

**UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**  
**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG**

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2019-2020

**Étude qualitative :**  
**Facteurs de poursuite du tabagisme chez les femmes**  
**enceintes en Alsace**

**Diplôme d'État de Sage-femme**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU

PAR

**DE ZUTTER Margaux**

Née le 27 Février 1997 à Sélestat

DIRIGÉ PAR : Madame Michèle WEIL

CO-DIRIGÉ PAR : Madame Anita BASSO

## Remerciements

Je tiens sincèrement à remercier :

Mme **Michèle Weil**, ma directrice de mémoire pour ses conseils et sa précieuse expérience sur le sujet.

Mme **Anita Basso**, ma co-directrice de mémoire, pour sa patience, son dévouement et ses remises dans le droit chemin lorsque je me suis égarée.

Toutes les  **futures mamans**  qui ont acceptées de s'entretenir avec moi, sans qui cette étude n'aurait pas pu avoir lieu mais aussi toutes les Sages-femmes qui ont sélectionné les dames.

**Mon père**, pour son soutien sans faille depuis toutes ces années.

**Ma mère**, cette étoile qui a toujours su que je deviendrai Sage-femme.

**Mes amies**, Romane, Sarah, Diane, Camille et Stéphanie sans qui mes études n'auraient pas eu la même saveur.

**Lucas**, mon fidèle allié depuis maintenant sept ans.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
I. Histoire du tabagisme.....	4
II. Epidémiologie.....	4
III. Législation Française.....	5
IV. Substances d'une cigarette.....	5
V. Différents types de dépendance.....	6
VI. La motivation au changement.....	7
VII. Sevrage tabagique.....	10
VIII. Risques du tabagisme chez la femme en général.....	12
IX. Risques obstétricaux du tabagisme.....	13
X. Problématique.....	16
XI. Objectifs et hypothèses.....	17
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES.....</b>	<b>18</b>
I. Population.....	19
II. Critères d'inclusions.....	19
III. Critères de non-inclusion.....	20
IV. Recrutement de l'échantillon.....	20
V. Modalités d'entretien.....	20
VI. Guide d'entretien.....	21
VII. Démarches règlementaires.....	21
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>22</b>
I. Informations générales.....	23
II. Caractéristiques liées à la conduite tabagique.....	25
III. L'histoire personnelle et la dépendance physique et psychique.....	27
IV. Caractéristiques de l'entourage.....	31
V. Connaissances des risques liés au tabagisme.....	36
VI. La prise en charge du tabagisme.....	39
VII. Attitude des femmes avec une grossesse pathologique.....	42
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>43</b>
I. Points forts.....	44
II. Difficultés.....	44
III. Hypothèse 1 : Les dépendances physiques et psychiques à la nicotine sont un des facteurs	

majeurs de poursuite .....	45
IV. Hypothèse 2 : L'entourage tabagique représente une difficulté à l'arrêt.....	47
V. Hypothèse 3 : Les femmes sous-évaluent les risques liés au tabagisme .....	51
VI. Grossesse physiologique / grossesse pathologique.....	53
VII. Hypothèse 4 : L'attitude du professionnel de santé est importante sur la conduite tabagique	54
VIII. Expression de la gêne .....	57
IX. Prise de recul .....	59
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>60</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>68</b>

# **INTRODUCTION**

## **I. Histoire du tabagisme**

Le tabagisme aujourd'hui, tout comme hier est un sujet d'actualité.

Associé dans l'après-guerre à l'indépendance des femmes, l'émancipation des femmes est passée par le tabagisme qui jusque lors, était un modèle de réussite masculin. Véritable symbole d'égalisation des chances entre les sexes chez les adolescents et outil contre le stress face à la nouvelle vie des femmes entre vie de famille et vie professionnelle.

De nos jours la symbolique de la cigarette s'est estompée, laissant place à un tabagisme majoritairement dans les jeunes classes d'âge et les moins diplômées. Il est aujourd'hui un véritable marqueur social (1).

## **II. Epidémiologie**

### **A. En France**

Selon les chiffres du baromètre santé 2017, 31,5% des femmes en âge de procréer (parmi les 25-34 ans) étaient consommatrices de tabac. Ce chiffre confirme la baisse instaurée depuis 2010 (36,2 % en 2010). Les hommes ont été et sont toujours plus consommateurs que les femmes (pour la même tranche d'âge les hommes étaient 41,7 % à fumer en 2017) et le taux d'adolescents fumeurs de tout âge est aussi en baisse depuis 2014 (passés de 32% à 25%). Ces chiffres, bien qu'intéressants placent tout de même la France comme l'un des pays les plus consommateurs de tabac d'Europe occidentale (2).

### **B. Femmes enceintes**

Sur la population générale, 17% des femmes enceintes déclarent fumer au moins une cigarette par jour au cours du troisième trimestre de grossesse. D'après le baromètre santé 2017, environ 50% des femmes fumeuses hors grossesse poursuivent leur tabagisme pendant la grossesse. En effet, 44% des femmes enceintes déclarent avoir réduit l'usage du tabac pendant la grossesse et 6% ne pas l'avoir modifié.

Ces chiffres importants marquent un réel écart entre la prévention souhaitée par les autorités et la réalité de consommation, bien que l'État ait instauré une législation de plus en plus drastique (2).

### **III. Législation Française**

Dans le cadre de la lutte anti-tabac, la France a mis en place différentes actions afin de réduire le tabagisme. L'introduction des « paquets neutres » depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, l'interdiction de vente de tabac aux mineurs, la mise en place d'images choquantes sur les paquets ou encore l'augmentation constante du prix des paquets (pour novembre 2020, le prix atteindra 10€ en moyenne). Toutes ces mesures ont été soutenues par le programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019.

De même, les hôpitaux sont encouragés à adhérer à la charte « hôpital sans tabac » et « maternité sans tabac » (3).

Pour mieux comprendre, l'importance de l'arrêt du tabac nous allons voir la composition de la cigarette et les risques inhérents au tabagisme.

### **IV. Substances d'une cigarette**

On ne dénombre pas moins de 4000 substances dans la fumée du tabac.

#### **A. Nicotine**

La nicotine, substance non cancérigène crée la dépendance pharmacologique à la cigarette. A faible dose, l'action est stimulante, à l'inverse à plus forte dose son action est sédatrice. Son absorption, maximale dès la première bouffée permet à la nicotine d'atteindre le cerveau entre cinq et sept secondes, puis elle sera évacuée sous forme de cotinine dans les urines. La nicotémie possède une faible demi-vie d'élimination, son seuil augmente pendant les six-huit premières heures de la journée, stagne puis chute la nuit.

Les femmes enceintes fumeuses réduisent souvent leur consommation mais il existe un phénomène de compensation se nommant le phénomène d'autotitration. Il permet de maintenir la nicotémie d'avant réduction dans le corps. Pour cela, les femmes tirent plus longtemps, plus fort et plus souvent sur les cigarettes qu'elles s'octroient augmentant de ce fait la quantité de monoxyde de carbone inhalée (4).

## B. Monoxyde de carbone

Substance cancérigène, présente en cas de tabagisme actif et passif. Il est contenu dans la fumée de la cigarette et possède une action hypoxémiante nocive (plus grande affinité avec l'hémoglobine que l'oxygène) (5,6).

## C. Goudrons

Les goudrons (tels que le benzopyrène) sont les principales substances cancérigènes dans la cigarette, responsables de près de 30% des cancers du poumon (4,6).

## D. Irritants

Les irritants (ex : acroléine) ont une action directe sur le tapis muco-ciliaire par paralysie des cils bronchiques, créant une stase et un épaissement du mucus (4,6).

# V. Différents types de dépendance

## A. Dépendance physique

La dépendance physique n'est pas systématique chez tous les fumeurs et son intensité n'est pas corrélée au nombre de cigarettes. Son installation est progressive. Ce phénomène est lié à la nicotine. Atteignant rapidement le cerveau mais étant aussi rapidement métabolisée, le taux de nicotémie n'est pas stable, poussant le fumeur à refumer pour éviter la sensation de manque (renforcement négatif).

Selon les critères du DMSV-IV, le syndrome de sevrage nicotinique est effectif si la personne possède au moins quatre des critères suivants : humeur dysphorique ou dépressive, insomnie, irritabilité, frustration, colère, anxiété, difficultés de concentration, fébrilité, diminution du rythme cardiaque, augmentation de l'appétit ou prise de poids.

Lorsque la dépendance est forte la cigarette est assimilée par le cerveau comme un élément essentiel à la survie (au même titre que l'eau ou la nourriture) (7,8).

## B. Dépendance psychologique

La dépendance psychologique à la nicotine s'installe rapidement chez le fumeur et est conditionnée par la recherche des effets positifs apportés par la nicotine (renforcement positif). Des exemples peuvent être : une action anxiolytique, antidépressive, meilleure



concentration, vigilance, coupe-faim, stimulation intellectuelle ou encore détente et plaisir. La cigarette peut donc être considérée comme un régulateur psychologique (7).

### C. La dépendance comportementale (ou environnementale)

La dépendance comportementale dépend quant-à-elle des habitudes de vie et de l'environnement de la personne. Certaines situations sont associées inconsciemment à une cigarette (attendre le bus, être dans un moment festif, ...) (7,8).

## **VI. La motivation au changement**

Tout d'abord dans le changement, il faut bien distinguer la phase motivationnelle permettant de définir un but et la phase volitionnelle permettant de passer de l'intention à l'action.

Selon le modèle transthéorique (MTT) de Prochaska et Di Clemente, il existe cinq stades de motivation des personnes : la pré-contemplation (la personne ne souhaite pas modifier son comportement), la contemplation (prendre conscience du problème et envisager le changement) qui font parties des phases motivationnelles puis la préparation, l'action, le maintien qui font parties des phases volitionnelles (9).

Le changement d'un comportement est considéré comme un processus naturel qui doit être guidé par un thérapeute et non pas impulsé. Il existe deux types de motivations lors d'un changement. La motivation extrinsèque, guidée par des éléments extérieurs de type sociétaux ou liés à l'environnement de la personne. Il s'agit de récompenses externes, un moyen pour arriver à une fin précise.

La motivation intrinsèque dépend de la personne elle-même, passant par une satisfaction personnelle à l'arrêt du tabac par exemple. Les facteurs intrinsèques de motivation sont principalement l'ambivalence (tension interne entre plusieurs croyances) et la discordance de la personne face à son statut actuel. Les personnes ne trouvant aucune intention d'effectuer un comportement se trouvent amotivées (10).

Selon le modèle de Deci et Ryan en 2002, chaque comportement peut trouver place sur un continuum avec différents degrés de détermination. D'une part, le comportement n'est pas déterminé par le soi, il n'y a aucune motivation ni aucun contrôle. D'autre part, le comportement est déterminé par l'individu et s'associe à une véritable motivation intrinsèque. Entre les deux se trouvent quatre types de motivation extrinsèque :

- La régulation externe autrement appelée motivation contrainte dont la causalité est externe. C'est un comportement de compliance envers les autres, régulé par des pressions externes telles que « récompense, punition ».
- La régulation introjectée, régulée par des pressions internes à la personne telles que « honte, culpabilité »
- La régulation identifiée, le comportement possède une valeur consciente et relève d'une importance personnelle
- La régulation intégrée autrement appelée motivation autonome dont la causalité est interne. Il est en accord avec la personne elle-même (9–11).

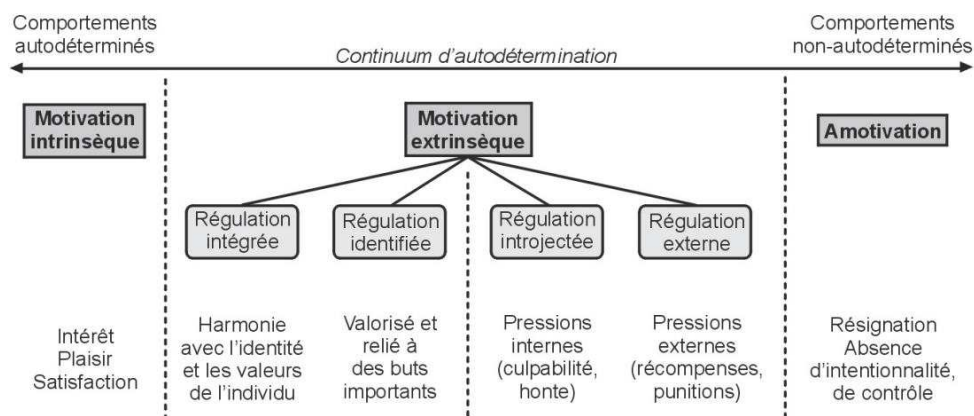


Figure 1: Modèle de continuum d'autodétermination (12).

#### A. Phase motivationnelle

Comme nous allons le voir dans cette étude il existe plusieurs déterminants d'un comportement. L'un des principaux modèles explicatifs est la théorie du comportement planifié ayant prouvé son efficacité dans la détermination des comportements de santé. Cette théorie peut servir de base aux actions anti-tabagiques. Un comportement (ou sa persévérance dans le temps) est toujours précédé par l'intention (probabilité

estimée par l'individu de réaliser le comportement, se définissant aussi comme l'expression des facteurs motivationnels). Il va de soi que plus l'intention est forte et plus le comportement le sera aussi, à condition qu'il n'y ait pas de facteurs externes qui interviennent.

L'intention est dépendante de trois variables :

- Les croyances comportementales : l'attitude envers le comportement, la « croyance des conséquences ». Évaluation positive ou négative que se fait l'individu de son propre comportement
- Les croyances normatives : les normes subjectives et la pression sociale édictées par la communauté
- Les croyances de contrôle : le contrôle du comportement perçu, soit la capacité de réussir. Influencé par deux concepts : le locus de contrôle (LOC) et le sentiment d'efficacité (SE). Le LOC dépend de la capacité de croyance de l'individu à pouvoir changer le cours de sa vie (LOC interne s'il pense pouvoir y arriver, LOC externe s'il pense que tout est lié à la chance et à la structure sociale). Le LOC est toutefois peu prédictif des comportements individuels. Le SE, quant-à-lui, est illustré par la confiance que la personne porte en elle, plus elle a confiance et plus elle arrivera à mettre en œuvre le comportement (9,13).

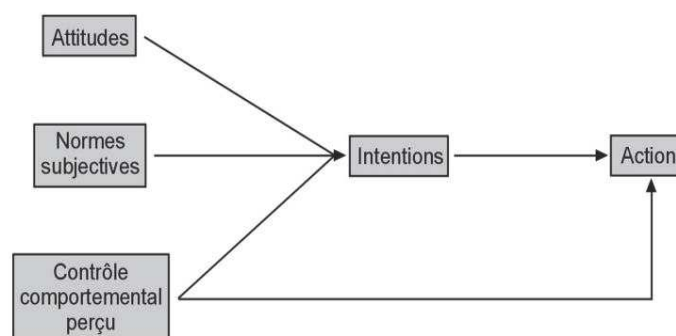


Figure 2: Modèle de la théorie du comportement planifié (12).

## B. Phase volitionnelle

La phase volitionnelle passe par une planification de l'action et ce par la création d'une « intention d'implémentation » permettant de passer de l'intention à l'action. Le but

étant d'anticiper certaines situations (et non pas au fur et à mesure des situations vécues) visant à déclencher une réponse comportementale quasi automatique afin d'éviter d'être distrait au cours de cette phase ou d'abandonner face aux difficultés. Le geste sera donc effectué sans intention consciente comme dans l'habitude.

Le contrôle de soi est aussi très important afin de ne pas céder à la tentation et à la moindre envie. C'est ce contrôle qui va permettre de lutter contre les habitudes ancrées et les réponses semi-automatiques. Cependant, il n'est pas une ressource illimitée. Il est comparable à la fatigabilité d'un muscle à un effort qui, s'il est trop sollicité en une fois n'arrivera plus à se contracter. Trois hypothèses sont alors possibles : le repos, la préservation face à des événements à venir comme les sportifs avant une compétition, l'entraînement. Dans les comportements de santé l'hypothèse la plus intéressante est l'entraînement de ce contrôle de soi.

Enfin, le contrôle de l'action par la notion de feedback est important pour soutenir l'individu dans son nouveau comportement et lui rappeler ses buts, comme une sorte de renforcement positif. Le changement n'est pas un processus continu, il est possible que des retours en arrière s'effectuent (9).

Afin d'aider au mieux la modification du comportement tabagique il existe plusieurs types d'aides.

## **VII. Sevrage tabagique**

### **A. Approche psychologique et comportementale**

Tout praticien se doit de pratiquer le conseil minimal auprès de ses patients, et de poser la question « Etes-vous fumeur ? », si la réponse est positive « Envisagez-vous d'arrêter de fumer ? » suivi de « Je vous conseille d'arrêter de fumer ». À cela peut s'ajouter une brève intervention sur les moyens d'arrêt du tabac associée ou non, à la remise de documents.

L'entretien motivationnel a pour but d'accroître le degré de volonté du patient à l'arrêt de la cigarette. Il permet de faire le point sur les habitudes tabagiques du patient en mesurant le pour et le contre au travers de la méthode des « 5A » : « Ask (demander), Advise (conseiller), Assess (évaluer la motivation), Assist (assister l'arrêt), Arrange

(suivre l'arrêt) ».

Il permet aussi de choisir le type de soutien psychologique adapté (entretiens de groupes, individuels, téléphoniques...) et de valoriser les efforts du patient.

La thérapie comportementale et cognitive est actuellement une des seules techniques non-médicamenteuses scientifiquement prouvée. Elle permet de travailler sur les comportements posant problèmes et de créer à la place un nouveau système de réponse. Proposée en première intention pour les personnes motivées à arrêter de fumer, elle permet surtout d'éviter le phénomène de « craving » (besoin impérieux de fumer) (5,8,14,15).

#### B. Traitement par substitution nicotinique (TSN)

Il permet de soulager les symptômes liés au manque de nicotine. Aucune contre-indications n'ont été décrites dans la littérature pour ces produits, ils sont donc utilisables chez les femmes enceintes. Ils existent sous différentes formes et sous différents dosages (patches, formes orales : gommes, sprays, comprimés sublinguaux, pastilles à sucer). Pour être efficace au cours d'un sevrage il est bon d'associer un patch, adapté au besoin journalier en nicotine en fonction du test de Fagerström, à des formes orales pour pallier les pulsions.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, ces traitements sont remboursés à 65% par l'assurance maladie sur prescription, le reste pouvant être pris en charge par les organismes complémentaires. Les Sages-femmes ont depuis peu bénéficié d'un élargissement de leur champ de prescription à l'entourage de la femme enceinte et de l'accouchée (5,8,14,15).

#### C. Traitement médicamenteux

Il existe deux types de médicaments, la Varénicline (Champix ®) et le Bupropion (Zyban ®). Cependant, leur utilisation est contre-indiquée chez la femme enceinte et allaitante.

Les traitements par l'hypnose, l'acupuncture ou encore la mésothérapie n'ayant pas fait la preuve de leur efficacité doivent être combinés à un traitement efficace (5,8,14,15).

#### D. Cigarette électronique

La cigarette électronique (CE) n'est pas considérée comme un dispositif médical et à ce titre ne peut donc pas être proposée en première intention par les professionnels de santé. Son usage est déconseillé au cours de la grossesse bien que moins néfaste que la poursuite du tabagisme. Selon les recommandations de l'avis d'expert en 2016 « En l'absence de données, les traitements substituts nicotiques (TSN) sont toujours préférables à la CE. Si une femme apprend qu'elle est enceinte alors qu'elle utilise une CE, aucun risque particulier n'a été rapporté : il faut la rassurer, lui conseiller d'arrêter (avec ou sans TSN) et de ne pas refumer » (5,8,14,15).

### **VIII. Risques du tabagisme chez la femme en général**

#### A. Pathologies cardio-vasculaires et respiratoires

Un grand nombre de pathologies cardio-vasculaires sont corrélées au tabagisme : infarctus du myocarde (cinq fois plus fréquent chez les fumeurs), accident vasculaire cérébral (RR de 2,02 pour des fumeurs entre une et 19 cigarettes/jour), coronaropathie, mort subite (RR de 2,5) ou encore broncho pneumopathie chronique obstructive (16).

#### B. Cancers

Le cancer du poumon est le premier à avoir été corrélé à la consommation tabagique. Les fumeuses présentent un RR de 7,6 par rapport aux non-fumeuses de développer un cancer du poumon. Le cancer des voies aéro-digestives supérieures, de la vessie et du rein sont en relation avec le tabagisme. Il augmente également le risque de développer d'autres cancers chez la femme, tels que le cancer colorectal (RR de 1,63 chez la fumeuse active), le cancer du col de l'utérus, le cancer de l'ovaire et de cancer du sein (RR de 1,1 à 1,3) (3,16).

#### C. Autres pathologies

Le tabagisme engendre une hyperleucocytose et une baisse de l'immunité. Chez la femme en âge de procréer, l'association à un contraceptif oral augmente les risques thrombo-emboliques ainsi que le risque d'hémorragie méningée. De même, une augmentation du délai de conception (de plus d'un an) et un accroissement du risque d'infertilité sont observables. Enfin, le tabac entraîne également un âge de la

ménopause avancé d'environ deux ans et un risque ostéoporotique plus élevé. Tout comme, au niveau dentaire, gingivites ou parodontites sont deux à sept fois plus fréquentes chez les fumeuses (4,16,17).

## **IX. Risques obstétricaux du tabagisme**

### **A. Tabagisme et complications du premier trimestre**

#### **❖ Avortements spontanés**

Le taux d'avortements spontanés est deux fois supérieur (25%) chez la femme enceinte fumeuse que chez la femme non-fumeuse, et ce en corrélation avec le nombre de cigarettes fumées. Ce phénomène peut être expliqué par un dysfonctionnement du trophoblaste villositaire et invasif en début de grossesse, une baisse du flux sanguin utérin, une mauvaise qualité ovocytaire ainsi qu'un endomètre peu propice à la nidation (4,17).

#### **❖ Grossesse extra-utérine**

Près d'un tiers des grossesses extra-utérines seraient liées au tabagisme, le risque est supérieur de 1,5 à 3,5 fois chez la fumeuse. Ces ectopies peuvent être expliquées par un appauvrissement des battements ciliaires ainsi que des modifications structurelles de la trompe, liés à l'action anti-oestrogénique de la nicotine (4,17).

#### **❖ Malformations fœtales**

Le taux de malformations fœtales n'est pas plus élevé entre les femmes fumeuses et les non-fumeuses. Cependant, certaines malformations sont typiques du tabagisme gravidique telles que des fentes faciales (11-12% des fentes labiales et palatines), des malformations cardiaques (CIA, anomalies troncales et persistance du canal artériel) ou encore des arthrogryposes. D'après plusieurs études, ce risque serait significatif pour une consommation supérieure à 20 cigarettes par jour (4,17).

## B. Complications obstétricales

### ❖ Anomalies placentaires

Il existe un risque accru (environ 60%) de placenta prævia en cas de tabagisme actif lié à une hypotrophie placentaire. Le tabac augmenterait les décollements marginaux de placenta correctement inséré et les vrais hématomes rétro-placentaires. Le RR étant multiplié de 1,5, dose-dépendant et diminuant immédiatement à l'arrêt du tabac.

Ce phénomène est en lien avec l'augmentation des résistances vasculaires au niveau de l'artère ombilicale. Le tabagisme étant responsable en outre d'anomalies de la vascularisation placentaire (4,17).

### ❖ Rupture prématurée des membranes et prématurité

Le risque de rupture prématurée des membranes (RPM) serait multiplié par deux juste avant terme et par trois avant 34 SA de manière dose-dépendante. Ceci peut s'expliquer en partie par une production accrue de prostaglandines créant des contractions myométriales et l'hypoxie chronique provoquant une baisse de perfusion des membranes. La plupart des accouchements prématurés se font suite à une RPM.

Toutefois, le tabagisme augmente aussi le RR (qui est de deux) d'accouchement prématuré lorsque les membranes sont intactes.

Un sevrage tabagique réalisé au cours du premier trimestre réduirait le risque relatif de RPM à 1,6.

Seul point positif concernant le nouveau-né, en cas de tabagisme in utero la maturation pulmonaire se fait plus rapidement liée à l'hypercortisolisme. Ceci réduirait le nombre de détresse respiratoire chez les prématurés (4,17).

## C. Complications fœtales

### ❖ Retard de croissance intra-utérin

Le retard de croissance intra-utérin (RCIU) est la conséquence la plus fréquente lors de tabagisme gravidique. Son incidence est 2,5 fois plus élevée chez les femmes fumeuses variant en fonction du moment de la grossesse. L'incidence du RCIU augmente considérablement au troisième trimestre (17,7% pour celles fumant toute la grossesse) étant dose-dépendante (ex : 18,7% si supérieure à 10 cigarettes/jours). L'importance du RCIU est en relation directe avec la consommation (environ 450g en



moins pour une consommation supérieure à 20 cig/j). Le RCIU est harmonieux car en plus du poids qui est réduit, la taille et le périmètre crânien le sont aussi.

Cependant, les études sont contradictoires quant au bénéfice de la réduction du nombre de cigarettes, d'après des études les RCIU sont plus prononcés chez les « petites fumeuses, fumant moins de cinq cigarette/jour ». Il y aurait donc paradoxalement peu d'avantages à réduire sa consommation tabagique au cours de la grossesse (4,17).

#### ❖ Mort fœtale in utéro

Le tabagisme, au même titre que l'âge maternel élevé (> 35 ans) et la nulliparité sont des facteurs indépendants de mort fœtale in utéro. En moyenne, 10% des morts fœtales tardives seraient causées par le tabagisme gravidique. Cette surmortalité s'explique aisément par les complications placentaires et les retards de croissance intra-utérin entraînés par le tabagisme (4,17).

#### ❖ Rythme cardiaque fœtal

Lors de tabagisme gravidique actif/passif l'oxygénation fœtale est diminuée, créant une hypoxie chronique. Cette dernière entraîne une diminution des mouvements actifs fœtaux. Environ 15 minutes après l'exposition tabagique, une tachycardie, baisse de la variabilité et des accélérations ressortent sur le rythme cardiaque fœtal (RCF), ce sur une durée de 25 minutes. Ces anomalies du RCF sont plus prononcées notamment lors du travail, corrélées avec le taux de CO expiré (plus de 63% d'anomalies du RCF lorsque le CO > 10ppm).

De même, au niveau pulmonaire, des études ont constaté une baisse de la fonction respiratoire corrélée à une hyperactivité bronchique et une augmentation de la perméabilité bronchique aux antigènes qui auront des conséquences pour l'enfant dans le post-natal (4,17).

## D. Risques pédiatriques du tabagisme maternel

### ❖ Pathologies respiratoires

Il existe une augmentation significative du risque d'infection des voies aériennes hautes (rhinites, amydalites, otites, laryngites) et des voies aériennes basses (bronchiolites, bronchites) dose-dépendante ainsi qu'une augmentation de la sensibilité aux allergènes. Le temps de guérison étant plus long pour les enfants exposés.

Les études étant contradictoires, il n'est pas possible d'affirmer que l'exposition au tabagisme environnemental est responsable d'asthme chez l'enfant. Cependant, il exacerbe les symptômes respiratoires chez ces enfants, dose-dépendant de la consommation maternelle.

Les enfants asthmatiques soumis au tabagisme in-utéro puis environnemental sont plus à risque de développer une affection respiratoire chronique à l'âge adulte (4,14,17,18).

### ❖ Syndrome de mort inattendue du nourrisson

Le syndrome de mort inattendue du nourrisson est défini comme « le décès soudain et inattendu d'un nourrisson de moins d'un an, apparemment en parfaite santé et dont la mort est inexplicable après enquête et autopsie ». Le tabagisme en est la première cause identifiable, multipliant par deux le risque.

Bien que les mécanismes soient encore peu connus, les enfants de mères fumeuses présenteraient une fréquence plus élevée et une plus longue durée des apnées obstructives du sommeil (4,14,17,18).

## X. Problématique

Face à ces risques, actuellement bien connus, la question de la poursuite du tabagisme au cours de la grossesse interpelle. La grossesse semble un moment propice au changement de comportement de la future maman, l'occasion de modifier ces comportements ancrés depuis des années aidée par un suivi plus régulier. Au cours de nos expériences professionnelles, nous avons pu observer que le tabagisme est un sujet « facile », les femmes révèlent facilement qu'elles fument. Cependant elles n'arrêtent pas toutes pour autant, c'est pourquoi au cours de cette étude nous allons

nous demander quels sont les facteurs de poursuite du tabagisme lors de la grossesse ?

## **XI. Objectifs et hypothèses**

Objectif principal :

Identifier les principaux obstacles à l'arrêt du tabagisme pendant la grossesse

Objectif secondaire :

Identifier une différence de comportement entre les femmes vivant une grossesse physiologique et celles vivant une grossesse pour laquelle un évènement pathologique est apparu

Hypothèses :

- 1) Les dépendances physiques et psychiques à la nicotine sont un des facteurs majeurs de poursuite
- 2) L'entourage tabagique représente une difficulté à l'arrêt
- 3) Les femmes sous-évaluent les risques liés au tabagisme
- 4) L'attitude du professionnel est importante sur la conduite tabagique

Nous allons évoquer le matériel et les méthodes qui nous ont permis de réaliser ce travail, puis nous détaillerons nos résultats qui seront discutés par la suite en passant par nos points forts et nos difficultés. Enfin, nous conclurons sur le sujet.

# **MATÉRIEL ET MÉTHODES**

Une démarche qualitative se basant sur des entretiens semi-directifs a été envisagée afin d'explorer le comportement des femmes, d'analyser leurs expériences et leurs visions des choses.

## **I. Population**

La population d'étude concerne un échantillon de femmes enceintes consultant aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS). Pour des raisons de proximité, ces hôpitaux ont été choisis car ils regroupent à la fois les suivis de grossesses physiologiques et des grossesses à risques (service des expectantes à l'hôpital de Hautepierre).

Concernant les grossesses physiologiques, le Centre Médico-Chirurgical Obstétrique (CMCO) a été privilégié pour son abondance de suivi de grossesses physiologiques et la mise à disposition d'un local pour réaliser les entretiens. Concernant les grossesses pathologiques, le service des expectantes a été privilégié. La disponibilité des patientes y étant plus grande contrairement au suivi intensif de grossesse (SIG).

## **II. Critères d'inclusions**

Les critères d'inclusions de cette étude sont peu nombreux afin d'avoir un échantillon suffisamment étendu. Les femmes doivent :

- Être enceintes et quelle que soit la parité, le type de grossesse, la pathologie (singleton, grossesse spontanée, ...)
- Être fumeuses quotidiennement peu importe le nombre de cigarettes,
- Avoir plus de 18 ans
- Avoir donné leur consentement pour participer à l'étude.

### **III. Critères de non-inclusion**

Les critères de non-inclusion quant-à-eux, sont les personnes ne parlant pas correctement le français et celles qui ne fument pas.

### **IV. Recrutement de l'échantillon**

Avant de commencer le recrutement des patientes, une demande a été faite auprès de la cadre de pôle et de la cadre des services concernés.

Le recrutement des patientes en lui-même s'est fait en deux phases. Une première phase visant les grossesses pathologiques du mois de Mars au mois de Mai 2019, où nous nous sommes rendues à raison de une fois toutes les deux semaines au service des expectantes afin de rencontrer des femmes enceintes fumeuses. Les Sages-femmes alors dans le service nous ont indiquées les numéros des chambres des femmes enceintes fumeuses.

Une deuxième phase concernant cette fois les grossesses physiologiques. Un courriel résumant l'étude et contenant une pièce jointe à destination des patientes fumeuses a été envoyé à la cadre s'occupant des consultations au CMCO. Ce courriel a été transmis à plusieurs Sages-femmes/gynécologues réalisant des consultations.

Les professionnels de santé ont eu à donner un document explicatif aux patientes et avec leur accord, leurs coordonnées nous ont été transmises par mail. Nous les avons contactées par la suite et nous nous sommes chargées d'organiser l'entretien aux lieux (locaux du CMCO ou à domicile) et dates souhaitées par la patiente.

La réalisation de ces entretiens s'est effectuée entre Juillet et Octobre 2019.

### **V. Modalités d'entretien**

Les entretiens au service des expectantes ont été réalisés directement dans la chambre de l'interviewée. Une explication orale de l'étude a été faite puis avec leur accord un consentement a été signé. (Voir Annexe I)

Les entretiens pour les dames présentant une grossesse physiologique se sont réalisés aux lieux et dates convenus au préalable ensemble. Ayant déjà eu

l'information de l'étude, un bref rappel des conditions a été fait oralement puis le consentement a été signé.

Les entretiens se sont réalisés avec l'interviewée seule.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin d'éviter les pertes de données et d'avoir les expressions originales.

La retranscription informatique des entretiens s'est faite de manière anonymisée et sur un logiciel sécurisé.

La conservation des entretiens vocaux s'est faite jusqu'à la retranscription informatique, puis les données informatiques seront conservées jusqu'au rendu du mémoire. Les enregistrements seront ensuite détruits.

## **VI. Guide d'entretien**

Une grille d'entretien semi-directif a été créé (voir Annexe II) afin d'avoir un fil conducteur au cours de la conversation. L'ordre n'étant pas forcément respecté si l'interrogée aborde le sujet de manière spontanée. Il s'élabore avec des questions ouvertes et la présence de deux scores (Fagerström et Horn) que la personne a complété directement sur le papier. Chaque thème a été abordé mais toutes les sous-questions n'ont pas systématiquement été posées.

Le guide a été construit de manière à répondre au mieux aux quatre hypothèses de base, abordant :

- Caractéristiques socio-démographiques
- Environnement de la femme enceinte
- L'histoire personnelle et la dépendance
- La connaissance des risques
- La prise en charge du tabagisme

## **VII. Démarches réglementaires**

Une démarche légale auprès de la CNIL a été réalisée. (Voir annexe III)

# RÉSULTATS



Au cours de cette étude, ce sont au total 11 patientes qui ont été interrogées. La durée des entretiens se situe entre 17 et 35 minutes, la durée moyenne étant de 25 minutes. Cinq patientes ont été interrogées au service même des expectantes à l'hôpital de Hautepierre, deux autres ont été interrogées dans les locaux du CMCO, deux entretiens se sont faits à domicile et les deux derniers se sont faits par téléphone.

Il y a eu deux refus de participation aux entretiens pour des raisons inconnues. Quatre n'ont pas donné suite, après une acceptation de base.

Tous les entretiens se sont faits avec la femme seule, sauf les entretiens téléphoniques où nous ne pouvons pas en avoir la certitude.

## I. Informations générales

### A. Caractéristiques générales des patientes

Tableau I : Représentation des femmes ayant une grossesse physiologique

Mme	L.	C.	K.	Rs.	H.	O.
<b>Âge (en année)</b>	32	35	28	38	27	30
<b>Parité</b>	IIG IP	IVG IIP	IG 0P	IIIG 0P	IIG IP	IIG IP
<b>Terme (en SA)</b>	38	39	29	34	30	37
<b>Situation personnelle</b>	En couple	Mariée	En couple	En couple	En couple	En couple
<b>Profession</b>	Sans emploi (vendeuse)	ASH au bloc opératoire	Conductrice de machine	Caissière	AMP* maison retraite	Chômage (Secrétaire)

\* AMP : Aide Médico Psychologique

Tableau II : représentation des femmes ayant une grossesse pathologique

<b>Mme</b>	<b>Rk.</b>	<b>D.</b>	<b>M.</b>	<b>W.</b>	<b>My</b>
<b>Âge (en année)</b>	37	28	31	34	24
<b>Parité</b>	IVG IIP	IG 0P	IIG IP	IIIG IIP	IG0P
<b>Terme (en SA)</b>	35	37	34	32	28
<b>Situation personnelle</b>	En couple	Mariée	En couple	Mariée	Mariée
<b>Profession</b>	Agent d'entretien	Femme de ménage	Sans emploi ( NP)	Sans emploi (vendeuse)	Educateur de jeunes enfants

(..) : indique le métier pratiqué auparavant

NP : non précisé

L'âge des patientes interrogées est compris entre 24 ans et 38 ans. La gestité et la parité au sein des deux groupes sont variées. En effet, il y a deux nullipares, trois primipares et une deuxième pare dans le groupe des grossesses physiologiques face à deux nullipares, une primipare et deux deuxièmes pares dans le groupe des grossesse physiologiques. Le terme de leurs grossesses se situe pour toutes au troisième trimestre.

Selon leurs dires, aucune d'entre elles ne vit seule, elles sont toutes en couple. Quatre d'entre elles se trouvent sans emploi au moment de la grossesse, de manière égale dans les deux groupes et, les autres ont un emploi. Les interrogées font pour la plupart partie de la classe sociale ouvrière.

## II. Caractéristiques liées à la conduite tabagique

Tableau III : Représentation des femmes ayant une grossesse physiologique

Mme	L.	C.	K.	Rs.	H.	O.
<b>Nombre de Cigarettes /j</b>	5 – 10	6	3 - 5	10	10	4 - 5
<b>Nombre de cigarettes/ j avant grossesse</b>	10 – 20	Jusqu'à 20	20	20	13 - 15	12 - 15
<b>Autres addictions</b>	/	Cannabis*	/	/	/	Cannabis occasionnel

\* : N'a pas évoqué le sujet de manière spontanée mais la consommation est notée dans son dossier

Tableau IV : représentation des femmes ayant une grossesse pathologique

Mme	Rk.	D.	M.	W.	My
<b>Nombre de Cigarettes/j</b>	10	5	2 - 5	10 - 15	5
<b>Nombre de cigarettes/j avant grossesse</b>	15	20	10 - 12	10 - 15	14
<b>Autres addictions</b>	Cannabis jusqu'en Octobre 2018	/	/	/	/

La consommation tabagique lors de cette grossesse se situe entre deux et cinq cigarettes/jour pour la plus faible consommation et entre 10 et 15 cigarettes/jour pour la consommation la plus élevée.

La tendance globale est à la baisse de la consommation au cours de la grossesse pour la plupart des femmes. Le nombre de cigarette est réduit de plus de la moitié par rapport à l'avant grossesse. Seule deux interrogées font exception. Mme W affirme ne pas avoir modifié sa consommation, quant à Mme Rk bien qu'elle indique une baisse de consommation au cours de cette grossesse, ses propos ont plutôt indiqué une consommation équivalente.

Concernant d'autres éventuelles addictions, Mme Rk affirme être une ancienne consommatrice régulière de cannabis qui a mis fin à sa consommation récemment. Mme O indique fumer occasionnellement du cannabis en dehors de la grossesse, mais assure ne plus y avoir touché depuis la grossesse.

Enfin, Mme C affirme n'avoir jamais consommé d'autres substances alors que dans le dossier médical, la consommation de cannabis est évoquée.

### III. L'histoire personnelle et la dépendance physique et psychique

#### A. L'histoire personnelle

Tableau V : Représentation des femmes ayant une grossesse physiologique

Mme	L.	C.	K.	Rs.	H.	O.
<b>Âge de la première cigarette</b>	15 ans	18 ans	14 ans	17 ans	15 ans	13 ans
<b>Tentative d'arrêt au cours de la vie en dehors grossesse</b>	Baisse	Jamais	Arrêt	Baisse	Jamais	Jamais
<b>Consommation Au cours grossesses précédentes</b>	1ère : pareil	1ère : Arrêt 2ème : pareil	/	/	1ère : Baisse > grossesse actuelle	1ère : baisse

Tableau VI : représentation des femmes ayant une grossesse pathologique

Mme	Rk.	D.	M.	W.	My
<b>Âge de la première cigarette</b>	12 ans	16 ans	15 ans	15 ans	14 ans
<b>Tentative d'arrêt au cours de la vie en dehors grossesse</b>	Jamais	Jamais	Jamais	Baisse	Jamais
<b>Consommation Au cours grossesses précédentes</b>	1ère : pareil 2ème : pareil	/	1ère : baisse > grossesse actuelle	1ère : baisse 2ème : baisse puis pareil	/

\*pareil = même consommation pendant et hors grossesse.

Concernant l'âge de la première cigarette, pour toutes il se situe dans l'adolescence. Les motivations qu'elles citent sont variées, pour quatre d'entre elles « j'ai commencé avec les copines » Mme L, C, H, W et My « pour faire comme les autres » Mme L. Quatre autres affirment avoir commencé avec leurs familles Mme K, Rs, Rk et D, Mme K et Rs affirment « les parents fumaient à l'intérieur, on tombe vite dedans ». Mme M a souhaité « connaître le goût de la cigarette et non pas suivre un groupe » et enfin Mme O a trouvé en la cigarette « un échappatoire suite au décès de ma mère ».

Parmi toutes les interrogées, sept d'entre elles n'ont jamais modifié leur comportement tabagique avant la grossesse. Mme D et My, pour exemple n'ont jamais essayé d'arrêter et la grossesse représente leur première tentative d'arrêt. De même, Mme M n'a jamais essayé d'arrêter sa consommation en dehors de ses grossesses. Au cours de ces dernières elle a réussi à diminuer considérablement sa consommation (passant de 10-12/j avant grossesse à deux/j au cours de sa première grossesse et deux-cinq/j au cours de celle-ci).

Mme Rk, quant-à-elle n'a jamais essayé de réduire, « ce n'est pas une satisfaction personnelle d'arriver à réduire la cigarette, je fais comme je veux » selon ses dires. L'arrêt de la consommation de cannabis passant au premier plan.

Il est observable que parmi les sept multipares, quatre d'entre elles ont réussi à réduire ou arrêter davantage au cours de la première grossesse qu'au cours des suivantes. Pour réussir à diminuer rapidement, Mme O par exemple a mis en place des stratégies « Je me suis fixée des horaires pour fumer maximum cinq cigarettes/j même si au début c'était dur, je n'avais aucun symptôme de grossesse me prouvant que j'étais enceinte et m'aidant à réduire ».

Pour Mme L et H, la grossesse n'étant pas désirée dans l'immédiat. Mme H n'a pas réussi à réduire autant pour cette grossesse, car non préparée psychologiquement. Elle affirme « j'ai essayé que la réduction se fasse toute seule sans y penser, mais rien ne s'est fait ». Mme L n'a quant-à-elle pas désiré sa première grossesse et a réduit sa consommation après la naissance.

De même pour Mme D qui a fait un déni de grossesse jusqu'à six mois bien qu'elle soit désirée « Je ne me voyais pas arrêter du jour au lendemain ».

## B. La dépendance physique et comportementale

Tableau VII : Représentation des femmes ayant une grossesse physiologique

Mme	L.	C.	K.	Rs.	H.	O.
<b>Score de Fagerström</b> <b>Avant / maintenant</b>	5 / 4	1 / 1	3 / 0	5 / 5	3 / 3	3 / 0
<b>Score de Horn</b>	- Besoin absolu - Plaisir geste - Habitude acquise	- Anxiété, soutien	0	- Anxiété, soutien - Besoin absolu	- Anxiété, soutien - Besoin absolu - Plaisir geste	- Anxiété, soutien - Relaxation Besoin absolu - Plaisir geste

Tableau VIII : représentation des femmes ayant une grossesse pathologique

Mme	Rk.	D.	M.	W.	My
<b>Score de Fagerström</b> <b>Avant / maintenant</b>	6 / 6	2 / 0	2 / 1	7 / 7	1 / 0
<b>Score de Horn</b>	- Anxiété, soutien	0	- Relaxation - Anxiété, soutien - Besoin absolu	- Anxiété, soutien - Besoin absolu	- Relaxation - Anxiété, soutien

Ces tableaux illustrent la dépendance physique à la nicotine à travers le score de Fagerström avant grossesse et au cours de la grossesse. Avant grossesse, une seule est dans une dépendance importante : Mme W ; trois sont dans une dépendance moyenne : Mme Rs, Rk et L ; trois dans une faible dépendance Mme K, H et O ; et

enfin les quatre dernières ne sont pas dépendantes Mme C, D, M et My. Les deux groupes sont homogènement répartis avec des dépendances variées, bien que les plus fortes dépendances se trouvent dans le groupe des grossesses pathologiques.

Pour la moitié d'entre elles, la grossesse a permis une modification de la dépendance à la nicotine. Mme K, D, O et My ne sont plus du tout dépendantes avec un score à zéro tandis que Mme L est passée d'une dépendance moyenne à faible.

À propos du test de Horn indiquant la dépendance psychologique, plus de la moitié des interrogés indiquent l'anxiété et le soutien Mme C, Rs, Rk, M, W, H, O et My. Le motif de « besoin absolu » revient chez six interrogées, en accord avec un score de Fagerström élevé. Le « plaisir du geste » et la « relaxation » sont présents chez seulement trois interrogées. Seules deux d'entre elles ne sont pas dépendantes Mme K et D, en corrélation avec le test de Fagerström. Sauf pour Mme O évoquant la cigarette comme « une béquille », se disant être psychologiquement fragile mais n'étant pas addictée à la nicotine.

Les femmes ayant une grossesse pathologique sont pour la moitié d'entre elles Mme Rk et W, les plus dépendantes physiquement à la nicotine du groupe. Le groupe est varié car les autres interrogées sont dans des faibles / absence de dépendances. Concernant la dépendance psychique, plus de la moitié des femmes vivant actuellement une grossesse pathologique indiquent fumer pour un soutien dans des moments d'anxiété.

La cigarette joue un rôle de soutien et d'aide pour ces femmes ayant un profil globalement anxieux.



## IV. Caractéristiques de l'entourage

### A. Conjoint

Tableau IX : Représentation des femmes ayant une grossesse physiologique

Mme	L.	C.	K.	Rs.	H.	O.
<b>Conjoint fume (+, -, =)</b>	Non	Oui =	Oui +	Oui +	Oui +	Non
<b>Dispute</b>	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non

Tableau X : représentation des femmes ayant une grossesse pathologique

Mme	Rk.	D.	M.	W.	My
<b>Conjoint fume (+, -, =)</b>	Oui =	Oui =	Oui +	Oui -	Oui -
<b>Dispute</b>	Non	Non	Oui	Oui	Non

(+, -, =) correspond à la consommation du conjoint par rapport à celle de la femme enceinte

La consommation tabagique des conjoints est notable chez la plupart des interrogées, excepté les conjoints de Mme L et O. Cependant, ce thème est sujet à discorde chez un peu moins de la moitié des couples.

Le sentiment d'incompréhension et l'esprit moralisateur qui en découlent sont présents chez les conjoints, « Il ronchonne dès que je dépasse trois par jour, c'est pénible, plus on me dit d'arrêter et moins j'ai envie » Mme M, « Les principales disputes qu'on a sont à cause de la cigarette » Mme L.

« Il me dit « arrête de fumer » mais n'insiste pas, je n'ai pas un caractère facile » Mme W, « Cette grossesse je n'arrive pas à arrêter alors que la première j'avais réussi, je culpabilise et il ne comprend pas » Mme C.

Pour les couples dont le sujet ne mène pas à querelle, il est observable que le conjoint s'inquiète tout de même de la consommation de sa partenaire « Attention là t'as trop fumé » Mme K, « Quoi tu cherches encore une cigarette » Mme Rs, « quand je fume de trop il me reprend » Mme My.

Cependant, les hommes ne se sentent pas particulièrement concernés « On se motive ensemble à diminuer ou arrêter, mais lui n'a pas de raison de diminuer pendant ma grossesse » Mme Rk, « S'il me fait une réflexion je lui dis qu'il n'a qu'à réduire avec moi » Mme Rs.

Sauf pour le conjoint de Mme My qui est passé à la cigarette électronique depuis l'annonce de la grossesse.

Les avis concernant un potentiel arrêt si le conjoint fait de même sont variés. Seules trois interrogées évoquent de manière incertaine un arrêt « Si mon conjoint ne fumait pas peut-être que ça m'aurait motivé à arrêter aussi » Mme Rk, « Le fait qu'il fume ne m'aide pas, s'il était non-fumeur ça aurait peut-être été plus facile » paroles similaires de Mme Rs et H.

Pour les autres, le tabagisme du conjoint n'influe pas sur leur propre comportement « il fume plus que moi, mais je ne vais pas aller fumer pour autant » Mme K, « Rien ne me ferait arrêter, à part si j'ai envie » Mme M et « C'est moi qui l'incite à fumer, même s'il arrêta je ne pense pas que je changerais mon comportement » Mme W.

Mme My s'exprime de manière très incertaine « honnêtement je ne sais pas » alors que son conjoint a déjà fait un effort vers l'arrêt.

Mme C et D ne se sont pas exprimées sur le sujet.

## B. Famille, amis

Dans notre échantillon, sept interrogées indiquent avoir grandi dans une famille où au moins un membre a fumé à la maison, seules trois Mme C, M et My sont originaires d'une famille de non-fumeurs. Avec Mme O le sujet n'a pas été abordé, ses parents

étant tous les deux décédés et le sujet très sensible.

Leurs attitudes varient selon la consommation des parents respectifs. Pour celles donc les parents sont non-fumeurs, le sujet est plus facilement évité « Mes proches savent que je fume mais c'est devenu presque un tabou » Mme C ou « Aux réunions de famille c'est un sujet tabou » Mme M. Mme M affirme également « Mes parents ne sont pas au courant que je fume par exemple, ça évite une grande discussion, un jugement. Je me défile ». Mme W, grande addicte n'a pas de problème à fumer devant ses parents. A l'inverse, Mme O « Pour mon entourage ça fait huit mois que je ne fume plus » mentant ouvertement à ses proches et se justifiant par des reproches incessants « À ma première grossesse, je leur avais dit que j'avais réduit à une - deux cig/j mais dès qu'ils me voyaient la première question c'était : tu fumes encore ? ».

Pour celles ayant toujours vécu dans un environnement tabagique, ce sujet ne pose pas de soucis « Mes proches ne sont pas choqués » Mme D, « Tout le monde fume, c'est inconcevable pour moi de ne pas fumer après un repas de famille » Mme L.

Ce qui ressort, pour celles ayant abordé le sujet, c'est la différence de comportement entre les fumeurs et les non-fumeurs « Les non-fumeurs me comprennent forcément moins bien » Mme W, « Les non-fumeurs ne comprennent pas du tout et font beaucoup de remarques. À l'inverse, j'arrive à créer la gêne chez les fumeurs quand je fume avec eux ils me disent « Ah je n'aurai pas dû te proposer » » Mme Rs. Bien que Mme K, O et My ne soient pas de cet avis « Pour moi les non-fumeurs comprennent autant que les fumeurs » Mme K, « Mon frère pourtant fumeur m'a fait la même réflexion que les non-fumeurs, alors que lui-même n'a jamais réussi à arrêter » Mme O.

### C. Réflexions

Lorsque nous abordons le sujet des réflexions de l'entourage face à la cigarette, seules deux interrogées avouent se sentir mal à l'aise et culpabiliser, Mme L « Il y a des petits jugements de la part de mes amis, ça me met mal à l'aise mais je sais que ce sont des gens honnêtes » ajoutant également les répétitions fréquentes de la phrase « Cette cigarette-là tu n'en a pas l'utilité, ne la fume pas » et Mme C « Tu ne devrais pas fumer,

ce n'est pas bien pour le bébé ».

Mme W a eu le même type de remarques « Ce n'est pas bien pour le bébé, il va avoir des problèmes » mais elle se cache derrière le fait que ses enfants vont bien.

D'autres, en revanche ne se souviennent pas de réflexions marquantes Mme Rk, D ou ne les ont pas plus remarquées que cela, « La seule remarque que j'ai eu c'est : fume un peu moins » Mme K, « Tu pourrais faire un effort » Mme Rs. Mme My affirme ne s'être prise aucune réflexions négatives à propos de son tabagisme mais plutôt des encouragements sur sa réduction « Mon entourage m'a félicitée car j'arrive vraiment à espacer mes cigarettes ».

Pour Mme D vivant dans un environnement fumeur les réflexions sont parfois inadaptées « Tu abuses un peu sur toutes tes précautions, c'est ton premier tu ne seras plus comme ça après ».

Des remarques plus contrariantes ont également été exprimées « Tu verras si ton bébé à un problème, tu vas culpabiliser » parole d'une proche de Mme Rs dont l'enfant présente un souffle au cœur, « je touche du bois mais pour l'instant tout va bien ».

Voire même des remarques mal placées de la part d'inconnus, comme pour Mme H « Vous savez vous êtes enceinte, vous ne devriez pas fumer ».

#### D. Regard des autres

##### ❖ Pensées face à une femme enceinte qui fume dans la rue

Il a été intéressant de voir l'opinion des interrogées face à une femme enceinte qui fume. Les réponses ont été variées. Pour plus de la moitié d'entre elles Mme K, D, Rk, W, M, H, O et My c'est l'indifférence qui prime. Elles sont sans réactions face à une personne reflétant leur propre image et ne « portent pas de jugement ». Cela s'illustre par les propos de Mme M qui a changé son état d'esprit depuis qu'elle est elle-même enceinte « Avant, j'aurais trouvé ça révoltant car je me sentais à la hauteur, mais aujourd'hui je vois bien que je ne peux pas arrêter donc je ne dirai rien ».

Mme My semble faire des catégories de personnes « Pour moi, il y a les personnes qui fument de temps en temps et qui gèrent leur consommation comme moi et celles

qui fument dans l'exagération ».

Mme Rs, quant-à-elle se trouve confortée dans son choix « Ça me rassure de voir des femmes fumer comme moi dans un coin au CMCO, pas devant la porte ».

Enfin, les réactions sont plus vives pour Mme C « Ça me choque parce que même moi j'essaie de ne pas fumer devant les autres, mais je ne me permettrai pas de juger » et pour Mme L « C'est fou mais ça me choque. Je me dis que les personnes qui fument ou qui boivent pendant la grossesse sont des mauvaises mères ».

#### ❖ Comment elles se sentent de fumer dans la rue

L'avis des interrogées diverge sur le tabagisme dans les lieux publics. Certaines n'ont aucun problème avec le fait de fumer en public « Je peux fumer n'importe où, je ne me suis jamais sentie gênée » Mme My, « Dans un lieu public je ne me sens pas gênée, il y aura toujours des gens pour dire quelque chose ou regarder bêtement » Mme K ou encore « Le regard des autres m'est égal, je peux fumer dans la foule » Mme M.

Cependant, la majorité d'entre elles Mme Rs, C, Rk, L, D, H et O rétorquent ne pas fumer dans un lieu à forte affluence « Je cherche un endroit calme, sans passage. Je ne fumerai pas place Kléber, j'ai tout de même un peu la gêne » Mme Rs, « Quand je fume dehors, je me gêne parfois même si le regard des autres on l'a quoi qu'on fasse » Mme Rk, « Si je veux fumer, je m'isole. Je ne fume pas devant mon entourage non plus » Mme C ou encore Mme O « J'évite le regard des gens, je fume dans les lieux où il n'y a pas grand monde ».

D'autres propos, tels que ceux de Mme L sont plus extrêmes « J'évite de fumer dans les lieux publics, je me cache ou carrément je mets une écharpe sur mon ventre pour qu'on ne voit pas que je suis enceinte » Mme L ajoutant par la suite qu'elle n'a pas envie qu'on pense que c'est une mauvaise mère.

## V. Connaissances des risques liés au tabagisme

### A. Risques pour le fœtus et nouveau-né

Tableau XI : Représentation des femmes ayant une grossesse physiologique

Mme	L.	C.	K.	Rs.	H.	O.
<b>Risques connus</b>	Non	Oui ++	Non	Oui +	Non	Oui ++
<b>Alimentation</b>	Biberon	Sein	Sein	Sein	Biberon	Sein

Tableau XII : représentation des femmes ayant une grossesse pathologique

Mme	Rk.	D.	M.	W.	My
<b>Risques connus</b>	Oui	Non	Non	Oui ++	Oui
<b>Alimentation</b>	Sein	Biberon	Mixte	Biberon	Biberon

Le groupe des interrogées se scinde une fois de plus en deux parties. Un peu plus de la moitié connaît les risques précis du tabac sur le fœtus et le nouveau-né grâce à leurs recherches personnelles le plus souvent Mme C, Rs, W, O et grâce à la prévention des professionnels de santé Mme Rk, Rs, O et My. Les recherches personnelles étant plus précises qu'une simple information au cours d'une consultation, les connaissances sont plus approfondies. Par exemple, Mme Rk ne cite que « La prématurité et les petits poids de naissance » alors que Mme C cite « Malformations, maladies cardio-vasculaires, petit poids de naissance, asthme, allergies ». Mme My, suivie dans le cadre d'une infertilité n'évoque que le risque de fausses couches. Mme O, bien que consciente des risques affirme « Je fais attention sur beaucoup de choses (alimentation, produits ménagers) mais je ne peux pas tout arrêter non plus ».

À l'inverse, Mme D et H affirment ne pas connaître les risques mais s'en rendent compte dans leur entourage « Ma sœur fume dans son appartement avec ses enfants sans ouvrir les fenêtres et ils ont tous des allergies et un est asthmatique » Mme D,

« Mon fils a eu de l'asthme et des bronchiolites, je me suis dit que c'était de ma faute »  
Mme H.

L'autre moitié du groupe, ne connaît aucun risque et la plupart des interrogées avouent ne jamais s'en être préoccupées. Elles justifient cela par « Je ne cherche pas les risques pour ne pas me faire peur, je sais que s'il y a un problème on va me dire que c'est parce que j'ai fumé » Mme K, ou encore « De toute façon, tout est nocif à une certaine dose. Je relativise les choses » Mme M.

Toutefois, certaines cherchent tout de même à se rassurer comme elles peuvent « Je veux à chaque fois savoir si le cœur du bébé va bien et son poids » Mme L.

Cela peut s'expliquer par les propos de Mme M « Là il est à l'intérieur de nous, inconsciemment on ne mesure pas le danger » « Une fois que l'enfant est là physiquement, fumer à côté de lui c'est comme de la maltraitance » ou ceux de Mme H « Je me demande si ce n'est pas pire de fumer quand le bébé est là, je l'intoxique ».

Le manque de répercussions sur la santé et sur la grossesse revient très souvent auprès des interrogées. Les propos l'illustrent, « Ce n'est pas une excuse mais la première n'a rien eu » Mme L, « Le bébé va très bien » Mme Rs, « Mes parents fumaient à l'intérieur et ma mère pendant ses grossesses, c'est con hein mais je vais bien » Mme K ou encore « Je n'ai jamais eu de soucis » Mme W, actuellement hospitalisée pour menace d'accouchement prématuré (MAP).

Le manque de connaissances concernant l'allaitement est grand, il s'illustre facilement par des propos tels que « Je vais lui donner le biberon, comme je fume je ne voulais vraiment pas l'intoxiquer plus. On m'a dit que la petite sera nerveuse car elle aura un sevrage » Mme D, « Je veux allaiter donc il faut que j'arrête » Mme K, « Si je fume et que j'allaite, je trouve que je vais l'intoxiquer encore plus ». De même pour Mme Rk, bien qu'ayant bénéficié d'un important suivi par l'ELSA « Je viens d'apprendre que c'était bon d'allaiter quand on fumait, je savais pour le cannabis qu'il valait mieux éviter, je pensais que c'était pareil pour la cigarette. Mais je n'allaiterai tout de même que si je réduis ma consommation ». Pour Mme My, c'est l'organisation autour de la cigarette et l'allaitement qui pose problème « Je ne veux pas allaiter car on m'a dit qu'il fallait respecter un rythme entre les cigarettes et si mon bébé a faim j'aurais culpabilisé de

lui donner alors que je viens de fumer ».

## B. Précautions mises en place

La précaution la plus mise en place par les interrogées, par rapport aux aînés où à l'enfant à venir est le fait de fumer à distance du bébé. Sur la totalité des interrogés, deux affirment fumer « dans la cuisine avec la porte fermée » Mme M, ou « À la fenêtre de temps en temps mais pas dans les chambres » Mme C. Toutes les autres affirment « Fumer dehors ».

« À l'époque (années 2000) je préparais le biberon de mon fils en fumant une cigarette, on me disait « Si déjà t'as fumé pendant la grossesse fume à côté de ton bébé ». Aujourd'hui enfumer un bébé qui est là je ne pourrais pas », parole de Mme Rk.

Mme K affirme « Quand le petit sera là, je n'aurai plus le temps de fumer, j'aurai plus autant le temps de réfléchir et de cogiter », ce qui rejoint les propos de Mme L « Avec la première j'ai plutôt diminué après sa naissance pour m'occuper d'elle ».

Pour d'autres, les précautions ne s'arrêtent pas au simple fait de ne plus fumer à l'intérieur comme pour Mme D « Je ne veux pas imposer à mon enfant la cigarette surtout l'odeur, j'ai tout nettoyé dans l'appartement et dans la voiture » « J'ai aussi acheté de l'antibactérien pour se mettre sur les mains quand on fume et j'ai prévenu ma famille qu'elle devra faire pareil ». De même pour Mme L, « Je me mets du déodorant pour que ma première fille ne sente pas la cigarette sur les cheveux ou les vêtements », « Pour ma fille, je me lavais les mains et je prenais un bonbon à la menthe » Mme Rk, et « Je me brosse les dents, me lave les mains » Mme C. Mme O évoque aussi le fait de ne pas fumer devant son premier enfant, même dehors « Je ne veux pas qu'elle assimile mon image à la cigarette ».



## VI. La prise en charge du tabagisme

Tableau XIII : Représentation des femmes ayant une grossesse physiologique

Mme	L.	C.	K.	Rs.	H.	O.
<b>Suivi de grossesse</b>	Sage-femme Gynécologue	Sage-femme	Sage-femme	Sage-femme	Sage-femme	Sage-femme
<b>Proposition d'aide</b>	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>Aide</b>	Sans	Sans	Acupuncture Psychologue	Tabacologue	Substituts nicotiques	Tabacologue

Tableau XIV : représentation des femmes ayant une grossesse pathologique

Mme	Rk.	D.	M.	W.	My
<b>Suivi de grossesse</b>	Gynécologue	Sage-femme	Gynécologue	NR	Sage-femme Gynécologue
<b>Proposition d'aide</b>	Oui	Non	NR	Oui	Non
<b>Aide</b>	ELSA (cannabis)	Sans	Sans	Varénicline Tabacologue Acupuncture	Sans

NR : Non renseigné

ELSA : Équipe de liaison et de soins en addictologie

### A. Proposition d'accompagnement

Parmi les onze interrogées, toutes ont déjà réussi à réduire ou arrêter la cigarette (ou le cannabis pour Mme Rk) une fois dans leur vie. Cinq d'entre elles n'ont jamais eu recours à de l'aide, l'autre partie s'est fait aider avec cependant plus ou moins de résultats. Pour presque toutes les interrogées le tabac a été abordé en consultation (Mme M ne s'en souvient plus) et pour la grande majorité d'entre elles la proposition

d'aide à l'arrêt l'a aussi été. Mme D n'a pas eu de proposition d'aide « Si on m'avait proposé de l'aide je pense que j'aurais accepté », « On ne m'a rien proposé » Mme My, Mme M « Même si on m'avait proposé de l'aide j'aurais directement refusé. Je connais les tenants et les aboutissants ».

La pensée primaire des interrogés au sujet de l'aide à l'arrêt est « Je voulais arrêter seule » Mme K, Rs ou en d'autres termes « Je préfère arrêter que de prendre des substituts nicotiques » Mme C, Rk. Face au constat que l'arrêt seul est difficile, elles ont pu changer d'avis.

Concernant celles qui n'ont pas souhaité d'aide, « J'avais tellement honte que je n'avais pas envie de me déplacer pour aller chez un tabacologue et être entourée de femmes enceintes dans le même cas que moi » Mme L, « Je n'y crois pas trop, ça fonctionne sur certaines personnes mais il faut y croire » Mme C, pour Mme M en revanche le sujet s'est révélé sensible « Je n'aurai pas souhaité voir de tabacologue, je ne me souviens plus si on me l'avait proposé mais j'aurai coupé court à la discussion, je peux prendre rendez-vous seule si je le souhaite ».

Pour d'autres, ayant accepté de se faire aider « ça m'a traumatisée de devoir choisir un jour pour arrêter, plus le jour approchait et plus ma consommation augmentait. Je ne suis pas retournée voir mon tabacologue par honte de ne pas y être arrivé » Mme Rs, Je suis allée voir le tabacologue mais après je ne suis pas allée chercher les patchs, je trouvais que j'avais déjà bien réduit seule » Mme O, « Aujourd'hui je ne fume plus la journée grâce à l'acupuncture et à mon psychologue qui m'a permis de faire le point dans ma vie » Mme K, « J'ai déjà essayé l'acupuncture, le tabacologue, le Champix ®. Juste pas encore l'hypnose. En résumé c'est plein de tentatives non concluantes, je n'ai pas la motivation » Mme W ou encore « Quand on est accompagnée on a une aide, on pense qu'on va arrêter tout de suite alors que non et ça frustre » (Mme Rk pourtant aidée par l'ELSA).

## B. Attitude du professionnel de santé

D'après les paroles des interrogées, le personnel soignant ne se montre pas culpabilisant et les femmes n'ont pas honte de révéler leur consommation « Ils ne m'ont jamais jugée » Mme L, « La Sage-femme ne m'a pas fait la misère » Mme K,

« Mon gynécologue connaît mon dossier et me disait à chaque fois que c'était bien »  
Mme Rk, « Mon gynécologue me disait que c'était bien » Mme My.

Pour deux interrogées seulement, le sujet est récurrent « La Sage-femme me demande à chaque fois si j'ai diminué » Mme Rs, « Mon médecin traitant m'en a beaucoup parlé mais pas mon gynécologue » Mme M, ou encore « Ma Sage-femme me demande à chaque fois si je fume encore, plus elle me le dit et moins j'ai envie de le faire » Mme H.

### C. Conseils délivrés par le professionnel de santé

Les interrogées s'expriment peu à ce sujet, souvent interrogées en fin de grossesse elles ne se souviennent plus des paroles exactes du professionnel. Cependant, pour la plupart, les conseils restent assez flous et pas forcément exacts selon ce que les femmes ont retenu « On m'a dit que c'était bien de réduire, et de ne pas arrêter trop brusquement. J'ai su ma grossesse tardivement, on m'a dit que le bébé pouvait être en manque donc je n'ai pas arrêté » Mme D, « Mon gynécologue lors de ma première grossesse m'avait dit de ne pas fumer à jeun, de manger quelque chose avant » Mme Rk, « Ma Sage-femme m'a dit de fumer jusqu'à six cigarettes par jour, les risques seront réduits » Mme O, ou encore « On m'a conseillé d'éliminer la cigarette au moins le matin et de me limiter à cinq par jour » Mme L, pareil pour Mme My « Mon gynécologue ne voulait pas que j'arrête du jour au lendemain donc m'a dit de me limiter à cinq par jour » et « Ma Sage-femme m'a dit de respecter un intervalle de 12 heures sans fumer la nuit ».

Mme H affirme s'en vouloir lorsque son premier enfant souffrait de bronchiolites à répétition et d'asthme mais les propos rassurants du pédiatre « Ce n'est pas de votre faute, ce n'est pas la cigarette » l'ont confortée à poursuivre sa consommation durant cette grossesse.

Rare sont les professionnels transmettant les conseils pour le post partum, excepté pour Mme My et Mme Rs « La Sage-femme qui me fait la préparation à la naissance me fait la morale et me dit tout le temps qu'il faudra fumer dehors ».

## VII. Attitude des femmes avec une grossesse pathologique

Mme D a fait un déni de grossesse jusqu'à 24 SA, diabète pré-existant, MAP à 32SA et enfin prééclampsie en fin de grossesse. Mme D avoue avoir été stressée à chaque consultation de grossesse, mais le reste de la grossesse s'est bien passé selon elle. Elle affirme ne pas avoir fumé davantage lorsqu'elle était stressée et depuis son hospitalisation sa consommation n'a pas été modifiée.

Mme M a vécu une grossesse très stressante selon elle, elle a commencé la grossesse avec un petit hématome rétro-placentaire, puis un placenta prævia qui s'est résolu et est actuellement hospitalisée depuis un mois pour une RPM. « Dans cette grossesse tout s'est accumulé et c'est stressant donc je fume plus. À l'hôpital le niveau de stress est augmenté mais pas le nombre de cigarettes car il faut descendre ».

Mme Rk est hospitalisée depuis une semaine pour un diabète gestationnel déséquilibré. « C'est une source de stress donc je fume plus », « Au début de mon hospitalisation quand je descendais fumer j'en fumais deux à la suite pour ne pas toujours monter et descendre ».

Mme W est hospitalisée depuis deux jours pour MAP. « Quand je suis hospitalisée, je ne pense qu'à une chose : aller fumer », se dit être une personne stressée de nature donc chaque complication l'a fait fumer davantage. « Je n'ai pas des contractions à cause de la cigarette mais plutôt parce que j'ai eu un gros stress lié à la caisse d'allocation familiale cette semaine (rire) ».

Enfin, Mme My est hospitalisée depuis une semaine pour MAP à 28SA. « Depuis que je suis hospitalisée je n'ai plus fumé, je veux mettre toutes les chances de mon côté pour conserver la grossesse. Ce n'est pas à cause de la cigarette que je suis là mais j'ai vraiment eu un déclic depuis l'hospitalisation. Je veux garder mon fils au chaud, c'est ma plus grande motivation » « Mon but c'est de tenir sans fumer le plus longtemps possible mais je ne peux pas garantir que je ne reprendrais pas après ».

# **DISCUSSION**

## **I. Points forts**

Tout d'abord notre étude comporte plusieurs points forts :

- L'ouverture d'esprit des femmes enceintes qui se sont livrées à nous
- Tous les entretiens ont été exploitables
- La rencontre avec les femmes a été un moment très enrichissant
- La littérature est très riche sur le sujet
- Peu d'études qualitatives sur le sujet ont été réalisées en France

## **II. Difficultés**

Au cours de cette étude différents biais peuvent être trouvés.

Un premier biais de recrutement est présent, en effet, trois femmes nous ont été adressées par la même Sage-femme suite aux différentes relances effectuées.

Un biais de falsification de mémoire propre notamment au sujet de la prévention et des conseils prodigués par les professionnels de santé a pu s'introduire chez les femmes.

Un biais lié à l'origine sociale s'est aussi introduit car la majorité de notre population se trouve dans la classe socio-économique ouvrière. Ceci peut fausser leurs perceptions des risques, mais est représentatif de la majorité des fumeuses enceintes. Les femmes étaient seules au cours des entretiens physiques cependant les entretiens téléphoniques ne peuvent pas garantir qu'elles l'étaient aussi.

Concernant les deux refus de participation, l'une ne souhaitait pas s'exprimer sur le sujet et la deuxième n'avait pas de temps à nous consacrer. Les trois personnes n'ayant pas donné de nouvelles ne se sont, bien entendu, pas exprimées sur les raisons pour lesquelles elles ne souhaitaient pas participer.

### **III. Hypothèse 1 : Les dépendances physiques et psychiques à la nicotine sont un des facteurs majeurs de poursuite**

Au cours de cette étude, deux scores ont été utilisés : le score de Fagerström et le score de Horn. Le score de Fagerström permet d'évaluer au mieux la dépendance physique à la nicotine (Annexe I). Composé de six questions autour de la consommation tabagique, il permet d'établir un score entre zéro et 10 (0-2 : pas de dépendance ; 3-4 : faible dépendance ; 5-6 : moyenne dépendance ; 7-10 : forte dépendance).

Le test de Horn (Annexe I), quant-à-lui permet de mieux comprendre les habitudes et les envies de cigarettes des fumeurs et donc d'évaluer la dépendance psychologique. Il permet de savoir si le fumeur fume pour se stimuler, par plaisir du geste, pour se relaxer, pour pallier son anxiété comme élément de soutien, comme un besoin absolu ou par habitude acquise. Il se compose de 18 questions auxquelles le participant répond par cinq choix (5= toujours ; 4 = souvent ; 3 = moyennement ; 2 = parfois ; 1 = jamais). Un score supérieur ou égal à 11 pour un élément indique que c'est un facteur poussant la personne à fumer.

Le test de Fagerström indique que seulement trois des interrogées sont dans une dépendance forte à moyenne au cours de la grossesse. Cependant, au cours de la grossesse le métabolisme de la nicotine est augmenté et « l'envie de fumer » est plus grande ce qui peut engendrer plus de symptômes de sevrage à l'arrêt. Même si les femmes de notre étude ne sont plus dépendantes ou dans une faible dépendance actuellement, de faibles doses de substituts nicotiniques pourraient être envisagés.

Dans notre étude, la baisse de la consommation au cours de la grossesse est tout de même considérable, le nombre de cigarettes est réduit de plus de la moitié par rapport à l'avant grossesse.

Plus de la moitié des femmes se sont déjà fait aider pour essayer d'arrêter de fumer. Les autres femmes n'ont aucune confiance (voire même honte de s'y rendre) en l'aide qui pourrait leur être apportée. Pour les quatre interrogées ayant consulté un tabacologue, les séances ne se sont pas poursuivies dans la durée, certaines ayant peur de l'arrêt brutal de la cigarette ou d'autres s'attendant à voir de meilleurs résultats plus rapidement.

À cela s'ajoute également la réalité du terrain et les temps d'attente des rendez-vous

parfois longs selon les professionnels (8,19–21).

D'autre part, les symptômes sympathiques de début de grossesse seraient des éléments facilitateurs pour l'arrêt du tabac. Dans notre étude, ils se sont fait sentir chez plusieurs femmes mais seule Mme K « l'odeur de la cigarette le matin me dégoûte » et Mme My « les cigarettes trop rapprochées m'ont dégoûté » s'en sont servi pour réduire. Pour les autres, ils n'ont pas eu d'impact « J'ai eu beaucoup de nausées au départ, je fumais deux- trois bouffées et je l'éteignais. Quand les nausées sont passées, je me suis rebloquée à cinq/j, mes vieux travers sont revenus » Mme O, « au début j'ai cru que j'allais vomir au bout de trois taffes puis quand c'est passé j'ai repris petit à petit comme ce que je m'étais fixée » Mme H, « même si je vomissais souvent au premier trimestre, je fumais quand même » Mme Rs.

Ces symptômes permettent tout de même une réduction dans le score de Fagerström.

Les co-dépendances sont aussi présentes dans notre échantillon, principalement au cannabis. Il est connu que les femmes consommatrices de cannabis ont une grande probabilité d'être aussi consommatrices de tabac. En effet, les co-dépendances sont corrélées à une dépendance plus grande à la nicotine qu'à la consommation isolée de tabac. Il existe un phénomène de « transfert des dépendances », ce qui explique que quand une femme arrête sa consommation de cannabis par exemple elle va compenser par le tabac dont les effets sont globalement similaires (22).

Le second test utilisé, celui de Horn nous révèle que « l'anxiété, soutien » et le « besoin absolu » sont les principales motivations à la consommation tabagique. D'après notre échantillon, c'est donc en priorité la dépendance psychologique qui pousse nos femmes à fumer.

Notre hypothèse est donc partiellement validée.



## **IV. Hypothèse 2 : L'entourage tabagique représente une difficulté à l'arrêt**

### A. Conjoint

#### ❖ Arrêt

D'après la littérature, la modification du comportement tabagique chez la femme serait plus compliquée si le partenaire est fumeur. Il existe un effet de « contagion » entre la personne fumeuse et celle la voyant. De nombreuses femmes estiment que l'arrêt serait plus facile si le conjoint en faisait autant (Mmes Rk, Rs et H dans notre échantillon), percevant le soutien de leur conjoint comme plus utile que celui de la famille ou des amis. Il est notable que plus le degré d'interdépendance du couple est élevé et plus les actions de l'un influencent celle de l'autre.

Cependant, dans notre étude, ceci semble contrasté et les femmes ne semblent pas influencées par le comportement de leur conjoint. Les femmes comme Mme W, O, M, K se complaisent dans leur situation tabagique, forme de marqueur de la personnalité. Pour la plupart, elles ne sont pas certaines que l'arrêt du tabac du conjoint les aiderait à cesser, ajouté à cela le manque de motivation. L'exemple de Mme My est parlant, bien que son conjoint ait cessé de fumer elle ne l'a pas suivi.

Toutefois, si le père décide d'entamer un véritable sevrage tabagique au cours de la grossesse et pour l'enfant à venir, la future mère se sentira forcément aussi concernée.

Comme dans notre étude, dans la littérature le conjoint ne se sent pas concerné par un potentiel arrêt. Cela s'illustre par une étude réalisée en 2015 au Canada, pour la quasi-totalité des pères, la grossesse n'est pas un facteur d'arrêt du tabagisme. Le soutien de leurs femmes dans une potentielle modification est utile mais d'une efficacité modérée. Des interventions spécifiques doivent être mis en place à leur égard, des sevrages en couple seraient à proposer au cours de la grossesse.

D'après la littérature, un faible niveau d'études, le fait d'avoir un partenaire fumeur, de présenter de nombreux symptômes anxieux au premier trimestre et des symptômes dépressifs au troisième trimestre sont des facteurs associés à la poursuite du tabagisme (23–27).

## ❖ Querelles

Le tabagisme est sujet à querelles chez moins de la moitié des interrogées. Dans une étude qualitative réalisée en 2005 au Canada, cinq couples sur 19 affirmaient que le tabagisme au cours de la grossesse est source de tension conjugale. Pour certains couples, le tabagisme entraîne une sorte de « surveillance » de la femme enceinte pour s'assurer qu'elle ne fume pas trop, comme c'est un peu le cas dans notre étude de Mmes M, K, Rs et My.

Cependant, il peut y avoir une augmentation temporaire de la cigarette lorsque la pression à laquelle sont soumises les femmes enceintes fumeuses est trop grande, en accord avec les paroles de Mme M. En règle générale, les partenaires non-fumeurs exercent une plus grande pression que les fumeurs, ce qui explique les querelles dans le couple de Mme L.

Le partenaire de Mme O, se trouve compréhensif face à l'émotionnel instable de sa compagne, ce qui est en accord avec une étude de Flemming parue en 2015. Plus le dialogue est ouvert dans le couple et plus le partenaire peut comprendre les difficultés à l'arrêt. De même que certains hommes affirment que « le stress de se passer de cigarettes causerait plus de mal au bébé que de fumer », ce qui hypothétiquement pourrait également être partagé par les conjoints des femmes de notre étude (23–27).

## B. Entourage

Selon la théorie du comportement planifié d'Ajzen, l'entourage représente la « norme subjective », il s'agit des attentes que les personnes proches de la femme enceinte fumeuse ont pour elle. Sept des interrogées de notre étude ont grandi dans un milieu tabagique, ce qui a favorisé leur entrée et la « normalité » de la situation.

L'entourage ne semble pas jouer un rôle sur le tabagisme actuel des femmes mais plutôt sur l'histoire du tabagisme, car à l'heure actuelle, seules leurs propres motivations, envies et surtout habitudes les poussent à fumer.

L'arrêt du tabac peut aussi créer une sorte de coupure dans le lien social établi, car

toutes les habitudes des fumeuses se trouveraient bouleversées d'autant que la grossesse est une période de grands changements. De même, un lieu de travail non-fumeur aiderait davantage les femmes. Être entouré de personnes fumeuses est un facteur important de rechute et de poursuite.

Bien qu'un biais de mémoire puisse fausser les réponses des femmes, globalement les interrogées restent hermétiques aux remarques faites par leur entourage. Cependant, des stratégies d'évitement sont mises en place (23).

### C. Réflexion / regard des autres

Les remarques faites par l'entourage dans notre étude ne sont globalement pas très virulentes, s'inquiétant davantage de la quantité consommée que de la consommation en elle-même. Lorsque l'entourage n'adhère vraiment pas au comportement tabagique de la femme enceinte, les femmes mettent des comportements défensifs en action tels que le mensonge et l'évitement du sujet.

En règle générale, la réflexion d'une personne ayant le même comportement que nous ne devrait pas nous choquer. Ce n'est pas le cas pour les femmes enceintes fumeuses, qui ne sont pas à l'aise avec leurs représentations. Les trois verbatims marquant les réactions vives de Mme Rs, C et L au sujet de leur pensées lorsqu'elles voient une femme fumer dans la rue nous prouvent bien leur grande gêne (Voir p33-34). Les interrogées évoquent pour la plupart le fait qu'elles ne se « permettraient pas de juger alors qu'elles le font aussi », cette réaction est également présente dans une étude réalisée en Amérique du Nord en 2010 où les femmes ayant fumé pendant leur grossesse insistent sur le fait « que personne n'a le droit de juger ».

Il a aussi été intéressant de voir leur comportement dans la rue. Pour éviter les regards mal placés et pour ne pas se confronter à l'image renvoyées aux yeux de la société, les femmes interrogées préfèrent se mettre à l'écart, voire même se cacher.

Ces réactions se retrouvent également dans d'autres études, où le comportement tabagique est considéré comme « égocentrique » et les femmes se cachent aux yeux de la société.

Le manque de clémence de la société face aux fumeuses enceintes est aussi retrouvé dans la littérature en corrélation avec les propos de Mme M. Ce manque de tolérance est illustré par une étude réalisée en 2010 en France. Les non-fumeurs stigmatisent les fumeurs et évoquent le fait « qu'un fumeur fumant en public donne l'envie aux autres de fumer et donne le mauvais exemple pour les jeunes » (23,28–30).

#### D. La motivation au changement

La motivation intrinsèque permettrait d'avoir de plus forts taux de cessation du tabac à court et moyen terme que la motivation extrinsèque.

Dans cet échantillon, bien que la grossesse ait permis à sept des interrogées de revoir leur comportement tabagique à la baisse (chose qu'elles n'avaient pas fait auparavant), la plupart d'entre elles se trouvent dans la phase de contemplation. Leur addiction leur pose un souci au moment de la grossesse mais pas en dehors, elles sont prêtes au changement uniquement le temps de la grossesse. Deux d'entre elles sont dans une phase précontemplative et seule Mme K et My sont dans une phase de préparation, se trouvant prêtes au changement. Il n'y a donc aucune femme dans une phase volitionnelle.

Le cas de Mme Rk nous prouve également qu'il existe une sorte de priorisation dans les addictions, l'arrêt du cannabis passant au premier plan.

La grossesse est un moment propice à la modification du comportement car étant dans une phase contemplative, les femmes sont plus réceptives. Pour la plupart des femmes, fumer en étant enceinte n'est pas « acceptable » mais pour cesser de fumer la volonté et la détermination devraient être plus fortes. Les symptômes sympathiques de début de grossesse, les nausées et les vomissements peuvent aider les femmes à arrêter de fumer. Dans notre échantillon, bien que présents chez plusieurs femmes ils n'ont pas permis l'arrêt total.

Les symptômes anxieux que présentent les femmes en début de grossesse sont des facteurs de poursuite du tabagisme. Au cours du troisième trimestre, ces symptômes régressent chez la plupart des non-fumeuses et sont augmentés chez les fumeuses (23,31).

Notre hypothèse « L'entourage tabagique représente une difficulté à l'arrêt » est validée. L'entourage tabagique dès le plus jeune âge pose un cadre de « normalité ». Dans l'instant présent cet entourage tabagique (famille mais aussi amis, collègues) fait partie des « habitudes tabagiques » de la personne fumeuse. Le conjoint et souvent son amotivation au changement ne soutiennent pas la femme, bien que plusieurs d'entre elles affirment que le tabagisme du conjoint ne joue en rien. Aucun facteur dans l'entourage ne semble les pousser à arrêter de fumer.

### **V. Hypothèse 3 : Les femmes sous-évaluent les risques liés au tabagisme**

Selon la théorie du comportement planifié d'Ajzen, une bonne connaissance des risques peut jouer sur la variable « attitude » et ainsi augmenter l'intention comportementale. Une mauvaise connaissance des risques comme c'est le cas pour la moitié des interrogées de notre étude ne modifie pas l'intention comportementale. Le faible niveau d'études relevé pour la plupart des interrogés peut aussi être un facteur associé à cette méconnaissance.

À cela s'ajoute le fait que la majorité des femmes n'observent pas de problème chez leurs enfants issus des premières grossesses. Il existe en effet une sorte de persuasion que la cigarette n'a pas d'impact sur leur santé et celles de leurs enfants, alimentant une fois de plus « l'attitude » de la personne et sa non-modification de l'intention comportementale. Une plus grande importance est accordée aux expériences vécues qu'aux véritables arguments scientifiques.

Ce type de comportement est courant et a aussi été retrouvé à plusieurs reprises dans la littérature.

Ces croyances si bien ancrées, ne sont pas remises en cause lorsqu'il y a un souci au cours de la grossesse pour Mmes W et My. Les propos de Mme K « s'il y a un problème on va me dire que c'est parce que j'ai fumé » sont semblables à ceux trouvés dans une étude américaine de 2010.

Selon une étude française publiée en 2018 par l'INVS, basée sur les données de l'enquête nationale périnatale 2016, les femmes multipares ainsi que celles ayant un faible niveau d'études ou de faibles revenus ont plus tendance à réduire leur consommation plutôt que de l'arrêter. La multiparité est un facteur de poursuite du

tabagisme, bien connu dans la littérature, il est expliqué principalement par ce manque de répercussions dans les antécédents obstétricaux et dans l'entourage. De plus, les recommandations de prévention ayant besoin d'une forte adhésion sont moins suivies chez les multipares. En effet, selon l'enquête périnatale de 2016, l'entretien prénatal précoce visant à dépister les situations de vulnérabilité (comme le tabagisme) est réalisé chez seulement 20,5% des multipares (face à 39,5% des primipares). De même, les multipares participent beaucoup moins aux séances de préparation à la naissance (33,8% face à 77,9% chez les primipares).

Le stress engendré par le fait d'être déjà parent peut aussi être un facteur, dans notre étude il s'illustre aisément par les propos de Mme L « je suis déjà stressée de m'occuper de ma première fille parfois » et Mme W « le stress des enfants me fait fumer plus à la maison qu'au travail ».

Pour Mme L et H, la grossesse n'était pas prévue dans l'immédiat. Mme D, bien qu'ayant fait un déni de grossesse, le désir de cette dernière est également présent mais la grossesse aurait été souhaitée plus tard. Les femmes dont les grossesses sont « souhaitées plus tard » voire « non souhaitées » ont une faible réduction du tabagisme (< 50% par rapport à la consommation initiale) comme c'est le cas pour Mme H et plus ou moins Mme L dont la consommation varie. La grossesse n'étant pas planifiée, il est d'autant plus difficile d'arrêter du jour au lendemain, sachant que l'annonce surprise d'une grossesse crée pour la plupart un facteur de stress (19,21,23,29,32).

#### ❖ Allaitement

Tout d'abord il est bon de rappeler que le tabagisme maternel ne contre-indique en aucun cas l'allaitement maternel, ce dernier pouvant donner une motivation supplémentaire à l'arrêt. L'allaitement est recommandé pour les femmes fumeuses, évitant un arrêt trop brusque de nicotine pour l'enfant et bénéfique pour l'enfant comme dans la population non-fumeuse.

Les maladies respiratoires infantiles liées au tabagisme passif sembleraient être réduites par un allaitement maternel prolongé (durée supérieure à quatre mois). Il est cependant conseillé aux femmes fumeuses, n'arrivant pas à cesser leur consommation de fumer après la tétée, et de mettre le bébé au sein deux heures après la cigarette dans la mesure du possible (le taux de nicotine dans le lait baisse

considérablement au bout de deux heures).

Les études, tout comme la nôtre, ont mis en avant que le tabagisme au cours de la grossesse est associé au fait de ne pas poursuivre l'allaitement exclusif au-delà de deux semaines post-partum. Les fumeuses ayant initié l'allaitement sont plus à risque d'arrêter de manière précoce (< trois mois). L'allaitement dépend beaucoup du niveau socio-économique des couples, il est de ce fait difficile de faire la distinction avec les fausses croyances sur le tabac car les deux sont corrélés.

Cependant, bien que les connaissances sur les conséquences du tabagisme sur l'enfant ne soient pas connues par toutes les interrogés, les recommandations de « ne pas fumer dans l'habitation » sont presque pour toutes respectées. Selon la HAS, il n'a pas été prouvé que « fumer fenêtres ouvertes ou dans une autre pièce modifie le degré d'exposition de l'enfant pendant la période à risque de MSN », pour Mme M et C. Ce qui nous interpelle également dans les propos des interrogées, ce sont les précautions mises en place pour ne pas sentir le tabac face à leurs enfants, bien qu'elles aient fumé tout au long de la grossesse. Paradoxalement, une fois que l'enfant est né, les mères ne fument plus devant leur enfant, comme si elles n'arrivaient pas à mesurer le danger en étant enceinte (paroles de Mme M) « Je ne veux pas imposer à mon enfant la cigarette » Mme D, « enfumer un bébé qui est là, je ne pourrai pas » Mme Rk, « fumer à côté de lui c'est comme de la maltraitance » Mme M (15,17).

## **VI. Grossesse physiologique / grossesse pathologique**

D'après cet échantillon, les femmes avec une grossesse pathologique ne sont pas plus renseignées sur les risques du tabac sur le fœtus et le bébé que celles ayant une grossesse physiologique. Ce qui est bien illustré par le fait que les femmes ayant une grossesse pathologique souhaitent pour la plupart donner le biberon.

Les femmes connaissant les risques sont réparties de façon homogène sur les deux groupes. Le degré de connaissance des risques ne dépend donc pas de la pathologie en cours mais des recherches personnelles effectuées.

La catégorie socio-professionnelle n'a pas d'influence sur les connaissances dans notre échantillon, bien que la majorité fasse partie de la classe ouvrière.

Un évènement pathologique au cours d'une grossesse est source de stress pour ces

femmes qui ont tendance à fumer davantage sans se poser la question si le tabagisme est la cause de leurs problèmes. L'hospitalisation est un facteur réduisant leur consommation, pour de mauvaises raisons. En effet, presque toutes affirment fumer moins car elles sont limitées dans leurs déplacements.

L'exception dans notre échantillon est Mme My, qui, ayant peur de perdre la grossesse a cessé sa consommation nettement. Mme My faisant également partie d'une classe sociale plus élevée.

Il a été prouvé que le statut socio-économique faible est associé à une poursuite du tabagisme au cours de la grossesse.

Une des premières solutions serait peut-être de discuter du tabagisme avec la femme enceinte hospitalisée et proposer par exemple l'usage de patchs nicotiques dans les services.

Cependant, selon le test de Horn l'item « anxiété et soutien » revient chez la plupart des femmes avec une grossesse pathologique. Soumises à une forte dose de stress, ces femmes fument davantage. Ce qui représente donc un cercle vicieux dangereux. Dans la littérature également, le stress est un des principaux facteurs associés à la poursuite du tabagisme (20,29).

Notre hypothèse de base étant « Les femmes sous-évaluent les risques liés au tabagisme » est donc validée que ce soit pour le fœtus ou le nouveau-né. De même que notre hypothèse secondaire est validée, les femmes dont un évènement pathologique est intervenu dans leur grossesse fument davantage.

## **VII. Hypothèse 4 : L'attitude du professionnel de santé est importante sur la conduite tabagique**

Comme nous l'avons déjà évoqué dans l'introduction, lorsqu'un changement doit s'opérer, la volonté doit venir avant tout de la personne elle-même. Si le corps médical prend une posture autoritaire et impose l'arrêt de la substance, la personne sera dans une forme de soumission et n'arrivera pas à maintenir à long terme son comportement. Elle se doit de reprendre confiance en elle et de regagner en autonomie. Le soignant ne doit donc pas être autoritaire. Dans notre étude pourtant, l'esprit moralisateur est



ressorti dans le discours de Mme Rs « La Sage-femme m'a fait la morale ».

D'autant plus que le tabac est un sujet sensible, les femmes se ferment facilement à la conversation si elles se sentent mal à l'aise.

Selon Mucchielli, il existe six attitudes verbales, les attitudes dites « non facilitantes » (d'interprétation, d'évaluation, de solution immédiate, de soutien, d'investigation) et la seule dite « facilitante » qui est celle « compréhensive ». Cette méthode consiste en une reformulation concise et une écoute attentive, permettant à l'interrogée d'approfondir ses réponses, se sentir comprise et de s'interroger sur ce qu'elle ressent. Dans notre étude, les professionnels sont plutôt dans une attitude de soutien (minimisation de la situation, encouragement), investigatrice (à la recherche du nombre de cigarettes/jour) et de solution immédiate (proposition d'aide au sevrage) ne poussant pas les patientes à se focaliser sur leurs propres sentiments.

De même, une attitude positive, encourageante et sans jugement de la part des professionnels de santé serait plus efficace sur les femmes qu'un discours centré sur les risques inhérents au bébé. Ce qui semble être le cas dans notre échantillon et dans la littérature, car la majorité des femmes ne ressentent aucune pression de la part du professionnel de santé suivant leur grossesse.

D'après l'enquête nationale périnatale de 2016, 80% des professionnels de santé posent la question du tabagisme au cours de la grossesse et seuls 46,3% d'entre eux donnent des conseils pour l'arrêt. Ce qui semble en accord avec notre étude, le sujet semble certes abordé, mais de manière trop superficielle. Le sujet du tabac n'est pas récurrent au cours des consultations, n'est pas approfondi et les conseils semblent être donnés trop rapidement. Cependant, il est notable également que les femmes peuvent avoir une écoute sélective à propos d'un sujet sensible comme le tabac.

Face à des femmes qui ne sont pas motivées à arrêter, la méthode des 5R anglaise pourrait être mise en œuvre : « Relevance » (pertinence) afin d'identifier des motivations ; « Risks » (risques) afin de parler des risques sur la grossesse, ce qui serait une bonne manière de faire parler la femme et pour le professionnel de les énoncer, « Rewards » (récompense) la femme évoque les avantages de l'arrêt pour elle et sa famille, « Roadblocks » (barrages routiers) la femme identifie les obstacles à l'arrêt, « Repetition » (répétition) le professionnel de santé l'évoque à chaque

consultation.

Différents supports ont été mis en place pour les professionnels de santé, tels que pour les médecins généralistes, le logiciel d'autoformation Nicomède mis à jour en 2013 par la ligue nationale contre le cancer. Il permet de comprendre le tabac, les conséquences, les différents stade motivationnels et les techniques de sevrage.

Dans le cadre du plan régional de lutte contre le tabac 2018-2022 en région Grand Est, le projet « Fond tabac 2018 » financé par l'ARS, une formation en e-learning pour les Sages-femmes et tous autres professionnels de santé va être disponible (via la formation continue) visant à mieux connaître les outils d'évaluation à la dépendance, la prescription et l'utilisation de TSN, les ressources en tabacologie et addictologie.

D'une part, comme nous venons de le voir, le sujet du tabac ne semble pas assez approfondi en consultation et d'autre part lorsqu'il l'est, il existe une certaine minimisation des risques de la part des professionnels de santé, comme le fait de « se limiter à cinq/jour » pour Mme My, L, O. Un allongement dans le temps a été proposé à plusieurs reprises « Ne pas arrêter trop brusquement » Mme My et D, avouant ne pas avoir cessé leur consommation de ce fait. Ces propos se réfèrent aux symptômes de sevrage à la nicotine immédiat à l'arrêt de la consommation. Ils pourraient aisément être atténués par un accompagnement correct par des professionnels et des TSN.

Ces dires sont toutefois aussi retrouvés dans une étude américaine en 2010 (Levis). Enfin, des conseils non recommandés dans la littérature en termes de prévention semblent avoir été donnés « Ne pas fumer à jeun » pour Mme Rk, « respecter un intervalle de 12 heures la nuit » pour Mme My, stratagème pour essayer d'espacer au maximum les cigarettes (23,29,33–35).

Notre hypothèse semble être validée. En effet, l'attitude du professionnel est importante sur la conduite tabagique, les femmes tentent de suivre les conseils qui leurs sont prodigués. L'attitude du professionnel n'est toutefois pas déterminante car les femmes continuent de fumer.

Le sujet du retour à domicile n'est donc pas abordé en consultation de grossesse mais est laissé pour le post-partum. Ne serait-ce pas intéressant d'expliquer aux femmes

les conséquences concrètes sur leur bébé afin de les intéresser peut-être davantage ?

## VIII. Expression de la gêne

### ❖ La volonté

Selon la plupart des femmes, l'arrêt du tabac est principalement lié à la volonté. Elles évoquent ouvertement leur manque de volonté « j'ai un manque de volonté » Mme L, « il faut beaucoup, beaucoup de motivation pour arrêter » Mme D, « il faut y croire être motivée » Mme C, « Je n'arrêterai pas sauf si j'ai envie » Mme M, « Je n'ai jamais eu l'envie spéciale d'arrêter » Mme W, « Il n'y a plus cette motivation » Mme H. La dépendance physique passant au second plan face à cette volonté et le psychologique. Le champ lexical du psychologique étant omniprésent « c'est psychologique une grossesse » Mme K, « psychologiquement ça a été très dur pour moi de réduire » Mme O, « c'est malheureux comme ça peut aller loin psychologiquement » Mme L.

Ces termes se retrouvent une fois de plus dans la littérature, les femmes se sentent « honteuses de leur propre manque de motivation ». (36)

### ❖ La gêne

La gêne se définit dans le Larousse comme une « impression désagréable, embarras, trouble, malaise moral, confusion de quelqu'un dans la situation où il est placé » (37).

Le champ lexical de la gêne a été relevé au cours de plusieurs entretiens, des répétitions de la phrase « je me gêne » au cours d'un même entretien allant jusqu'à quatre fois chez Mme Rs, une fois chez Mmes Rk, W et O. La culpabilité est grande chez Mmes L, C, W, H, M, My, l'évitement du regard des gens chez Mmes O, M, Rs permet d'y pallier. Le mot fort de « honte » est revenu à plusieurs reprises pour Mme Rs, C, L voire même de « monstre » Mme L. Les femmes sont dans une constante dévalorisation « fautive » « égoïste » Mme L, « horrible » Mme Rs.

Différents sentiments négatifs sont ressortis par les termes de peur chez Mme Rs, de pleurs pour Mme L voire même de « traumatisme » Mme Rs.

Se sentant gênées car le sujet, les expressions les plus répétées au cours des entretiens ont été « Ce n'est pas une excuse » ou « c'est con hein » Mmes K, L, W, avouant d'elles-mêmes leur mal être « ça me met mal à l'aise » Mme Rs, L.

Des contradictions ont été relevées par exemple Mme Rs « Je ne culpabilise pas trop » mais plus tard avoue se sentir mal à l'aise.

Tous ces sentiments négatifs s'inscrivent, selon le schéma de Deci et Ryan (retrouvé dans l'introduction au VI), dans une motivation extrinsèque par régulation introjectée par des pressions internes que s'inflige la personne.

Seule Mme My exprime se sentir fière de sa réduction depuis le début de la grossesse « Je me dis que je ne lui fais pas subir 14 cigarettes mais seulement cinq au maximum », bien que le mot « subir » soit employé.

Les femmes se sentent « gênées et dégoûtées », « coupables dès l'annonce de leur grossesse » de fumer dans la littérature également (36).

#### ❖ Le non-verbal

Le rire a été une forme de lâcher prise chez plusieurs femmes, permettant souvent de désamorcer des tensions. Le rire se caractérise de la même manière que le silence dans l'attitude non-verbale. Afin de dédramatiser et décomplexer le sujet on ne dénombre pas moins de cinq fois pour Mme Rk, quatre fois pour Mme D, trois fois pour Mme H, deux fois pour Mme L et Mme My, une fois pour Mme Rs et M.

De longs soupirs et des moments de silence ont été relevés chez plusieurs personnes dont Mme Rk, L, Rs..

#### ❖ Attitude physique

Bien évidemment la voix des femmes n'a pas été monotone et comme tout sujet sensible, le ton a pu devenir particulièrement sec. Après des débuts prometteurs, Mme M, se sentant probablement mal à l'aise, s'est fermée à la conversation.

De l'énervement s'est également fait sentir chez Mme H face à l'insistance de sa Sage-femme à ce sujet ou encore chez Mme W.

Au cours de l'entretien avec Mme D, très nerveuse n'a cessé de toucher le monitoring alors en cours.

Des non-dits n'ont pas pu être creusés comme pour Mme C et sa consommation de cannabis.

## **IX. Prise de recul**

Bien qu'à l'heure actuelle le sujet du tabac soit un sujet bien connu pour la science notamment concernant les données factuelles des conséquences du tabagisme et des chiffres, l'expérience au contact réel des femmes l'est un petit peu moins.

Nous avons trouvé pertinent d'aller à la rencontre de toutes ces personnes pour qui, les choses ne sont pas si tranchées et pour qui, l'arrêt du tabac est un véritable combat. Les entretiens ont été très riches à nos yeux, les femmes nous ont fait confiance et se sont ouvertes à nous pour pouvoir mieux comprendre leurs attitudes et la manière de les aider.

Cette étude à vocation de mieux comprendre ces femmes, de peut-être, pouvoir changer le regard de certains professionnels de santé et de mieux les aider plutôt que les juger. Avant d'être soignant, chaque personne possède ses propres représentations et son vécu personnel sur le sujet.

Ce travail de recherche nous permettra d'offrir une meilleure prise en charge aux femmes enceintes fumeuses.

# **CONCLUSION**

Les facteurs qui pourraient influencer positivement l'intention d'arrêt du tabac au cours de la grossesse sont de plusieurs ordres. D'une part, les femmes se sentent mal à l'aise avec leur représentation au sein de la société, le fait d'être enceinte et fumeuse expose la femme aux regards des autres mais aussi aux remarques. Les réflexions du conjoint, de la famille ou encore des amis lui font constamment rappeler que « fumer en étant enceinte n'est pas la norme » et renvoie à l'image d'une « mauvaise mère ». Face à cet inconfort et pour le bien de leurs bébés, de nombreuses femmes décident d'arrêter de fumer.

Pour celles qui n'arrivent pas à arrêter ou qui n'en ont pas la motivation, comme c'est le cas dans notre étude, des comportements d'évitement sont alors mis en place. Ne plus fumer dans les lieux publics ou avec l'entourage, éviter la discussion allant même jusqu'au mensonge et au tabou. Ces comportements augmentent d'autant plus la culpabilité de la femme (déjà présente du simple fait d'être enceinte et fumeuse) agissant alors comme un renforçateur négatif sur l'intention d'arrêter.

De plus, notre étude a prouvé que la dépendance physique à la nicotine est faible pour la plupart de nos interrogées et qu'elles ont toutes déjà réussi à réduire leur consommation au cours de leurs vies ce qui pourraient aussi les encourager à arrêter, aidées par substitut nicotinique par exemple (Voir Annexe IV, Figure 3) .

Mais à l'inverse, les facteurs influençant négativement l'intention d'arrêt du tabac sont tout aussi nombreux. L'absence de conséquences au cours des précédentes grossesses, dans l'entourage ou encore par expérience personnelle ; le manque de connaissance sur les conséquences ; la dépendance comportementale liée aux habitudes de vie et l'intégrant au sein d'un « groupe ». Mais aussi le tabagisme du conjoint et de l'entourage qui ne font bien souvent aucun effort pour la grossesse ; le manque de confiance dans les solutions d'arrêts ou encore le personnel médical qui se voit trop rassurant dans ses propos, n'abordant le sujet que trop partiellement. La cigarette est décrite comme un « besoin absolu » et pour combattre « l'anxiété et le soutien » selon le score de Horn. À cela s'ajoute le stress que vivent les femmes enceintes lorsqu'un évènement pathologique intervient au cours de leur grossesse. Ces sentiment négatifs accentuent un manque de confiance en soi, déjà présent souvent chez ces femmes, agissant alors comme des renforçateurs négatifs sur le comportement tabagique (Voir Annexe IV, Figure 4).

En conclusion, bien que le sujet soit bien documenté et que les conséquences du tabac soient bien connues, l'application dans le quotidien des soignants n'est pas à son efficacité maximale. Ainsi, serait-il bon de refaire une formation pour les soignants et la manière d'aborder le sujet. Mais aussi des consultations où le père serait plus présent et les solutions d'arrêt lui seraient évoquées. Les maternités ayant signé la charte « Maternité sans tabac » proposent une intervention de la tabacologue à chaque nouvelle hospitalisation, une étude comparant le bénéfice de cette intervention pourrait être faite afin de voir si cela modifie le comportement des femmes vivant une grossesse pathologique. Une chose est sûre, ces femmes ont besoin d'être écoutées, entendues, soutenues et un accompagnement individualisé doit leur être proposé.



# RÉFÉRENCES

1. Sledziewski E. Le tabagisme féminin, priorité de santé publique, thème 24. École nationale de la santé publique, groupe interprofessionnel. 2000; 35p.
2. Andler R, Cogordan C, Richard JB, et al. Baromètre santé 2017. Consommation d'alcool et tabac durant la grossesse. Saint-Maurice: santé publique France; 2018, 9p.
3. Ifrah N. Institut national du cancer : La lutte antitabac en France et dans le monde [En ligne]. 2017 [cité 21 Oct 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr>
4. Delcroix M, Gomez C, Marquis P, et al. Tabac, fertilité et grossesse. EMC Obstétrique. 9 Mars 2007; 2(1): 1-16.
5. Adler M. Tabagisme : pharmacologie, dépendance et traitements. Pathologie professionnelle et de l'environnement. 2017; 12(3): 1-7.
6. Chevalier C, Nguyen A. Composition et nocivité du tabac. Actualités Pharmaceutiques. 1 Novembre 2016; 55(560): 22-5.
7. Faure S, Babin M, Velé H, et al. Le tabagisme aujourd'hui en France. Actualités Pharmaceutiques. 1 Avril 2014; 53(535): 20-6.
8. Santé publique France. Tabac info service [En ligne]. 2019 [cité 2 Oct 2019]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr>
9. Muller L, Spitz E. Les modèles de changements de comportements dans le domaine de la santé. Psychologie Française. 1 Juin 2012; 57(2): 83-96.
10. Gache P. Pourquoi les patients stoppent-ils leur addiction ? Revue Médicale Suisse. 2003; 1(2451): 220
11. Walburg V, Arnault S, Callahan S. Rôle des croyances rationnelles et irrationnelles concernant la motivation à l'arrêt du tabac. Journal de thérapie comportementale et cognitive. 9 Août 2013; 23(4): 188-96.
12. Blain H, Bloch F, Borel L, et al. Synthèse et recommandation : Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées (Expertise collective).

Chapitre : Engagements, freins et motivations. Inserm. 2015. p.263-82.

13. Houme KP. Application de la théorie du comportement planifié pour prédire la persévérance des étudiants en sciences naturelles de l'Université de Lomé (Togo). [Thèse]. Université de Laval ; 2009.
14. Underner M, Perriot J, Peiffer G, et al. Influence du tabagisme sur le risque de développement de l'asthme. *Revue des Maladies Respiratoires*. Février 2015; 32(2): 110-37.
15. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Conférence de consensus : « Grossesse et tabac ». Texte des recommandations (version longue). La Plaine-St Denis: ANAES; 2004. 37 p.
16. Le Faou A-L, Scemama O. *Revue des Maladies Respiratoires*. Décembre 2005; 22(6-C2): 27-32.
17. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction : Grossesse et tabac (conférence de consensus)*. Elsevier Masson. Avril 2005; 34(HS1): 480.
18. Wirth N, Abou-Hamdan K, Spinosa A, et al. Le tabagisme passif. *Revue de Pneumologie Clinique*. 1 Mars 2005; 61(1): 7-15.
19. Carmen Miguez M, Pereira B, Miguel Pinto T, et al. Continued tobacco consumption during pregnancy and women's depression and anxiety symptoms. *International Journal of public health*. 18 Octobre 2019; 64: 1355 - 65.
20. Diamanti A, Papadakis S, Schoretsaniti S, et al. Smoking cessation in pregnancy : An update for maternity care practitioners. *Tob Induc Dis*. 2 Août 2019; 17: 57.
21. Dochez V, Diguisto C. Épidémiologie et facteurs de risque de la consommation de tabac au cours de la grossesse : Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 Avril 2020, 81-97.
22. Schwitzer T, Gillet C, Bisch M, et al. Consommations conjointes de cannabis et de tabac : connaissances cliniques et perspectives thérapeutiques. *Thérapies*. 1

Juin 2016; 71(3): 315-22.

23. Bauld L, Graham H, Sinclair L, et al. Barriers to and facilitators of smoking cessation in pregnancy and following childbirth: literature review and qualitative study. *Health Technol Assess*. Juin 2017; 21(36): 1-158.
24. Kwon J-Y, Oliffe JL, Bottorff JL, et al. Masculinity and Fatherhood. *Am J Mens Health*. Juillet 2015; 9(4): 332-9.
25. Gage JD, Everett KD, Bullock L. A Review of Research Literature Addressing Male Partners and Smoking During Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2007; 36 (6): 574-80.
26. Bottorff J, Kalaw C, Johnson J. Recherche qualitative en santé : Usage du tabac dans les espaces intimes: enjeux de l'étude de la dynamique des couples. *Avril 2005; 15(4): 564-77.*
27. Flemming K, Graham H, McCaughan D, et al. The barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women's partners during pregnancy and the post-partum period: a systematic review of qualitative research. *BMC Public Health*. 3 Septembre 2015; 15 (849) : 10p.
28. Perreti-Watel P, Legleye S, Guignard R, et al. Cigarette smoking as a stigma: Evidence from France. *International Journal of Drug Policy*. Elsevier. 2014; 25(2): 282-90.
29. Levis DM, Stone-Wiggins B, O'Hegarty M, et al. Women's Perspectives on Smoking and Pregnancy and Graphic Warning Labels. *Am J Health Behav*. Septembre 2014; 38(5): 755-64.
30. Abrahamsson A, Springett J, Karlsson L, et al. Making sense of the challenge of smoking cessation during pregnancy: a phenomenographic approach. *Health Educ Res*. 1 Juin 2005; 20(3): 367-78.
31. Curry SJ, McBride C, Grothaus L, et al. Motivation for smoking cessation among pregnant women. *Psychol Addict Behav*. Juin 2001; 15(2): 126-32.
32. Guyon L, Audet C, April N, et al. Tabagisme et grossesse. *Représentations*

sociales chez des mères québécoises. *Drogues, santé et société*. 2007; 6(1): 105 p.

33. Mucchielli A. *Psychologie de la communication* [En ligne]. Presses Universitaires de France; 1995 [cité 16 Nov 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info>
34. Lannelongue C. *Lutte contre le tabac en Grand Est : une formation e-learning à venir pour les professionnels de santé | Agence régionale de santé Grand Est* [En ligne]. 2019 [cité 22 Mars 2020]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr>
35. Blancher M. *Du lien pathologique de l'addiction à une possible autonomie dans la relation* [En ligne]. *Implications philosophiques*. 2017 [cité 31 Oct 2019]. Disponible sur: <https://www.implications-philosophiques.org>
36. Ebert LM, Fahy K. *Why do women continue to smoke in pregnancy? Women and Birth*. 1 Décembre 2007; 20(4): 161-8.
37. Larousse. *Définitions : gêne - Dictionnaire de français Larousse* [En ligne]. [cité 3 Avr 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr>

# **ANNEXES**

Annexe I
----------

Lettre d'information et de consentement destinée aux femmes interviewées

Bonjour,

Je m'appelle Margaux et je suis étudiante à l'école de Sage-femme de Strasbourg. Pour mon mémoire de fin d'étude j'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement aux femmes enceintes qui fument.

Si vous acceptez d'y participer, l'enjeu est simple. Je souhaiterais m'entretenir avec vous pendant une vingtaine de minutes à propos de votre expérience sur le tabac.

Bien entendu, vous ne serez absolument pas jugée et tout sera anonymisé. Vous avez bien évidemment la possibilité d'arrêter l'entretien à tout moment et vous n'êtes pas obligée de répondre à toutes les questions.

Si vous êtes d'accord, vos propos seront enregistrés avec un dictaphone pour me permettre de les retranscrire de manière fiable. Une fois l'étude terminée, l'enregistrement sera détruit.

Pour plus d'informations, vous pouvez me contacter aux coordonnées suivantes ci-dessous.

Merci d'avance,

Margaux

Lieu :

Date :

Signature :

Contact :

De Zutter Margaux,

06 84 14 27 52

[Margaux.dz67@gmail.com](mailto:Margaux.dz67@gmail.com)

Guide d'entretien

*Bonjour, je m'appelle Margaux et je suis étudiante Sage-femme en 4<sup>ème</sup> année. Pour mon mémoire de fin d'étude j'ai choisi de m'intéresser plus particulièrement aux raisons pour lesquelles les femmes enceintes fument. On nous répète constamment les dangers de la cigarette, « fumer tue », les photos sur les emballages des paquets ou encore les actions de « mois sans tabac ». Aujourd'hui je voudrai surtout comprendre votre expérience du tabagisme, le rôle de votre environnement et votre connaissance des risques. Il n'y a aucune bonne ou mauvaise réponse. N'ayez pas peur de répondre ce que vous pensez, sentez-vous libre car aucun jugement ne sera porté sur ce que vous allez dire. Avec votre accord, je souhaiterais enregistrer notre entretien, ce sera plus facile pour moi par la suite d'analyser nos propos avec fidélité. Tout ce qui sera dit ici restera bien évidemment anonyme. Avez-vous des questions avant de commencer ?*

Questions socio-démographiques :

- Âge
- Parité
- Avec qui vivez-vous ? (conjoint, enfants, famille)
- Niveau d'études / Profession
- Situation personnelle (célibataire, en couple)
- Combien de cigarette fumez-vous par jour ?
- Autres addictions (alcool, drogue)

I) L'environnement de la femme enceinte

a) Conjoint :

- *Votre conjoint fume-t-il ?*



→ Si OUI : *est-ce un problème pour vous ?*

→ Si NON : *Comment vous sentez-vous ? Est-ce que cela crée des problèmes entre vous depuis le début de la grossesse ?*

b) Famille, amis :

- *Vous ont-ils fait des remarques depuis que vous êtes enceinte ?*

- *Les personnes fumeuses vous comprennent-elles ?*

- *Les personnes non fumeuses tiennent-elles des propos plus durs que celles qui ne fument pas ?*

c) Regard des autres :

- *Si vous voyez une femme enceinte fumer dans la rue, qu'en pensez-vous ?*

- *Et vous, comment vous sentez-vous lorsque vous fumez en étant enceinte ?*

## II) L'histoire personnelle et la dépendance

a) Le rapport personnel à la cigarette

- *Depuis combien de temps fumez-vous ? Pourquoi avez-vous commencé à fumer ?*

- *Depuis que vous êtes enceintes, avez-vous modifié votre manière de fumer ?*

→ Si baisse : *Comment ? (Grace à un tabacologue ? Substituts nicotiniques ? Seul ?)*

→ Si pareil : *Avez-vous essayé de réduire ?*

→ Si plus : *pourquoi ?*

b) La dépendance physique à la nicotine (Test de Fagerström) (8)

- *Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? (Dans les cinq premières minutes, entre cinq et 30 minutes, entre 30 minutes et une heure, plus d'une heure)*
- *Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?*
- *À quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ? (La première ou une autre)*
- *Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ? (Moins de 10, entre 10 et 20, plus de 20)*
- *Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?*
- *Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?*

Les critères de sevrage :

- *Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? Pourquoi avoir repris ? Comment vous êtes-vous senti ? (3,7)*

c) La dépendance psychologique et comportementale (Test de Horn) (8)

Les cigarettes m'aident à rester éveillée, concentrée, efficace	5	4	3	2	1
C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts	5	4	3	2	1
Fumer est pour moi une détente	5	4	3	2	1
J'allume une cigarette quand je suis soucieuse, contrariée	5	4	3	2	1
Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter	5	4	3	2	1
Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique	5	4	3	2	1
Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme	5	4	3	2	1
Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir	5	4	3	2	1
Il y a une quantité de plaisirs dans l'acte de fumer	5	4	3	2	1
Je fume quand je suis mal à l'aise ou quand je suis énervée	5	4	3	2	1
Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas	5	4	3	2	1
J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier	5	4	3	2	1
Je fume pour retrouver mon entrain	5	4	3	2	1
J'ai du plaisir à regarder les volutes de la fumée	5	4	3	2	1
Je fume quand je me sens bien détendue	5	4	3	2	1
Je fume pour oublier quand j'ai le cafard	5	4	3	2	1
Quand je n'ai pas pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible	5	4	3	2	1
Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche	5	4	3	2	1

5 = toujours 4 = Souvent 3 = Moyennement 2 = Parfois 1 = Jamais

III) Connaissance des risques

a) Connaissance des risques pour le fœtus :

- *Pour vous, le tabac est-il un problème lors de la grossesse ?*
- *Connaissez-vous les risques du tabagisme pour le bébé pendant la grossesse ?  
Pouvez-vous m'en citer quelqu'un ?*

➔ Si elle en cite : *Comment en avez-vous été informés ?*

➔ Si elle n'en connaît pas : *Vous ne vous êtes pas posé la question ?*

b) Connaissance des risques pour le bébé :

- *Connaissez-vous les risques pour un bébé qui est exposé à la fumée de cigarette régulièrement ?*
- *Souhaitez-vous allaiter ?*
- *Ou envisagez-vous de fumer une fois que le bébé sera là ?*

IV) La prise en charge du tabagisme

a) Attitude du professionnel de santé

- *Comment voyez-vous le rôle du professionnel de santé sur le tabac pendant la grossesse ?*
- *Avez-vous parlé du tabac avec la personne qui a suivi votre grossesse ? Comment était son attitude ? Que vous a-t-il proposé ? Vous a-t-il proposé de voir un tabacologue ?*

b) Pour les femmes ayant une grossesse pathologique

- *Le fait d'avoir une pathologie lors de votre grossesse a-t-il modifié votre manière de fumer ?*

Pour terminer cet entretien : *Quel serait l'évènement qui à coup sûr vous ferait arrêter de fumer ?*

Souhaitez-vous rajouter quelque chose à propos de ce sujet ?

Annexe III



Récépissé de déclaration  
de conformité à une méthodologie de référence

Numéro de déclaration  
1339098

Mademoiselle Jeannine FISCHBACH  
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG  
DIRECTION DE LA RECHERCHE CLINIQUE ET  
DES INNOVATIONS  
1, PLACE DE L'HOPITAL  
67091 STRASBOURG

Informations enregistrées par la commission :

Organisme déclarant

N° SIREN ou SIRET : 296700574  
Code NAF ou APE : 851A 851A  
Nom : HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG DIRECTION DE LA RECHERCHE CLINIQUE ET DES INNOVATIONS  
Adresse : 1, PLACE DE L'HOPITAL 67091 STRASBOURG  
Tél : 0388116768 Fax : Messagerie : DRC@CHRU-STRASBOURG.FR

Contact

Nom : Jeannine FISCHBACH HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG DIRECTION DE LA RECHERCHE CLINIQUE ET DES INNOVATIONS  
Adresse : 1, PLACE DE L'HOPITAL 67091 STRASBOURG  
Tél : 0388116768 Fax : Messagerie : DRC@CHRU-STRASBOURG.FR

Traitement déclaré

Méthodologie de référence : MR-001  
Finalité : Méthodologie de recherches biomédicales

Personne responsable de la déclaration

Nom : Patrick GUILLOT HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG  
Fonction : Directeur Général  
Date de la déclaration : 07-01-2009

La délivrance du présent récépissé n'exonère le déclarant d'aucune de ses responsabilités.

Si votre déclaration a été établie sur un formulaire papier, celui-ci ne sera pas conservé par la CNIL au-delà d'un délai d'un mois à compter de ce jour.

Paris, le 06 janvier 2009  
Par délégation de la commission

Alex TÜRK  
Président de la commission

Annexe IV

Figure 3 : Facteurs influençant positivement l'intention d'arrêt du tabac pendant la grossesse.

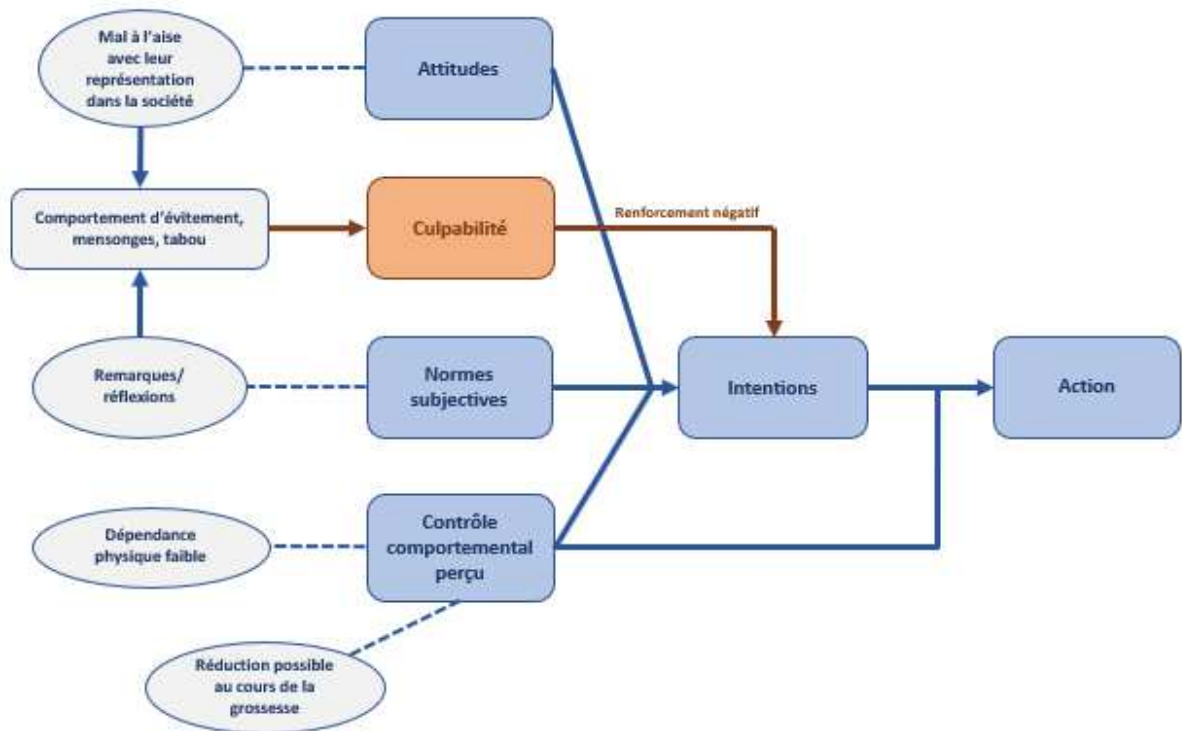
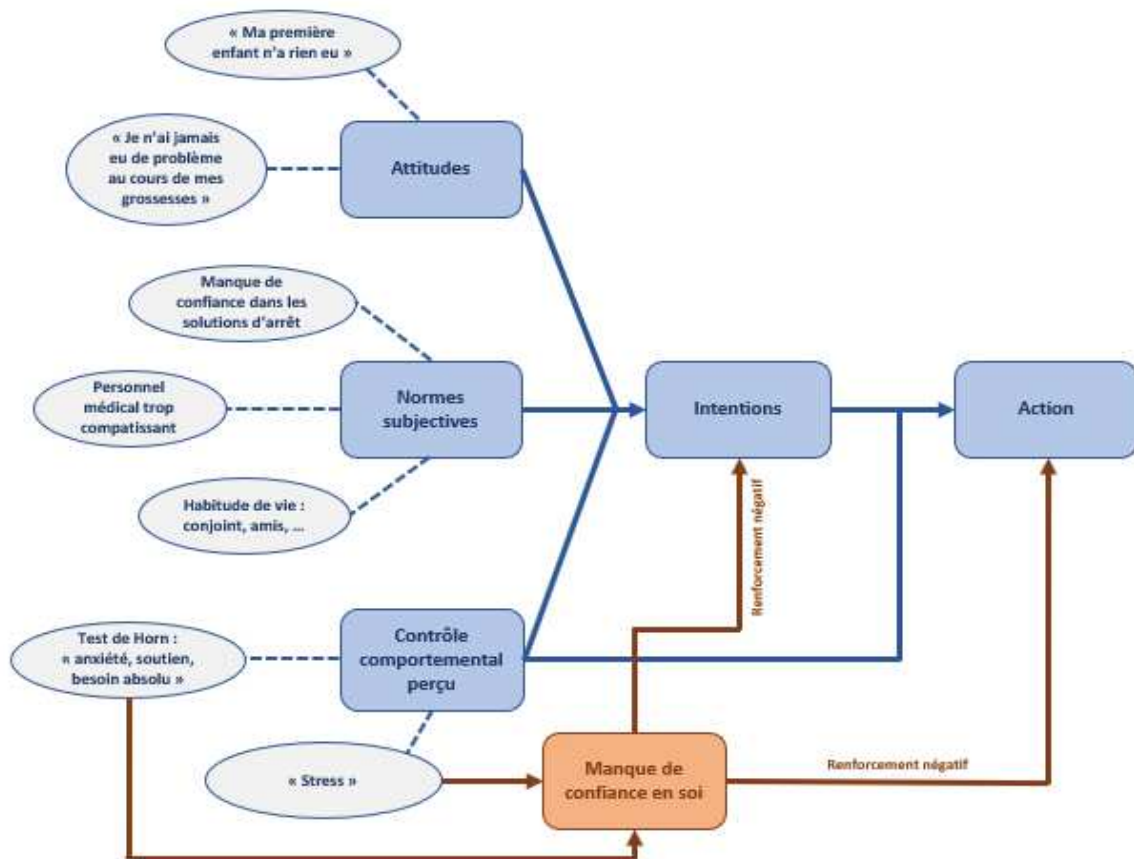


Figure 4 : Facteurs influençant négativement l'intention d'arrêt du tabac pendant la grossesse.



# RÉSUMÉ



**Introduction :** En 2017, d'après le baromètre Santé, 17% des femmes enceintes déclaraient fumer au moins une cigarette par jour au cours du troisième trimestre malgré toutes les mesures de prévention mises en place. Les conséquences néfastes du tabagisme sur la santé et la grossesse sont aujourd'hui bien connues du monde scientifique. La norme sociale, l'envie d'être une « bonne mère » pour son enfant à naître ou encore pour pallier les regards extérieurs sont autant de facteurs qui pourraient influencer positivement l'intention d'arrêt du tabac.

Les objectifs de notre enquête sont d'identifier les principaux obstacles à l'arrêt du tabac et d'identifier une éventuelle différence de comportement entre les femmes vivant une grossesse physiologique ou pathologique.

**Matériel et méthode :** Nous avons mené une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs auprès de 11 femmes enceintes fumeuses entre juillet et octobre 2019 aux hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Les femmes ont été recrutées par des sages-femmes en consultations prénatales et au service des grossesses à risques. Les entretiens ont été transcrits sous forme de verbatim anonymisé. Une analyse du contenu ainsi que du champ lexical a été effectuée puis comparée principalement à la littérature de ces 15 dernières années.

**Résultats :** L'analyse des entretiens a montré que la cigarette fait partie intégrante de la vie de ces femmes. La dépendance, l'absence de conséquences du tabagisme sur leurs premiers enfants, le tabagisme du conjoint ou de la famille/amis, les habitudes de vie qui ne veulent pas être modifiées, « le stress » des femmes vivant une grossesse pathologique les incitant à fumer davantage ou encore les professionnels de santé qui, pour certains se montrent peut-être trop rassurants compliquent leur démarche vers l'arrêt.

Le tabagisme pendant la grossesse reste socialement mal accepté, incitant les femmes à mettre en place des comportements d'évitement et rendant le sujet tabou, allant jusqu'au mensonge. Au cours des entretiens, la gêne et le sentiment de culpabilité sont omniprésents chez ces femmes cherchant à justifier leur comportement.

**Discussion :** L'entourage tabagique de la femme enceinte semble présenter une difficulté importante à l'arrêt du tabagisme. Mais aussi la sous-estimation des risques pour le fœtus et l'enfant ainsi que la dépendance psychologique et physique sont des facteurs connus et couramment retrouvés dans la littérature.

Le soutien de ces femmes est nécessaire, surtout celles vivant une grossesse « pathologique ». L'écoute, des conseils et un accompagnement individualisé sont à encourager pour les professionnels qui suivent ces femmes pour permettre la mise en place d'un nouveau comportement pérenne.

Mots-clés : « Grossesse », « poursuite », « tabac », « motivations », « dépendance ».