actives et non actives. L'AP régulière durant la grossesse ne serait donc pas associée avec le niveau de dépendance tabagique. Ce constat va à l'encontre des observations de Deruiter et al. (49) stipulant que les fumeurs actifs présentent des niveaux de dépendance plus faibles que les non actifs. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les femmes enceintes ne parvenant pas à stopper leur consommation de tabac présenteraient toutes des niveaux de dépendance élevés (25), masquant ainsi la différence observé par Deruiter et al. (49) entre les fumeurs actifs et non actifs. Néanmoins, nos données se rejoignent pour ce qui est du pourcentage de fumeurs actifs. En effet, nous observons dans notre étude 27 % de femmes enceintes fumeuses actives, la cohorte de 2008 estimant les consommateurs de tabac actifs à 25 % (49). Pour finir, il est intéressant de relever que les femmes enceintes actives ont plus tendance à être nullipares (25 % ont déjà un enfant contre 44,2 % chez les non actives), appuyant ainsi les données de Gaston & Cramp (63) indiquant que le fait d'avoir un ou plusieurs enfants apparaît comme un facteur limitant la pratique d'AP durant la grossesse.

De nombreuses limites viennent cependant atténuer les conclusions que nous pouvons tirer de cette étude. Tout d'abord, le nombre de sujets inclus dans le protocole (n = 69) apparaît légèrement insuffisant pour aboutir à des conclusions de poids. En effet, la plupart des études intégrant des femmes enceintes fumeuses ont

inclus 90 à 100 sujets minimum (7,17,52). Ce manque de sujets est particulièrement ressenti au niveau des fumeuses actives ($n = 16$), d'où une remise en question de la représentativité des résultats statistiques observés pour les effets de l'AP régulière sur la relation au tabac durant la grossesse. Ensuite, se pose le problème de la catégorisation des femmes enceintes fumeuses en actives ou non actives via le GLTEQ. Celui-ci ne s'intéresse qu'aux AP de loisirs, en omettant celles liées à l'activité professionnelle et au mode de transport. Or, l'activité au travail et le transport peuvent contribuer à l'atteinte des objectifs en AP durant la grossesse et cela aurait pu modifier les pourcentages de femmes fumeuses actives (atteignant les recommandations en AP) et non actives (n'atteignant pas les recommandations). Nous avons cependant opter pour ce questionnaire car il présentait l'avantage d'être court et d'avoir déjà été utilisé chez des femmes enceintes (60). Enfin, il aurait été intéressant de recouper les données que nous avons récupéré sur le tabac et l'AP avec des indicateurs obstétricaux et gynécologiques. Malheureusement, une erreur lors de l'élaboration du questionnaire (items 13 et 14 de la partie informations générales) ne nous a pas permis d'utiliser les réponses à ses questions.

À notre connaissance, il s'agit de la première et seule étude à s'intéresser aux effets de l'AP régulière, telle que recommandée durant la grossesse, sur la relation au tabac (raisons de fumer, efficacité personnelle et dépendance) des femmes enceintes fumeuses. Les résultats apparaissent encourageants pour ce qui est de l'influence de l'exercice sur le sentiment d'efficacité personnelle en l'abstinence au tabac mais le sont moins pour ce qui est des raisons de fumer et la dépendance. De nombreuses études restent à réaliser pour approfondir nos connaissances sur les différentes relations existantes entre AP, tabac et grossesse.

5. Conclusion.

La poursuite de la consommation de tabac durant la grossesse représente un réel enjeu de santé publique, les effets néfastes du tabac étant ressentis à la fois sur la santé de la mère et sur celle du fœtus (5). Nous possédons relativement peu de connaissances sur la relation au tabac des femmes enceintes fumeuses. Les raisons de fumer, l'efficacité personnelle liée au tabac et la dépendance tabagique restent des sujets à approfondir au cours de la période prénatale. Nous avons émis l'hypothèse qu'une AP régulière, comme recommandée à des fins de santé durant la grossesse (34,36), pourrait avoir une influence positive sur ces différentes dimensions de la

relation au tabac. Sur les 69 sujets ayant répondu à notre questionnaire en ligne, 59 ont pu être classés en femmes enceintes fumeuses actives (atteignant les recommandations en AP) ou non actives (ne les atteignant pas). Seulement 27 % ont présenté une pratique d'AP suffisante pour atteindre ces recommandations. Les résultats montrent des différences significatives entre les deux groupes concernant le sentiment d'efficacité personnelle liée au tabac ainsi que pour les raisons de fumer, mais pas pour la dépendance. Une AP régulière durant la grossesse permettrait donc d'augmenter son efficacité personnelle et favoriserait donc le changement de comportement (12) et l'arrêt de la consommation (13). De nombreuses études de plus grande ampleur restent à réaliser afin d'accroître nos connaissances sur les effets de l'AP sur le tabagisme au cours de la grossesse. Néanmoins, cette étude « pilote » tend à encourager l'intégration de l'AP à des fins de santé dans les domaines de la tabacologie et de la périnatalité.

6. Bibliographie.

1. Bettcher D, Smith E, Perucic A. Contrer l'épidémie mondiale de tabagisme. Bull. Épidémiologique Hebd. mai 2008;(21-22).
2. Webber F, Hill C. Editorial. Bull. Épidémiologique Hebd. mai 2010;(19-20).
3. Beck F, Guignard R, Richard J, Wilquin J, Peretti-Watel P. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. Bull. Épidémiologique Hebd. mai 2011;(20-21).
4. Braillon A, Lansac J, Delcroix M, Gomez C, Dubois G. [Tobacco and pregnancy: France always bad pupil]. J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod. févr 2010;39(1):1-2.
5. HAS. Grossesse à risque: orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. 2009.
6. Lamy S, Thibaut F. [Psychoactive substance use during pregnancy: a review]. L'Encéphale. févr 2010;36(1):33-8.
7. Grangé G, Borgne A, Ouazana A, L'huillier J-P, Valensi P, Peiffer G, et al. [Prevalence of smoking cessation during pregnancy according to trimester]. Gynécologie Obstétrique Fertil. déc 2006;34(12):1126-30.
8. Lelong N, Kaminski M, Saurel-Cubizolles M-J, Bouvier-Colle M-H. Postpartum Return to Smoking Among Usual Smokers Who Quit During Pregnancy. Eur. J. Public Health. janv 2001;11(3):334-9.
9. Brosky G. Why do pregnant women smoke and can we help them quit? Cmaj Can. Med. Assoc. J. J. Assoc. Médicale Can. janv 1995;152(2):163-6.
10. Ebert LM, Fahy K. Why do women continue to smoke in pregnancy? Women Birth J. Aust. Coll. Midwives. déc 2007;20(4):161-8.
11. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. Am. Psychol. 1982;37(2):122-47.

12. Chen C-M, Lee P-H, Chou Y-H, Kuo S-F, Hsu Y-H. Avoidance of environmental tobacco smoke among pregnant Taiwanese women: knowledge, self-efficacy, and behavior. *J. Womens Heal.* 2002. août 2007;16(6):869-78.
13. Etter JF, Bergman MM, Humair JP, Perneger TV. Development and validation of a scale measuring self-efficacy of current and former smokers. *Addict.* Abingdon Engl. juin 2000;95(6):901-13.
14. Gwaltney CJ, Metrik J, Kahler CW, Shiffman S. Self-efficacy and smoking cessation: a meta-analysis. *Psychol. Addict. Behav. J. Soc. Psychol. Addict. Behav.* mars 2009;23(1):56-66.
15. Shiffman S. Dynamic influences on smoking relapse process. *J. Pers.* déc 2005;73(6):1715-48.
16. Velicer WF, DiClemente CC, Prochaska JO, Brandenburg N. Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *J. Pers. Soc. Psychol.* mai 1985;48(5):1279-89.
17. De Vries H, Backbier E. Self-efficacy as an important determinant of quitting among pregnant women who smoke: the phi-pattern. *Prev. Med.* mars 1994;23(2):167-74.
18. Ma Y, Goins KV, Pbert L, Ockene JK. Predictors of smoking cessation in pregnancy and maintenance postpartum in low-income women. *Matern. Child Health J.* déc 2005;9(4):393-402.
19. Bernard P. Rôles de l'activité physique dans l'arrêt du tabac de fumeurs touchés par un trouble dépressif. Université Montpellier 1; 2012.
20. Caponnetto P, Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respir. Med.* août 2008;102(8):1182-92.
21. Vangeli E, Stapleton J, Smit ES, Borland R, West R. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addict.* Abingdon Engl. déc 2011;106(12):2110-21.

22. Lu Y, Tong S, Oldenburg B. Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. *Heal. Promot. Int.* déc 2001;16(4):355-65.
23. Massey SH, Compton MT. Psychological differences between smokers who spontaneously quit during pregnancy and those who do not: a review of observational studies and directions for future research. *Nicotine Tob. Res. Off. J. Soc. Res. Nicotine Tob.* févr 2013;15(2):307-19.
24. Grangé G, Vayssiere C, Borgne A, Ouazana A, L'Huillier J-P, Valensi P, et al. Description of tobacco addiction in pregnant women. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* juin 2005;120(2):146-51.
25. Schneider S, Huy C, Schütz J, Diehl K. Smoking cessation during pregnancy: a systematic literature review. *Drug Alcohol Rev.* janv 2010;29(1):81-90.
26. Jaakkola N, Jaakkola MS, Gissler M, Jaakkola JJ. Smoking during pregnancy in Finland: determinants and trends, 1987-1997. *Am. J. Public Health.* févr 2001;91(2):284-6.
27. Homish GG, Eiden RD, Leonard KE, Kozlowski LT. Social-environmental factors related to prenatal smoking. *Addict. Behav.* janv 2012;37(1):73-7.
28. Connor SK, McIntyre L. The sociodemographic predictors of smoking cessation among pregnant women in Canada. *Can. J. Public Heal. Rev. Can. Santé Publique.* oct 1999;90(5):352-5.
29. Hoffman M, Daniel L. Predictors of successful smoking cessation during pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* déc 2004;191(6):S92.
30. Woodby LL, Windsor RA, Snyder SW, Kohler CL, Diclemente CC. Predictors of smoking cessation during pregnancy. *Addict. Abingdon Engl.* févr 1999;94(2):283-92.
31. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985;100(2):126-31.

42. Mandelbrot L, Legardeur H, Girard G. [Screening for gestational diabetes mellitus: Is it time to revise the recommendations?]. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* juin 2010;38(6):409-14.
43. Maître C. Sport et grossesse : une nécessaire prescription. *Sci. Sports.* avr 2013;28(2):103-8.
44. Prather H, Spitznagle T, Hunt D. Benefits of exercise during pregnancy. *PM R.* nov 2012;4(11):845-850; quiz 850.
45. Daniel J, Cropley M, Ussher M, West R. Acute effects of a short bout of moderate versus light intensity exercise versus inactivity on tobacco withdrawal symptoms in sedentary smokers. *Psychopharmacology (Berl.)*. juill 2004;174(3):320-6.
46. Elibero A. Effects of two types of exercise on cravings to smoke. University of South Florida; 2008.
47. Papathanasiou G, Papandreou M, Galanos A, Kortianou E, Tsepis E, Kalfakakou V, et al. Smoking and physical activity interrelations in health science students. Is smoking associated with physical inactivity in young adults? *Hell. J. Cardiol. Hjc Hellēnikē Kardiologikē Epiteōrēsē.* févr 2012;53(1):17-25.
48. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev. Online.* 2008;(4):CD002295.
49. Deruiter WK, Faulkner G, Cairney J, Veldhuizen S. Characteristics of physically active smokers and implications for harm reduction. *Am. J. Public Health.* mai 2008;98(5):925-31.
50. Ussher MH, Taylor A, Faulkner G. Exercise interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev. Online.* 2012;1:CD002295.

51. Pignataro RM, Ohtake PJ, Swisher A, Dino G. The role of physical therapists in smoking cessation: opportunities for improving treatment outcomes. *Phys. Ther.* mai 2012;92(5):757-66.
52. Ussher M, Ah-Yoon M, West R, Straus L. Factors Associated With Exercise Participation and Attitudes to Exercise Among Pregnant Smokers. *J. Smok. Cessat.* 2007;2(01):12-6.
53. Ussher M, Aveyard P, Coleman T, Straus L, West R, Marcus B, et al. Physical activity as an aid to smoking cessation during pregnancy: Two feasibility studies. *BMC Public Health.* 2008;8(1):328.
54. Husten CG. How should we define light or intermittent smoking? Does it matter? *Nicotine Tob. Res. Off. J. Soc. Res. Nicotine Tob.* févr 2009;11(2):111-21.
55. Pickett KE, Wakschlag LS, Dai L, Leventhal BL. Fluctuations of maternal smoking during pregnancy. *Obstet. Gynecol.* janv 2003;101(1):140-7.
56. Berlin I, Singleton EG, Pedarriosse A-M, Lancrenon S, Rames A, Aubin H-J, et al. The Modified Reasons for Smoking Scale: factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addict. Abingdon Engl.* nov 2003;98(11):1575-83.
57. Le Houezec J. Echelles internationales d'évaluation utilisables en tabacologie. Synthèse de recensement, de traduction et de validation. 2010 p. 14.
58. Etter J-F, Le Houezec J, Perneger TV. A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale. *Neuropsychopharmacol. Off. Publ. Am. Coll. Neuropsychopharmacol.* févr 2003;28(2):359-70.
59. Godin G, Shephard RJ. A simple method to assess exercise behavior in the community. *Can. J. Appl. Sport Sci. J. Can. Sci. Appliquées Au Sport.* sept 1985;10(3):141-6.

60. Downs DS, LeMasurier GC, DiNallo JM. Baby steps: pedometer-determined and self-reported leisure-time exercise behaviors of pregnant women. *J. Phys. Act. Health.* janv 2009;6(1):63-72.
61. Godin G. The Godin-Shephard Leisure-Time Physical Activity Questionnaire. *Heal. Fit. J. Can.* 2011;4(1):18-22.
62. McAuley E, Courneya KS, Lettunich J. Effects of acute and long-term exercise on self-efficacy responses in sedentary, middle-aged males and females. *The Gerontologist.* août 1991;31(4):534-42.
63. Gaston A, Cramp A. Exercise during pregnancy: a review of patterns and determinants. *J. Sci. Med. Sport Sports Med. Aust.* juill 2011;14(4):299-305.

7. Annexes.

Annexe 1. « Mieux comprendre les femmes enceintes fumeuses ».

Informations générales :

Vous êtes de nationalité :

Française Belge Suisse Canadienne Luxembourgeoise

Votre Age :

Votre Taille :

Votre Poids :

Quel est votre niveau d'étude :

Sans diplôme	Baccalauréat
CAP, BEP	Bac + 2
Niveau secondaire	Supérieur à Bac + 2

Continuez-vous de travailler actuellement : OUI NON

À quel âge avez-vous commencé à consommer du tabac quotidiennement :

Combien de fois avez-vous réussi à arrêter du fumer au moins 7 jours :

Vivez-vous en couple : OUI NON

Si OUI, votre conjoint(e) est-il fumeur : OUI NON

Le terme de la grossesse actuelle : mois

Avez-vous des enfants dont vous êtes la mère biologique : OUI NON

Avez-vous eu l'un de ces antécédents obstétricaux

Accouchement prématuré OUI NON

Retard de croissance intra-utérin OUI NON

Autres OUI NON

Etes-vous actuellement touchée par un(e)

Diabète gestationnel OUI NON

Prééclampsie OUI NON

Autre complication liée à la grossesse OUI NON

La relation au Tabac 1:

Votre dépendance au tabac (CDS-5).

1. Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance à la cigarette. (0 = je ne suis absolument pas dépendante des cigarettes, 100 = je suis extrêmement dépendante des cigarettes)

0-20 21-40 41-60 61-80 81-100

2. Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?

0-5 6-10 11-20 21-29 30 et +

3. D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

0-5 6-15 16-30 31-60 61 et +

4. Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait :

Impossible Très difficile Plutôt difficile Plutôt facile Très facile

5. Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer.

Pas du tout d'accord

Plutôt pas d'accord

Plus ou moins d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

La relation au Tabac 2 :

Vos raisons de fumer (MRSS).

En utilisant l'échelle ci-dessous, inscrivez dans la case prévue à cet effet, le chiffre correspondant le mieux à votre situation.

1 = jamais

2 = rarement

3 = occasionnellement

4 = fréquemment

5 = toujours

1. Je fume des cigarettes pour ne pas me laisser abattre :
2. Avoir une cigarette entre les mains fait partie du plaisir de fumer :
3. Fumer des cigarettes fait plaisir et relaxe :
4. J'allume une cigarette quand je me sens irritée par quelque chose :
5. Quand je n'ai plus de cigarettes, le manque m'est presque insupportable jusqu' à ce que je puisse m'en procurer une :
6. Je fume des cigarettes par automatisme, sans même m'en rendre compte :
7. Il est plus facile de bavarder et de se sentir à l'aise avec les autres quand on fume :
8. Je fume des cigarettes pour me stimuler, et me ragaillardir :
9. Une partie du plaisir que j'éprouve à fumer une cigarette provient du plaisir que je prends à l'allumer :
10. Je trouve que fumer est agréable :
11. Quand je me sens mal à l'aise ou quand je suis irritée, j'allume une cigarette :
12. Quand je ne fume pas de cigarette, j'en suis particulièrement consciente :
13. J'allume une cigarette sans me rendre compte qu'il y en a déjà une qui brûle dans le cendrier :
14. Quand je fume, je me sens plus confiante dans mes relations avec autrui :
15. Je fume des cigarettes pour me donner un coup de fouet :
16. Quand je fume une cigarette, je prends aussi plaisir à regarder la fumée que j'exhale :
17. J'ai surtout envie d'une cigarette quand je me sens à l'aise et détendue :
18. Quand j'ai le "cafard" ou que je veux échapper à mes soucis, je fume des cigarettes :
19. J'ai une furieuse envie de cigarettes quand je n'ai pas fumé depuis un certain temps :
20. Je me suis rendue compte que j'ai une cigarette dans la bouche, mais je ne me rappelle pas l'y avoir mise :
21. Je fume beaucoup plus quand je suis avec d'autres personnes :

La relation au Tabac 3 :

Votre confiance pour l'abstinence (SEQ-12).

Le questionnaire suivant présente une liste de situations dans lesquelles certaines personnes peuvent être tentées de fumer. Indiquez si vous êtes sûre de pouvoir vous ABSTENIR de fumer, dans chaque situation en utilisant l'échelle ci-dessous.

1 = Pas sûre du tout

2 = Pas très sûre

3 = Plus ou moins sûre

4 = Plutôt sûre

5 = Tout à fait sûre

1. Quand je me sens nerveuse :
2. Quand je n'ai pas le moral :
3. Quand je suis très angoissée :
4. Quand je suis fâchée :
5. Quand je veux réfléchir à un problème difficile :
6. Quand j'ai une sensation de manque de cigarettes :
7. En prenant un verre avec des amis :
8. Quand je fête quelque chose :
9. En prenant un verre de vin, une bière ou un autre alcool :
10. Quand je suis en compagnie de fumeurs :
11. Après un repas :
12. Quand je bois un café ou un thé :

L'activité physique (GLTEQ) :

Nous nous intéressons maintenant au temps que vous consacrez à la pratique d'une activité physique durant votre temps libre. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme active.

1. Sur une semaine, combien de fois, en moyenne, vous adonnez-vous aux types d'activités physiques suivantes pendant plus de 15 minutes durant vos temps libres ?

Activités physiques d'intensité élevée (fréquence cardiaque élevée, effort important)

ex : course à pied, nage intensive, vélo sur de longues distances... :

fois par semaine

Activités physiques modérées (sans être exténuantes)

ex : marche rapide, danse, promenade à vélo, badminton, nage détente... :

fois par semaine

Activités physiques d'intensité faible (effort minimal)

ex : marche lente, yoga, golf, bowling... :

fois par semaine

2. Sur une semaine. À quelle fréquence pratiquez-vous une activité physique régulière suffisamment soutenue pour provoquer une transpiration (le coeur bat rapidement), durant vos temps libres?

Souvent

Parfois

Rarement/jamais

Si vous avez des remarques en rapport avec cette étude, indiquez-les ci-dessous :

Si vous souhaitez être informée des résultats de cette étude, notez votre courrier électronique :

Annexe 2. Sites ayant participé à l'étude.

Adresse	Organisme ou but du site
www.splf.org	Société de pneumologie de langue française
societe-francaise-de-tabacologie.com	Société française de tabacologie
www.lesouffle.org	La fondation du souffle
www.respadd.org	Réseau de prévention des addictions
www.fractal-asso.fr	France réseau des addictologues comportementalistes et tabacologues
www.ofta-asso.fr	Office français de prévention du tabagisme
cqts.qc.ca	Conseil québécois sur le tabac et la santé
www.jarrete.qc.ca	Site interactif d'aide à l'arrêt du CQTS
www.tabacstop.be	Servie gratuit d'information et d'aide à l'arrêt
www.stop-tabac.ch	Site d'information et d'aide à l'arrêt de J.F Etter
www.lemondedutabac.com	Actualité quotidienne sur le tabac
arreter-fumer-blog.com	Blog dédié à l'arrêt du tabac
www.stoplaclope.fr	Site d'information et d'aide à l'arrêt
www.perinat-france.org	Site officiel d'information sur la périnatalité
www.perinatalite.org	Réseau périnatalité Hainaut
www.sage-femme.be	Union professionnelle des sages-femmes belges
www.hebamme.ch	Fédération suisse des sages-femmes
www.etreenceinte.com	Forum, communauté des futures et jeunes mamans
forum.doctissimo.fr	Forum et site d'information
www.aufeminin.com	Forum et site d'information

Résumé :

Introduction. L'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes représente une priorité de santé publique. En France, 25 % des femmes enceintes fument, ceci ayant des conséquences négatives sur la santé materno-fœtale. Une activité physique (AP) régulière est recommandée à des fins de santé durant la grossesse. Or nous possédons encore que peu de connaissances sur les effets de l'AP sur la relation au tabac des femmes enceintes.

Objectifs. Observer l'impact de l'AP durant la grossesse sur les raisons de fumer, la dépendance ainsi que l'efficacité personnelle liée au tabac chez des femmes enceintes fumeuses.

Méthode. Un questionnaire en ligne a été créé et diffusé sur plusieurs sites internet. Celui-ci évaluait à l'aide de questionnaires validés la relation au tabac et le niveau d'AP des femmes enceintes.

Résultats. Un total de 69 sujets ont répondu au questionnaire. 27 % des participantes atteignaient les recommandations en AP durant la grossesse. L'analyse statistique entre les 2 groupes a montré des différences significatives aux niveaux des raisons de fumer et du sentiment d'efficacité personnelle.

Conclusion. Une AP régulière durant la grossesse permettrait d'augmenter son efficacité personnelle et favoriserait donc le changement de comportement et l'arrêt du tabac.

Mots clefs : grossesse, activité physique, tabac, efficacité personnelle, raisons.