

Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-femme

2019 - 2020

Etat des lieux des connaissances des femmes enceintes quant aux effets du tabac sur les plans obstétrical, fœtal et du nourrisson

Présenté et non soutenu publiquement

par

CAZES Salomé

Expert scientifique : Mr CHATENET François

Expert méthodologique : Mme VOIRON Marie-Noëlle



Remerciements

Je remercie Madame Marie-Noëlle VOIRON, ma guidante de mémoire pour son aide, sa disponibilité et ses multiples corrections et relectures.

Je remercie Monsieur François CHATENET, mon directeur de mémoire pour son aide et ses conseils.

Je remercie Madame Sarah WEHBE pour m'avoir permis de distribuer mon questionnaire au sein du service.

Je remercie les patientes qui ont bien voulu répondre au questionnaire et permis la réalisation de ce mémoire.

Je remercie ma famille pour leurs encouragements et leur soutien.

Enfin, je remercie mes amies de promotion, chacune d'entre elles pour leur soutien et leurs conseils.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Table des illustrations	6
Première partie : Introduction.....	7
1. Définitions	7
2. Epidémiologie	7
3. Haute autorité de santé (HAS)	7
4. Conséquences médicales	8
4.1. Effets du tabac sur la grossesse	8
4.2. Effets du tabac sur le fœtus	8
4.3. Effets du tabac sur le nourrisson.....	9
5. Connaissances des patientes.....	9
6. Question de recherche et Objectifs	10
6.1. Question de recherche.....	10
6.2. Objectifs	10
6.2.1 Objectif principal.....	10
6.2.2 Objectif secondaire.....	10
Deuxième partie : Matériel et Méthode	11
1. Type de l'étude	11
2. Population	11
3. Recueil de données.....	11
4. Variables étudiées	11
5. Exploitation des données.....	11
Troisième partie : Résultats et Discussion.....	12
1. Résultats.....	12
1.1. Description de la population	12
1.2. Les sources d'information	13
1.3. Le statut tabagique	14
1.4. Les connaissances des accouchées sur les effets du tabac	15
1.4.1 Sur la grossesse.....	15
1.4.2 Sur le fœtus.....	17
1.4.3 Sur le nourrisson	19
2. Les connaissances globales des accouchées	21
3. Comparaison du niveau de connaissances des accouchées sur le plan obstétrical, fœtal et néonatal	23
4. Analyse et discussion	24
4.1. Les points forts et les limites de l'étude.....	24
4.1.1 Les points forts de l'étude	24
4.1.2 Les limites de l'étude	24
4.2. Discussion.....	24
4.2.1 Sur les caractéristiques de la population	24
4.2.2 Sur l'information reçue	26
4.2.3 Sur le statut tabagique.....	28
4.2.4 Sur la connaissance des accouchées quant aux effets du tabac.....	30

5. Propositions.....	33
Conclusion	35
Références bibliographiques	36
Annexe 1.....	39

Table des illustrations

Figure 1 : Informations sur tabac et grossesse	13
Figure 2 : Les sources d'information	13
Figure 3: Le statut tabagique	14
Figure 4: Les CSP et le statut tabagique (en %)	14
Figure 5 : Connaissances quant aux effets du tabac sur la grossesse (en %)	15
Figure 6 : Niveau de connaissances sur la grossesse (en %)	16
Figure 7 : Connaissances quant aux effets du tabac sur le fœtus (en %)	17
Figure 8 : Niveau de connaissances sur le foetus (en %)	18
Figure 9 : Connaissances quant aux effets du tabac sur le nourrisson (en %)	19
Figure 10 : Niveau de connaissances sur le nourrisson (en %)	20
Figure 11 : Score de connaissances global (en %).....	21

Première partie : Introduction

En France, la lutte contre le tabagisme représente un enjeu sanitaire majeur. Il est la principale cause d'une morbidité et mortalité importante, et évitable, dans la population générale. C'est une des priorités de santé publique. (1)

1. Définitions

Le tabac est une substance psychoactive qui agit directement sur le cerveau, provoquant des modifications sur le comportement, les perceptions et l'activité mentale.

L'OMS définit le syndrome de dépendance comme étant « un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités.» (1)

On parle de tabagisme actif, lorsqu'une personne fume du tabac alors que le tabagisme passif est le fait d'inhaler de la fumée dégagée par un ou plusieurs fumeurs, de manière involontaire. (2)

La fumée du tabac est divisée en trois courants : le courant primaire (ou principal) est la fumée inhalée de façon active par le fumeur ; le courant secondaire (ou latéral) est la fumée issue de la cigarette quand elle se consume seule ; le courant tertiaire est la fumée expirée par le fumeur. (3) Le mélange des deux derniers courants constitue la fumée présente dans l'environnement, c'est-à-dire celle qui peut être inhalée par autrui.

2. Epidémiologie

D'après les données du Baromètre santé 2017, la prévalence du tabagisme est de 31,9% et 26,9% des français sont des fumeurs réguliers, contre 29,4% en 2016. (4)

En 2004, la France comptait 21,8% de fumeuses au 3ème trimestre de la grossesse. Une chute notable a été enregistrée en 2010, avec 17,1% de fumeuses. (5)

En France, en 2017, le tabagisme pendant la grossesse concernerait entre 20% et 25% des femmes enceintes. (6)

3. Haute autorité de santé (HAS)

Les recommandations de la HAS sur le tabac de 2014, dans la partie consacrée aux femmes enceintes insistent sur le fait que : « Il est recommandé que tous les intervenants de santé, ainsi que les futurs parents, prennent conscience des bénéfices de l'arrêt du tabac pour l'enfant à naître.» (Grade A) (7)

Aussi, « Si une grossesse survient avant l'arrêt de la consommation du tabac, il est recommandé d'encourager les femmes à arrêter de fumer le plus rapidement possible. Il est recommandé que les médecins prennent en charge les patientes ou les orientent au besoin

vers un soutien plus structuré : thérapie cognitivo-comportementale (TCC), afin de maximiser leur taux de succès d'arrêt. » (Grade A). Ces recommandations se justifient au vu des effets néfastes du tabac sur la femme enceinte et le fœtus. (6)

4. Conséquences médicales

La femme enceinte fumeuse est plus à risque de développer des complications obstétricales, selon la durée d'exposition et le degré d'intoxication au tabac.

4.1. Effets du tabac sur la grossesse

Les troubles de la fertilité sont importants chez les femmes fumeuses. Le tabac est responsable d'un dysfonctionnement de la fonction et de la réserve ovarienne, entraînant dysovulation et troubles des règles, ce qui provoque un allongement du délai de conception. (7)

Le taux moyen de fausses couches spontanées (FCS) est multiplié par 1,5 à 3 en cas de tabagisme actif. (7)

Plusieurs enquêtes recueillies par l'ANAES en 2004 indiquent que le tabagisme est associé à une augmentation du risque de grossesse extra-utérine (GEU). Environ 35% des GEU seraient attribuables au tabac. (7) (8)

Le tabagisme favorise également les décollements du placenta ainsi que les hématomes rétro-placentaires (HRP). C'est 20 à 50% des HRP qui seraient en lien avec la consommation de tabac. Le risque relatif d'HRP en cas de tabagisme est multiplié par 1,5. (7)

Il existe un lien de causalité entre le tabagisme maternel pendant la grossesse et la survenue d'anomalies du déroulement de la grossesse. Parmi ces anomalies, la menace d'accouchement prématuré (MAP) en fait partie. Le risque relatif de MAP est multiplié par deux le risque de MAP chez les fumeuses par rapport aux non fumeuses. (7)

4.2. Effets du tabac sur le fœtus

Le tabagisme pendant la grossesse diminue le poids moyen de naissance proportionnellement à la quantité de cigarettes fumées. Dans le cas d'un retard de croissance intra-utérin (RCIU), la sévérité est liée au degré d'intoxication par le monoxyde de carbone (CO).

La croissance fœtale est en relation directe avec l'oxygénation mais le CO ayant plus d'affinité que l'oxygène pour l'hémoglobine, le fœtus est moins oxygéné et sa croissance en est altérée.

Dans l'étude «Tabac, grossesse, vulnérabilités et RCIU», il a été démontré que la cigarette poursuivie jusqu'à l'accouchement diminue le poids à la naissance de 283 grammes en moyenne et double le risque de RCIU. (7)

Nous retrouvons le tabac comme facteur de risque de la mort fœtale in utéro (MFIU). La prévalence de la MFIU, en France est autour de 5/1000 naissances. (9)
Environ 10% des morts fœtales tardives seraient dues au tabac. (7)

4.3. Effets du tabac sur le nourrisson

Selon l'enquête de l'institut de Veille Sanitaire (InVS) 2007-2009 sur la mort subite du nourrisson de moins de 2 ans, le tabagisme a été identifié comme facteur contributif dans 12,6% des décès non classés.

Les effets du tabac continuent après la naissance de l'enfant avec le tabagisme maternel. En effet, cela augmente significativement le risque de mort subite du nourrisson (MSN). « Les femmes enceintes devraient à tout prix être découragées de fumer, non seulement pour la croissance intra-utérine de leur bébé mais aussi pour la prévention de la MSN ». (10)

Le risque de bronchites, d'asthme, d'infections des voies aériennes supérieures est augmenté par le tabagisme maternel. Les effets délétères dus à l'exposition tabagique seraient tout aussi importants en anténatal, qu'en postnatal, sur la fonction pulmonaire.

Le risque d'asthme infantile est augmenté de 46% en cas de tabagisme passif maternel. (7)

5. Connaissances des patientes

Ce sujet représentant une priorité de santé publique en France, de nombreux outils d'information sont accessibles à tous afin d'influer sur la consommation tabagique. Nous sommes aussi dans un contexte où la communauté médicale connaît déjà bien l'influence du tabac sur les différentes pathologies pendant la grossesse. Mais qu'en est-il des patientes ?

En 2012, une étude sur 3 603 femmes enceintes ou ayant récemment accouché a été menée afin de connaître les connaissances et les perceptions des risques de ces femmes. (11)

A la question sur les risques encourus par la consommation de tabac, il en est ressorti des conséquences en lien avec le fœtus : « De manière spontanée, les femmes ont d'abord cité des problèmes respiratoires pour l'enfant (23,2%), des problèmes de croissance (19,8%), des risques de prématurité (13,9%) et de malformations (12,8%). » (11)

6. Question de recherche et Objectifs

6.1. Question de recherche

A la suite de toutes ces campagnes d'information et de prévention vis-à-vis du tabagisme, il m'a semblé intéressant d'interroger les accouchées fumeuses ou ayant arrêté de fumer pendant leur grossesse, sur leurs connaissances à propos du tabac. Cela afin de constater quelles informations elles retenaient.

6.2. Objectifs

6.2.1 Objectif principal

Evaluer les connaissances des accouchées quant aux effets du tabac sur le plan obstétrical, fœtal et néonatal.

6.2.2 Objectif secondaire

Mettre en évidence des caractéristiques communes chez les accouchées qui ont un niveau de connaissances satisfaisant.

Deuxième partie : Matériel et Méthode

1. Type de l'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale et monocentrique, réalisée à l'hôpital Mère-Enfant (HME) de Limoges.

2. Population

La population était composée de toutes les accouchées fumeuses ou ayant arrêté de fumer pendant la grossesse à l'HME. Toutes ces femmes devaient être majeures, parlant et lisant le français.

Les patientes sous tutelle ont été exclues.

Nous avons fait une estimation du nombre d'accouchées fumeuses ou ayant arrêté de fumer, observées sur plusieurs mois à l'HME, ce qui a donné une estimation de 200 fumeuses sur la période de distribution.

3. Recueil de données

L'outil utilisé a été un questionnaire anonyme, distribué du 1^{er} mars au 15 septembre 2019. Il était composé de questions fermées et de 15 items vrai/faux. (Annexe 1)

4. Variables étudiées

Certaines variables ont permis de décrire la population étudiée. Des questions fermées ont permis d'identifier les différentes sources d'informations des femmes.

Le niveau de connaissances a été évalué par des items vrai/faux, portant sur la grossesse, le fœtus et le nourrisson.

5. Exploitation des données

Une note sur 20 a été attribuée afin d'évaluer le niveau de connaissances de la population étudiée. Chaque question concernant les items vrai/faux était notée sur 2 points. Si la femme donnait une mauvaise réponse à l'item, la note de 0 était attribuée.

Le niveau de connaissances a été considéré comme insuffisant si la note était inférieure à 10 ; moyen si la note était entre 10 et 14 et satisfaisant si la note était supérieure à 14.

La comparaison des connaissances en fonction de la parité, de la classe d'âge, de la catégorie socioprofessionnelle et du statut tabagique a été faite grâce au test T de Student pour les variables quantitatives avec un seuil de significativité $< 0,05$.

Troisième partie : Résultats et Discussion

1. Résultats

1.1. Description de la population

Cent trente-cinq femmes ont répondu à notre questionnaire mais parmi eux, trois n'étaient pas exploitables. Cette étude a donc porté sur 132 patientes.

- Classes d'âge

Parmi les femmes ayant répondu, 30% avaient un âge compris entre 19 et 25 ans 31% entre 25 et 30 ans ; 28% entre 30 et 35 ans et 11% avaient plus de 35 ans.

L'âge minimum était de 19 ans et l'âge maximum de 39 ans.

- Parité

Dans notre population, il y avait 57 primipares (43%) et 75 multipares (57%).

- Niveau d'études

Concernant le niveau d'études, 30 % avaient fait des études supérieures, 38% avaient le baccalauréat, 30% avaient un brevet et 2% étaient non scolarisées.

- Catégorie socio-professionnelle

Parmi les femmes interrogées, 41% étaient des employées, 33% étaient sans activité professionnelle, 8% étaient des cadres et professions intellectuelles supérieures, 8% avaient une profession intermédiaire, 7% étaient au chômage, 2% étaient agricultrices et 1% étaient artisanes, commerçantes et cheffes d'entreprise.

1.2. Les sources d'information

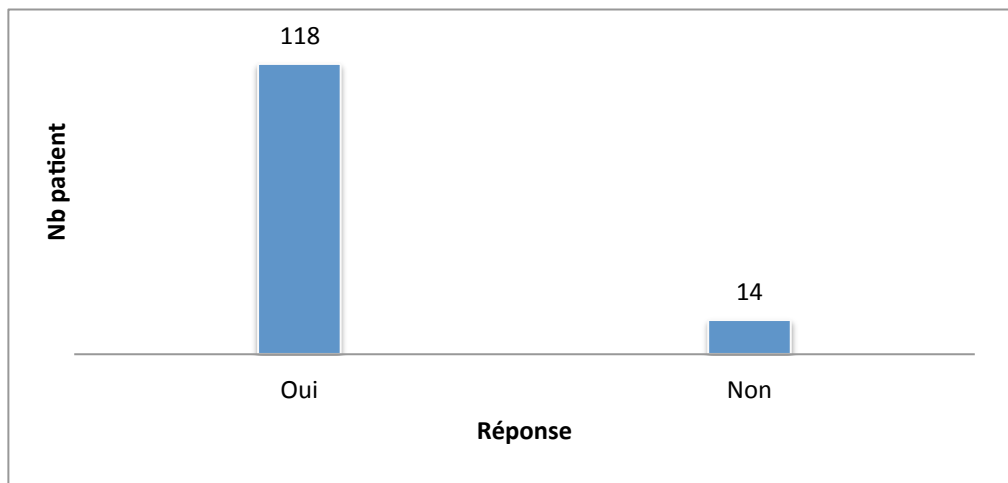


Figure 1 : Informations sur tabac et grossesse

La majorité des femmes interrogées (89%) ont déclaré avoir eu des informations concernant le tabac et la grossesse.

Nous avons demandé à ces 118 femmes quelles avaient été leurs sources d'information. Plusieurs réponses étaient possibles.

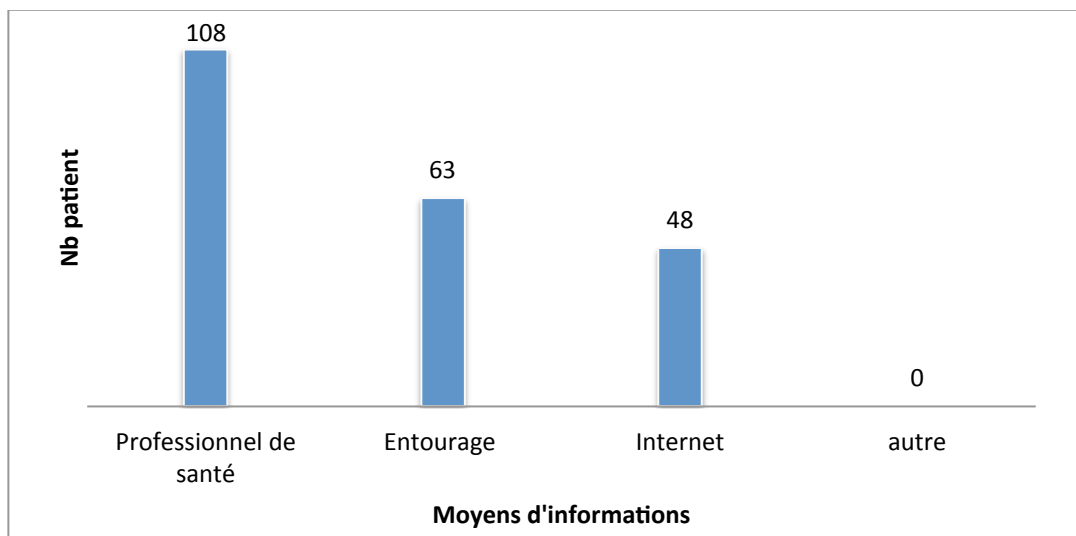


Figure 2 : Les sources d'information

Parmi les 118 femmes qui ont reçu une information concernant le tabac et la grossesse :

- 108 avaient eu une information par les professionnels de santé, soit 92%
- 63 par l'entourage, soit 53%
- 48 par internet, soit 41%

Et aucune des femmes interrogées n'a déclaré avoir eu une autre source d'information.

1.3. Le statut tabagique

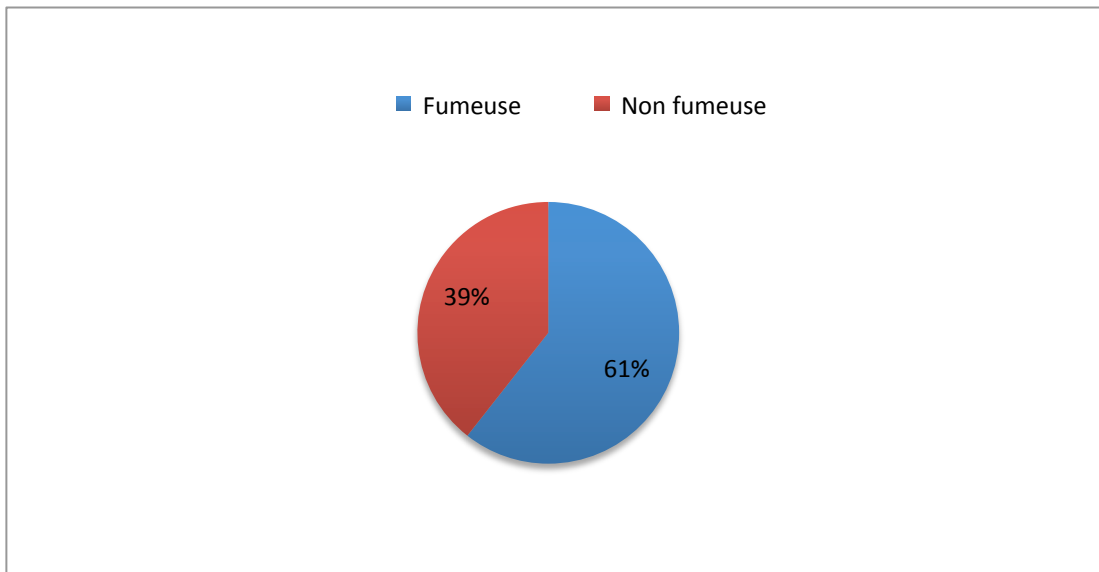


Figure 3: Le statut tabagique

Concernant le statut tabagique, la majorité des femmes interrogées a continué de fumer pendant la grossesse (61%).

Parmi elles, 89% ont réduit leur consommation tabagique, 11% ont gardé une consommation identique. La majorité de ces femmes (54%) ont envisagé d'arrêter de fumer, 46% ne l'ont pas envisagé.

39% des patientes interrogées ont arrêté de fumer pendant leur grossesse. Parmi elles, toutes (100%) ont déclaré avoir arrêté par elles-mêmes. 98% ont arrêté au 1^{er} trimestre de la grossesse, 2% au 3^{ème} trimestre et aucune au 2^{ème} trimestre.

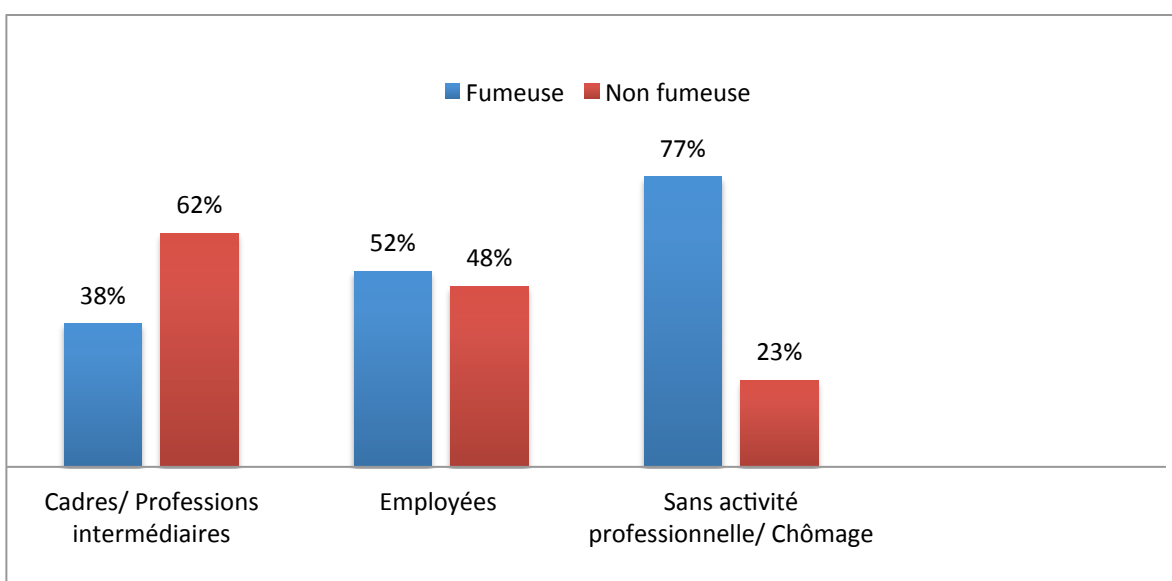


Figure 4: Les CSP et le statut tabagique (en %)

Parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que les professions intermédiaires, 62% ont arrêté de fumer pendant leur grossesse. Alors que pour les femmes interrogées sans activité professionnelle ou au chômage, c'est 77% qui ont continué leur consommation tabagique durant la grossesse.

Dans notre population étudiée, on constate une réelle différence du statut tabagique selon les CSP.

1.4. Les connaissances des accouchées sur les effets du tabac

Nous avons évalué le niveau de connaissances des accouchées quant aux effets du tabac.

1.4.1 Sur la grossesse

Les connaissances des accouchées quant aux effets du tabac sur la grossesse ont été évaluées.

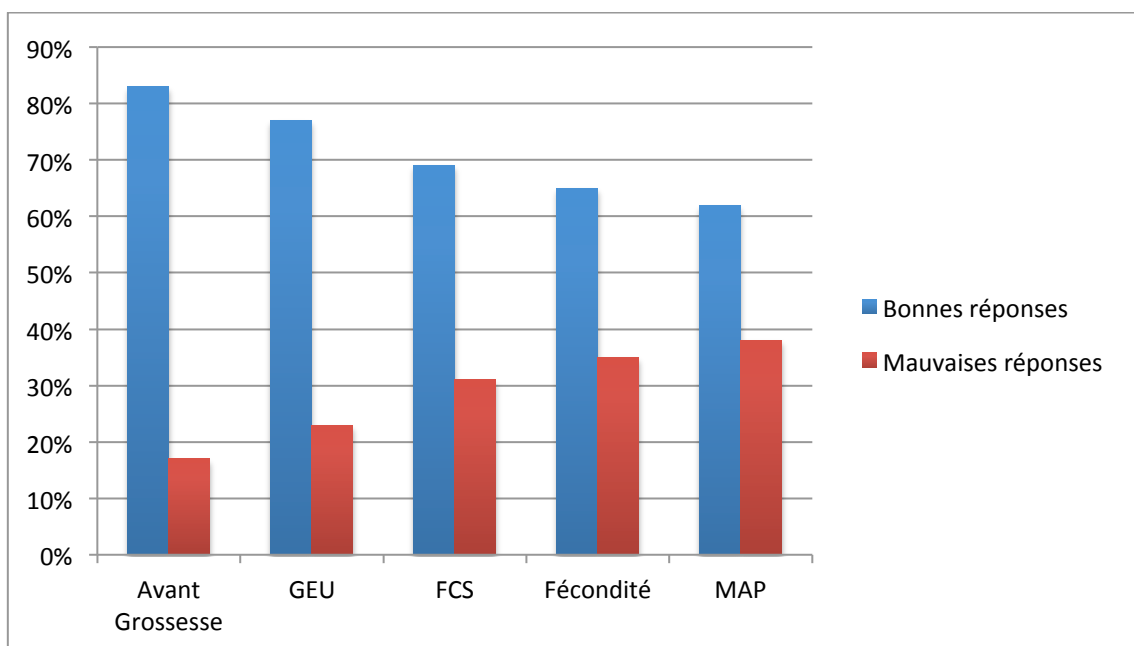


Figure 5 : Connaissances quant aux effets du tabac sur la grossesse (en %)

Pour tous les items, les réponses étaient majoritairement bonnes. L'item pour lequel il y a eu le plus de bonnes réponses est l'item « Avant Grossesse » :

- L'arrêt du tabac est bénéfique seulement avant la grossesse (83%)

L'item pour lequel les réponses étaient les plus mauvaises est celui concernant la MAP :

- Le risque de menace d'accouchement prématuré est multiplié par deux chez la femme enceinte fumeuse (38%)

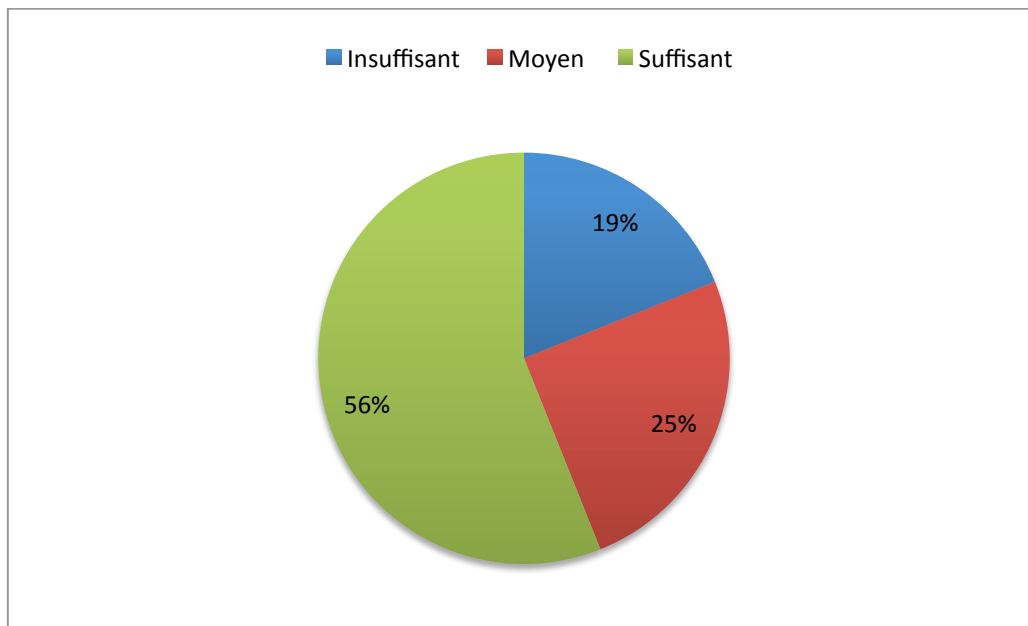


Figure 6 : Niveau de connaissances sur la grossesse (en %)

Seulement 19% des femmes avaient une note inférieure à 10 (insuffisant), 25% avaient un niveau moyen (note entre 10 et 14) et 56% un score supérieur à 14 (satisfaisant). Cela signifie que la majorité de notre population, soit 56%, avait un niveau de connaissances sur la grossesse satisfaisant.

La moyenne générale était de 14,7/20. La note minimale était de 0 et la note maximale obtenue était 20.

1.4.2 Sur le fœtus

Les connaissances des accouchées quant aux effets du tabac sur le fœtus ont été évaluées.

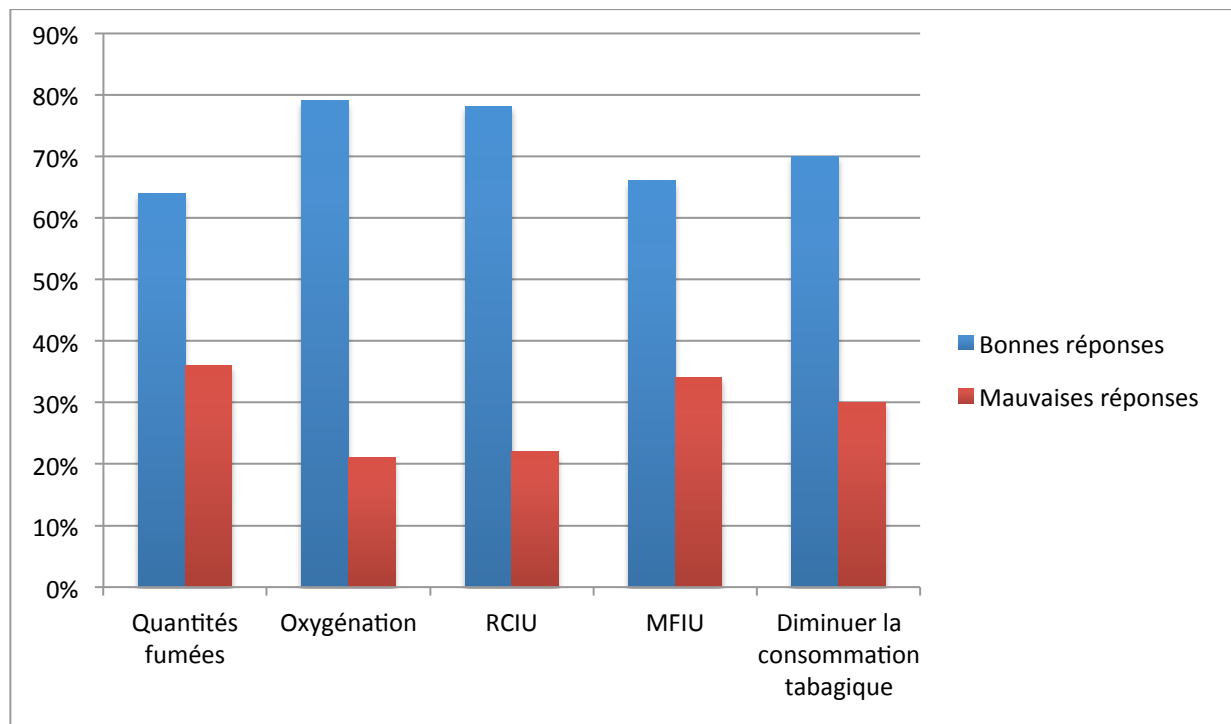


Figure 7 : Connaissances quant aux effets du tabac sur le fœtus (en %)

Les items pour lesquels les réponses étaient majoritairement bonnes sont ceux concernant l'oxygénation du fœtus et le RCIU :

- L'oxygénation du fœtus n'est pas diminuée par le tabac (79%)
- La consommation tabagique poursuivie jusqu'à l'accouchement double le risque d'avoir un bébé de faible poids de naissance (78%)

Les items ayant eu le plus de mauvaises réponses sont ceux concernant les quantités fumées et la MFIU :

- Les effets du tabac sur le fœtus ne dépendent pas des quantités fumées (36%)
- Les morts tardives du fœtus peuvent être une conséquence de la consommation tabagique (34%)

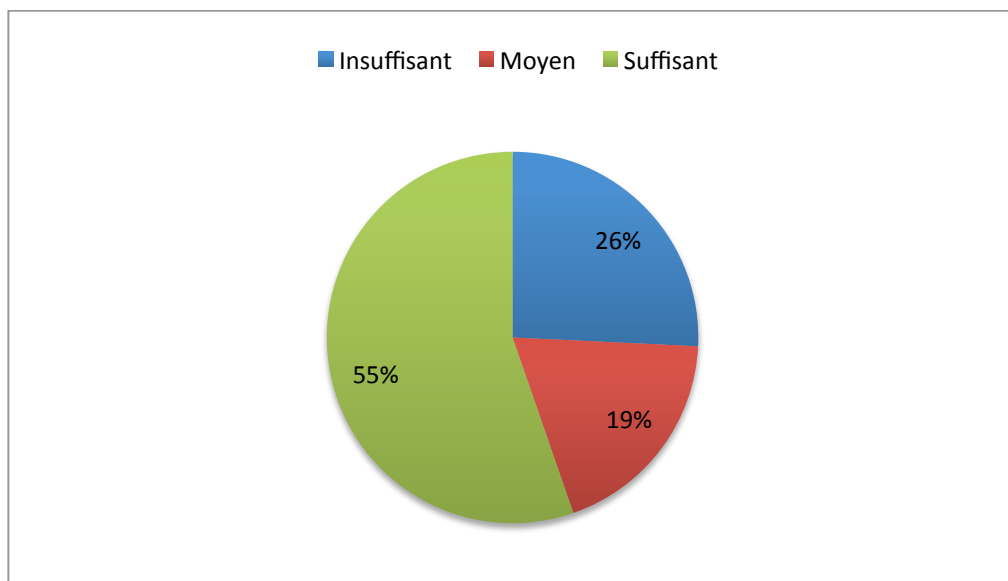


Figure 8 : Niveau de connaissances sur le fœtus (en %)

Parmi les accouchées interrogées, 26% avaient une note inférieure à 10 (insuffisant), 19% avaient un niveau moyen (note entre 10 et 14) et 55% avaient une note supérieure à 14 (satisfaisant).

Ces chiffres nous montrent que plus de la moitié de notre population (55%) avait un niveau de connaissances des effets du tabac sur le fœtus satisfaisant.

La moyenne générale était de 14,5/ 20. La note minimale était de 0 et la note maximale obtenue était 20.

1.4.3 Sur le nourrisson

Nous avons évalué les connaissances des accouchées quant aux effets du tabac sur le nourrisson.

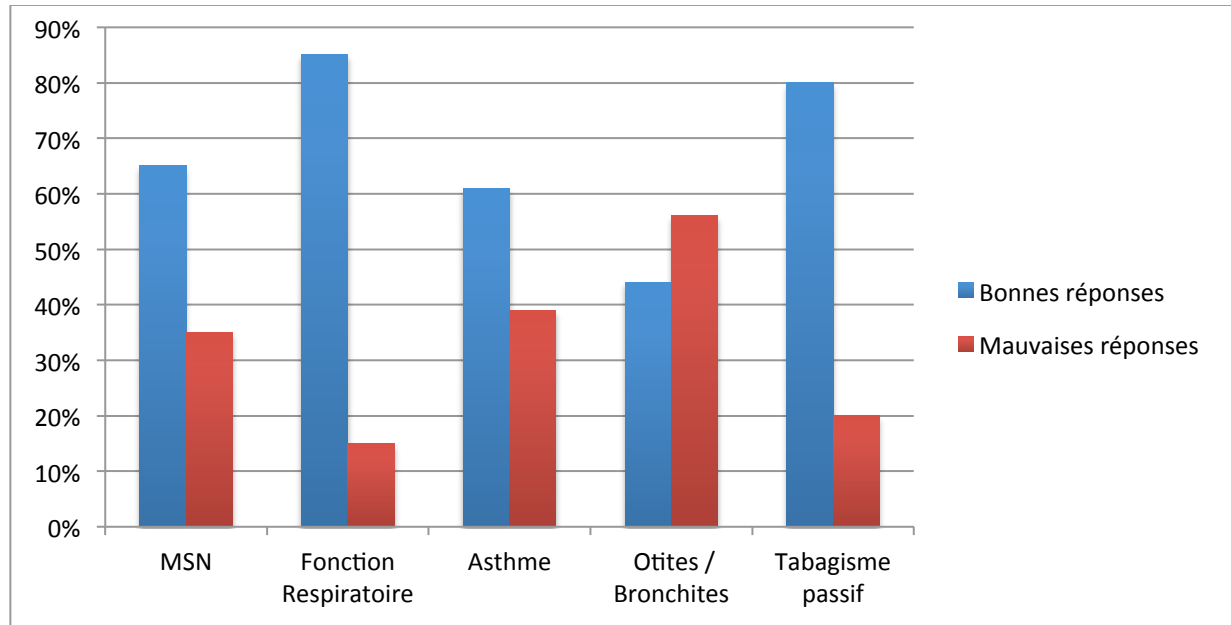


Figure 9 : Connaissances quant aux effets du tabac sur le nourrisson (en %)

L'item pour lequel les réponses étaient majoritairement bonnes est celui concernant la fonction respiratoire du nourrisson :

- Le tabagisme maternel et/ou paternel perturbe la fonction respiratoire du nourrisson (85%)

L'item pour lequel les réponses étaient les plus mauvaises est celui concernant les otites et les bronchites :

- Durant la petite enfance, la survenue du risque d'otites ou de bronchites est souvent en lien avec une exposition tabagique pendant la grossesse (56%)

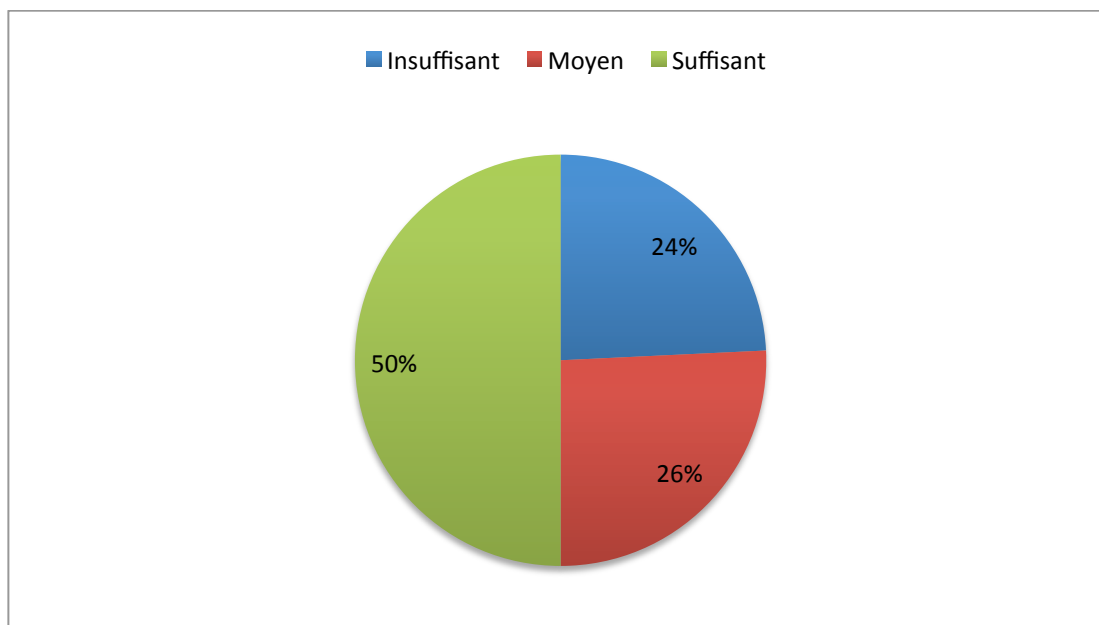


Figure 10 : Niveau de connaissances sur le nourrisson (en %)

Parmi les accouchées interrogées, 24% avaient une note inférieure à 10 (insuffisant), 26% avaient un niveau moyen (note entre 10 et 14) et 50% avaient un score de connaissances supérieur à 14 (satisfaisant).

Cela signifie que la moitié de notre population (50%) avait un niveau de connaissance des effets du tabac sur le nourrisson satisfaisant.

La moyenne générale était de 13,9/ 20 La note minimale était de 4 et la note maximale obtenue était 20.

2. Les connaissances globales des accouchées

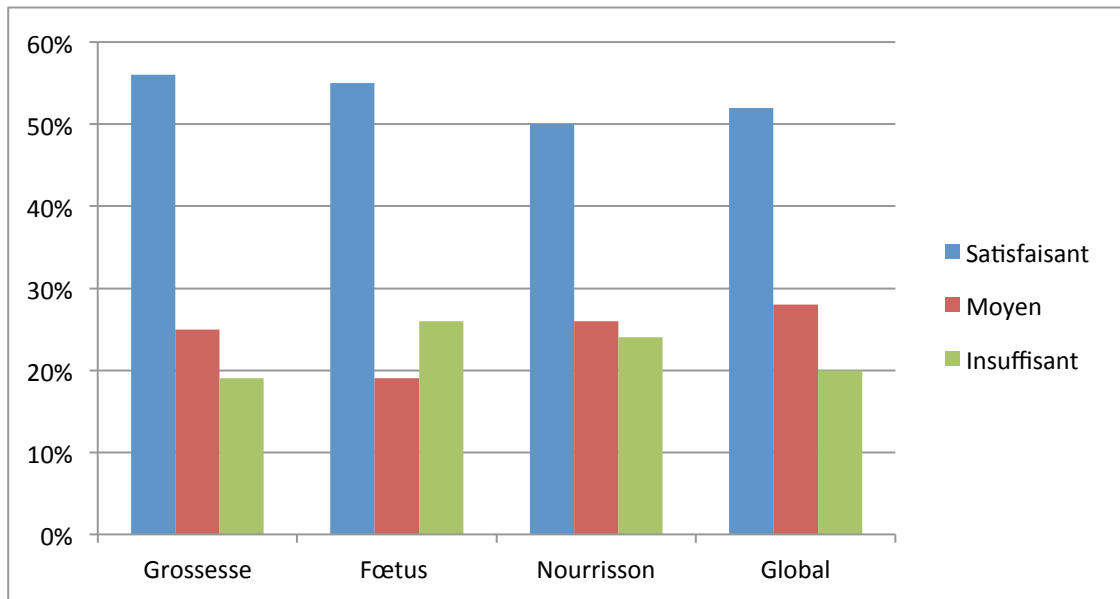


Figure 11 : Score de connaissances global (en %)

Seulement 20% des femmes avaient une note inférieure à 10, 28% avaient un niveau moyen (note entre 10 et 14).

Nous avons considéré satisfaisant le niveau de connaissances si le score était supérieur à 14 ; cela signifie que la majorité de la population étudiée, soit 52%, avait un niveau de connaissances satisfaisant.

La moyenne générale était de 13,9/20. La note minimale obtenue était 2,6 et la note maximale était 20.

Nous avons donc pu constater que les connaissances globales des accouchées étaient majoritairement satisfaisantes.

- Selon la parité

Les primipares avaient une moyenne de 13,5/20 et les multipares avaient 14,3/20.

On ne note alors aucune différence significative entre le niveau de connaissances des primipares et celui des multipares ($p=0,3$)

- Selon le niveau d'études

Les femmes ayant fait des études supérieures avaient significativement de meilleures connaissances que celles ayant le baccalauréat ($p=0,0001$). En effet, la moyenne des

connaissances de ces dernières était de 13,4/20 tandis que la moyenne des femmes ayant fait des études supérieures était de 16,5.

De la même façon, nous avons retrouvé une différence significative entre les femmes ayant fait des études supérieures et celles non scolarisées et ayant le brevet ($p= 1.10^{-6}$). La moyenne des connaissances de ces dernières était de 12,2/20.

En revanche, il n'existe pas de différence significative entre les femmes ayant un baccalauréat et celles non scolarisées et ayant le brevet ($p=0,17$).

- Selon la catégorie socio-professionnelle

Les cadres et professions intellectuelles, ainsi que les professions intermédiaires avaient significativement de meilleures connaissances que les employées ($p=0,001$). En effet, la moyenne des connaissances de ces dernières était de 14,2/20 alors que la moyenne des cadres et professions intellectuelles et professions intermédiaires était de 17.

De même, les employées avaient significativement de meilleures connaissances que les femmes sans activité professionnelle et au chômage ($p=0,02$). La moyenne des connaissances de ces dernières était de 12,3/20.

- Selon la classe d'âge

La moyenne des connaissances des 19-25 ans était 12,5/20, celle des 25-30 ans était 14,5 et celle des plus de 30 ans était 14,9.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre la population des 19-25 ans et celle des 25-30 ans ($p=0,38$), ni entre les 25-30 ans et les plus de 30 ans ($p=0,64$).

En revanche, une différence significative a été retrouvée entre la population des 19-25 ans et celle des plus de 30 ans. Les plus de 30 ans auraient de meilleures connaissances que les 19-25 ans. ($p=0,0063$)

- Selon l'information reçue ou non

La moyenne des accouchées qui avaient reçu une information était de 14,2/20 et la moyenne de celles n'ayant pas reçu d'information était de 11,5/20. Il existait une différence significative entre le niveau de connaissances des femmes ayant reçu une information et le niveau de connaissances des femmes n'en ayant pas reçu ($p=0,036$)

- Selon le statut tabagique

Nous avons retrouvé une différence significative entre le niveau de connaissances des femmes ayant poursuivi leur consommation tabagique durant la grossesse et le niveau de connaissances de celles ayant arrêté ($p= 1,5.10^{-8}$). La moyenne des accouchées qui ont continué de fumer pendant la grossesse était 12,4/20 et la moyenne de celles qui ont arrêté de fumer était 16,3.

3. Comparaison du niveau de connaissances des accouchées sur le plan obstétrical, fœtal et néonatal

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre le niveau de connaissances des accouchées :

- Sur la grossesse et celui sur le fœtus ($p=0,78$)
- Sur le fœtus et celui sur le nourrisson ($p=0,33$)
- Sur la grossesse et celui sur le nourrisson ($p=0,16$)

4. Analyse et discussion

4.1. Les points forts et les limites de l'étude

4.1.1 Les points forts de l'étude

Cette étude nous a permis de faire un état des lieux des connaissances des accouchées quant aux effets du tabac sur les plans obstétrical, fœtal et néonatal. Le tabagisme reste un sujet d'actualité et une préoccupation majeure pour la santé. Toutes les femmes ciblées par notre étude, même les femmes ayant arrêté de fumer, ont répondu au questionnaire qui leur a été distribué. Cela montre un intérêt certain pour notre étude.

Malgré un nombre non atteint de questionnaires récupérés, nous avons pu mettre en évidence l'existence d'une réelle connaissance des accouchées quant aux effets du tabac sur la grossesse et chez l'enfant.

Seulement trois questionnaires ont été inexploitable parmi les 135 distribués. On peut donc supposer que les questions étaient assez claires et compréhensibles pour les femmes interrogées.

4.1.2 Les limites de l'étude

Cette étude était limitée dans le temps afin de pouvoir par la suite réaliser les statistiques et l'analyse des résultats. Nous avons estimé approximativement un nombre de sujets possible de 200 et nous avons obtenu seulement 135 questionnaires.

Les résultats obtenus ne peuvent pas s'étendre à la population générale, car seules les accouchées fumeuses ou ayant arrêté de fumer pendant la grossesse, suivies à l'HME ont été interrogées.

Nous pouvons également évoquer un biais d'information car les résultats obtenus sous-estiment probablement le taux de femmes enceintes fumeuses car ils sont fondés sur les déclarations des femmes elles-mêmes.

4.2. Discussion

4.2.1 Sur les caractéristiques de la population

La majorité de notre population est jeune puisque la moyenne d'âge est de 28,1 ans et la classe d'âge la plus représentée est celle des 25-30 ans.

Notre population, pour ce critère est assez représentative de la population générale puisque l'âge moyen du premier enfant à l'accouchement en 2019 était de 30,7 ans selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). (12)

Les multipares sont légèrement plus représentées que les primipares (57% contre 43%). La différence n'étant pas très importante, cela nous a alors permis d'étudier et comparer ces deux populations. D'après nos résultats, la parité n'influence pas le niveau de connaissances.

Notre population est représentée en majorité par des employées (41%), et des femmes sans activité professionnelle (40%). Moins d'un quart sont des cadres et professions intellectuelles supérieures ainsi que des professions intermédiaires (16%). Ces résultats sont plutôt représentatifs de la population générale. En effet, d'après l'INSEE, en 2018, 42,7% des femmes appartiennent à la catégorie « employés ». (13)

Plus de la moitié de notre population ont obtenu le baccalauréat et parmi elles, 30% ont fait des études supérieures. Ces données concordent avec l'étude de l'INSEE, de 2009, qui a montré que 34,4% des femmes âgées de 20 à 49 ans, avaient des diplômes supérieurs au baccalauréat. (14)

Plus de la moitié de notre population (52%) avaient des connaissances considérées comme « satisfaisantes ». La moyenne générale était de 13,9/20.

Les accouchées avec un niveau d'études supérieures avaient un meilleur niveau de connaissances que les autres. Il est possible que ces femmes, se soient plus sensibilisées quant aux effets du tabac sur la grossesse et leur enfant. Nous pouvons penser également qu'elles avaient plus de connaissances à la base.

Les femmes avec un niveau d'études moins important sont tout aussi bien représentées et nous pouvons ainsi constater la différence de niveau. Parmi les femmes n'ayant aucun diplôme ou le brevet des collèges, la majorité a un niveau de connaissances insuffisant et quatre d'entre elles ont eu la note de 2,6/20. Le niveau d'études avait donc une influence sur le niveau de connaissances de la population et d'après la littérature, nous savons qu'il existe un lien avec la consommation tabagique. En effet d'après un article de Santé publique France paru en 2018 sur l'aide à l'arrêt du tabac, il est dit que la consommation tabagique est plus importante et les taux d'arrêt plus faibles parmi les populations ayant le plus faible niveau socio-économique. (15)

Pour les milieux défavorisés, la prévalence tabagique étant plus élevée. Nous connaissons la complexité à proposer un arrêt de consommation pour ces patientes défavorisées. Dans

un article de Santé publique paru en 1999 sur la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés, les médecins généralistes témoignent de l'impossibilité de soumettre l'idée aux patients d'arrêter de fumer car ils craignent « de casser un équilibre de vie déjà très fragile » et ainsi de perdre la confiance du patient. Selon eux la meilleure façon de faire de la prévention serait de réussir « à tirer parti des préoccupations du patient » et ainsi celui-ci se sentirait concerné et poserait des questions sur le sujet. (16)

On peut supposer que les patientes n'ayant pas vécu les conséquences des effets du tabac chez elles ou dans leur entourage, peuvent se sentir moins concernées et ainsi moins s'intéresser au sujet.

4.2.2 Sur l'information reçue

La grande majorité de notre population avait déjà reçu une information concernant le tabac et ses effets. Cette donnée est assez représentative avec une étude parue dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction qui a interrogé 3 525 femmes enceintes en 2009 montrant que 71% d'entre elles avaient reçu des informations sur les risques du tabagisme. (17)

En 2004, l'Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES) a rédigé des recommandations sur la Grossesse et le tabac, suite à la conférence de consensus, qui a eu lieu les 7 et 8 octobre 2004 à Lille. Il y figure les différentes modalités de prise en charge du tabagisme chez la femme enceinte avant, pendant et juste après la grossesse. Ces recommandations insistent sur la nécessité d'une prise en charge spécifique des femmes enceintes. (18)

D'après un article du Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), les médecins feraient preuve d'un manque d'investissement dans l'aide au sevrage tabagique chez les femmes enceintes. Pour cela, le Dr Grangé, en collaboration avec la Société française de tabacologie, recommanderait la mise en place de certaines interventions : « améliorer les connaissances de professionnels de santé, orienter et renforcer les liens avec les unités de tabacologie et d'addictologie, inclure le conjoint dans la prise en charge, utiliser des substituts nicotiques en cas de dépendance nicotinique et faire de la prévention à la rechute un enjeu majeur pour les patientes ayant réussi leur sevrage sans l'aide des professionnels. » (19)

Aujourd'hui, lors des consultations de suivi de grossesses, la mesure du CO expiré est un dépistage de plus en plus pratiqué en France. Cette mesure permet de renseigner le professionnel de santé sur le degré d'intoxication du fumeur. Ce moyen de dépistage donne un aperçu de la prévalence tabagique du patient et ainsi le professionnel de santé peut ajuster sa qualité d'information et donner une orientation vers des professionnels spécialistes si nécessaire.

Ces nombreuses mesures mises en place afin d'accentuer la sensibilisation des professionnels de santé, sur la délivrance d'une information éclairée des risques face à l'usage de la cigarette chez les femmes enceintes, sont en corrélation avec notre étude. En effet, parmi les femmes ayant reçu une information, presque la totalité l'a reçue d'un professionnel de santé.

4.2.3 Sur le statut tabagique

Plus de la moitié de notre population a continué la consommation tabagique. En effet, malgré l'information transmise quant aux risques, pour la grossesse et le fœtus, le maintien de l'usage de la cigarette persiste chez ces femmes.

En revanche, nos données contrastent avec l'étude de l'ANAES qui a montré dans une enquête faite en 2004 que 63% des femmes fumeuses avaient arrêté leur tabagisme du fait de la grossesse. (18)

Parmi les femmes ayant continué leur consommation tabagique durant la grossesse, presque la totalité dit avoir diminuée leur consommation. Ces données correspondent avec celles de l'Enquête nationale périnatale (ENP) de 2016 qui montre que 90,7% des femmes fumeuses déclaraient avoir modifié leur consommation de tabac au cours de leur grossesse. (20)

De nombreuses actions de sensibilisation et d'information se sont considérablement renforcées depuis ces dernières années auprès des fumeurs mais également auprès des professionnels de santé.

Tout d'abord, la loi Evin de 1991, a institué l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Et en 2008, est instauré une interdiction totale de fumer dans les lieux publics.

En 2014, le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) a permis la mise en œuvre d'actions de prévention et d'indication à l'arrêt du tabac comme l'affichage de messages sanitaires sur les paquets de cigarettes, élargissement du droit de prescription des traitements de substitution nicotinique ou une constante augmentation du prix du tabac. (21)

Le ministère de la Santé compte faire passer le prix du paquet de cigarettes à 10 euros en fin d'année 2020. (22)

L'opération « Moi(s) sans tabac » lancée en 2016 par la ministre de la santé, Marisol Touraine, consiste à proposer à tous les fumeurs d'arrêter de fumer ensemble pendant un mois. Cette action collective de sensibilisation permettrait d'apaiser les sensations de dépendance et de manque et ainsi d'aller vers un arrêt définitif de la consommation tabagique. (23)

D'après notre étude, les non fumeuses avaient de meilleures connaissances quant aux effets du tabac sur la grossesse, le fœtus et le nourrisson que les fumeuses. On peut donc penser que pour ces femmes qui ont arrêté de fumer, avoir une bonne connaissance et compréhension des risques pour l'enfant à naître, représente une motivation supplémentaire dans l'arrêt du tabac. D'après l'ENP de 2016, des études montrent que les femmes qui poursuivent leur consommation tabagique durant la grossesse ont un niveau d'études plus faible induisant une moins bonne connaissance des effets néfastes du tabac, ce qui concorde avec nos résultats. (20)

D'où provient cette différence de connaissances ? Nous savons que l'information et la sensibilisation des professionnels de santé auprès de ces patientes sont bien présentes. Le problème viendrait alors de la qualité de l'information, les professionnels de santé donneraient des termes trop poussés, trop médicalisés et ainsi mal compris par les patientes. Mais peut-être que le problème provient également de l'information perçue par les patientes. Les informations données peuvent ne pas être retenues dans la totalité car il est difficile d'être face à une ambivalence. C'est-à-dire de diminuer ou d'arrêter la consommation pour le bien du nouveau-né et de la grossesse mais l'envie de continuer persiste malgré tout.

4.2.4 Sur la connaissance des accouchées quant aux effets du tabac

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les connaissances des accouchées quant aux effets du tabac sur le plan obstétrical, fœtal et néonatal. Nous avons pu constater que les connaissances de ces femmes étaient satisfaisantes dans l'ensemble. En effet nous n'avons pas eu de différence significative entre le niveau de connaissances des accouchées quant aux effets du tabac par rapport aux trois items définis dans notre étude. Le niveau de connaissances était majoritairement satisfaisant pour les trois.

- Les risques obstétricaux

D'après nos résultats, 44% des femmes avaient un niveau de connaissances moyen ou insuffisant quant aux effets du tabac sur le plan obstétrical. Concernant le détail des connaissances, la question : « l'arrêt du tabac est-ce bénéfique seulement avant la grossesse ? » a eu le plus de bonnes réponses (83%) comparé aux questions concernant les risques de GEU (77%), de fausse couche (69%) et d'accouchement prématuré (62%). Nous pouvons tout de même dire que ces risques sont relativement bien connus des patientes. D'après l'étude publiée dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH), en France, en 2012, le premier risque obstétrical à avoir été cité est l'accouchement prématuré (dans 13,9% des cas) ce qui ne coïncide pas tout à fait avec nos résultats, mais il reste majoritairement bien connu des patientes.(11)

Si les autres risques sont un peu moins connus par les patientes, tels que les risques de fausse couche et de GEU, c'est peut-être dû au fait qu'elles sont moins abordées par les sources d'informations quelles qu'elles soient, y compris par les professionnels de santé qui préfèrent citer les risques les plus importants. Mais aussi préfèrent-ils citer des risques plus pertinents, car lorsqu'ils reçoivent une patiente présentant une grossesse intra-utérine (GIU) évolutive, il n'y a alors plus d'intérêt à évoquer les risques concernant la GEU. Il serait alors intéressant de faire de la prévention en amont, soit par le médecin traitant, le gynécologue ou la sage-femme dans le cadre du suivi gynécologique notamment.

- Les risques fœtaux

Presque la moitié de notre population (45%) a un niveau de connaissances moyen ou insuffisant quant aux effets du tabac sur le plan fœtal. A la question portant sur le retard de croissance intra-utérin, il y a eu une majorité de bonnes réponses (78%). Il est intéressant de constater que ce risque est relativement bien connu des patientes et mieux connu que le

risque de MFIU où le taux de bonnes réponses est seulement de 66%. Dans l'étude de 2012, le premier risque cité concernant le fœtus était le risque de RCIU (19,8%), viennent ensuite les risques de malformation (12,8%) puis les problèmes cardiaques et neurologiques (9%). (11)

Il est important de constater également qu'il y a eu 79% de bonnes réponses à la question concernant l'oxygénation du fœtus. En effet le tabac diminue l'oxygénation du fœtus en provoquant une hypoxie chronique de celui-ci. Et par ce risque, il en découle les autres risques comme le plus fréquemment cité, le retard de croissance. Dans l'ensemble, nous pouvons penser que le mécanisme de l'hypoxie chronique, qu'elles connaissent par une diminution de l'apport en oxygène et qui provoque d'autres risques, est assez bien perçu auprès des patientes. Si le risque de MFIU est moins bien connu auprès des patientes, c'est peut-être dû au fait que ce risque est moins évoqué par les professionnels de santé pour ne pas choquer ou culpabiliser les patientes, d'autant plus que ce risque est très faible (5/1000 naissances).

- Les risques pour le nourrisson

La moitié de notre population a un niveau de connaissances moyen ou insuffisant quant aux effets du tabac pour le nourrisson. Cependant les femmes ont majoritairement bien répondu à la question concernant les troubles de la fonction respiratoire (85%). Elles connaissent l'existence d'un risque pulmonaire pour le nouveau-né mais on a pu constater qu'elles avaient moins de connaissances sur les pathologies respiratoires en détail. Car à la question concernant le risque de bronchites et d'otites, il y a eu seulement 44% de bonnes réponses. D'après l'étude de 2012, le premier risque cité par les femmes était les problèmes respiratoires (23,2 %) (11). Bronchites et otites sont des pathologies qui sont relativement fréquente chez les enfants de 1 à 8 ans. Ainsi, il est peut-être fort probable que le lien avec le tabac pendant la grossesse soit moins assimilé.

Nous avons également remarqué que pour la question faisant le lien entre le tabagisme actif de la femme enceinte, le tabagisme passif et la mort subite du nourrisson, il y a eu seulement 65% de bonnes réponses. L'ANAES évoque clairement ce lien de causalité dans les recommandations sur la Grossesse et le tabac, en 2004. (18)

Une étude anglaise a montré que le tabagisme maternel était devenu le facteur de risque principal de mort subite du nourrisson (comptant 62% des décès). (24)

Il est alors important d'insister sur les conseils concernant le tabagisme passif et l'intérêt d'insister sur une tolérance zéro de fumer à l'intérieur de la maison même si le nourrisson se trouve dans une autre pièce.

L'étude a permis de constater qu'il existait une réelle connaissance quant aux effets du tabac sur la grossesse, le fœtus et le nourrisson mais que la majorité des patientes ne possédaient pas une connaissance complète de ces risques. La raison d'une connaissance incomplète de ces risques viendrait-elle d'un manque d'information de la part des professionnels de santé ou bien d'une mauvaise compréhension ou encore d'un biais de mémoire de la part des patientes interrogées ? Or d'après les résultats de notre étude, presque la totalité de la population aurait reçu une information concernant les effets du tabac provenant d'un professionnel de santé, ceci expliquerait un niveau de connaissances « satisfaisant » pour l'ensemble de notre population mais nous pouvons nous demander si les informations données sont bien claires et appropriées.

5. Propositions

L'étude a permis de constater qu'il existait une réelle connaissance des accouchées quant aux effets du tabac sur les plans obstétrical, fœtal et pour le nourrisson mais que les connaissances étaient nettement moins bonnes pour les femmes ayant un niveau d'études bas ou provenant d'une catégorie socio-économique moins élevée. Avec toutes les actions d'information et de sensibilisation mises en place, les résultats obtenus ne sont pas très bons. Un renforcement de ces actions auprès des populations provenant de milieux défavorisés pourrait être proposé. En privilégiant une relation soignant-soigné de qualité avec une approche adaptée tout en saisissant les opportunités offertes par la patiente. (16)

En Belgique, un travail de sensibilisation et de mobilisation des professionnels s'est mis en place avec le soutien du Service Public Fédéral Santé publique et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). En 2010, les Recommandations de bonne pratique pour les gynécologues obstétriciens sur le Tabagisme prénatal sont parues afin que la femme enceinte fumeuse puisse poursuivre sa grossesse en ayant été clairement informée des risques encourus pour sa santé et celle de son enfant. (25)

Il serait intéressant de mettre en place davantage de travaux plus spécialisés pour les professionnels de santé, en France, afin de les sensibiliser davantage.

Le tabac et la grossesse est un sujet d'actualité qui entraîne des mesures législatives et des plans nationaux de lutte contre le tabagisme. Les organismes nationaux (HAS, CNGOF...) ont également pris parti dans cette lutte, en effectuant des travaux permettant la rédaction de recommandations destinées aux professionnels de santé afin des les sensibiliser quant à la prise en charge des patientes.

De nombreuses actions se sont développées afin d'assurer une bonne prise en charge des patients et de pouvoir délivrer une information claire et adaptée quant aux effets du tabac sur la grossesse.

Une étude britannique démontre que 43% des femmes qui avait totalement arrêté la cigarette durant la grossesse reprenaient dans les six mois qui suivent l'accouchement. (26) En ayant connaissance de cette reprise fréquente du tabac après la grossesse. Il serait alors plus pertinent que les professionnels de santé et notamment les sages-femmes sensibilisent ces femmes, dans la lutte du sevrage tabagique dès le suivi gynécologique et en péri-conceptionnel.

Les résultats obtenus ne peuvent pas s'étendre à la population générale. Il serait alors intéressant de réaliser une étude à plus grande échelle afin de pouvoir généraliser les résultats et ainsi de mieux adapter l'information aux connaissances d'une part, et peut-être mettre en évidence une différence significative du niveau de connaissances des femmes selon les plans obstétrical, fœtal et du nourrisson d'autre part.

Conclusion

Notre étude a donc permis de réaliser un état des lieux des connaissances des accouchées quant aux effets du tabac sur le plan obstétrical, fœtal et du nourrisson. Nous avons pu mettre en lumière une bonne connaissance globale des patientes face aux différents risques possibles. Nous nous sommes rendu compte qu'il n'existait pas de différence significative du niveau de connaissances des patientes sur le plan obstétrical, fœtal et du nourrisson. Sans doute qu'une différence significative pourrait être mise en évidence avec un effectif de population plus important.

Nous avons également constaté que les professionnels de santé étaient la première source d'information sur ce sujet auprès des patientes. Leur rôle est donc primordial et influence nettement la qualité des connaissances des patientes sur ce sujet. Il serait alors utile de réaliser une autre étude à plus grande échelle afin d'obtenir des résultats généralisables à l'ensemble de la population française, permettant d'avoir une vision plus représentative et de mieux repérer les lacunes afin de mettre en place des moyens adaptés aux besoins de la population.

Les sages-femmes représentent un atout majeur dans cette lutte au sevrage tabagique. Elles ont un rôle d'information, d'orientation mais aussi d'assistance auprès des femmes. Aujourd'hui les sages-femmes ont le droit de prescription sur les substituts nicotiniques aux femmes enceintes ou non mais également à l'entourage.

Références bibliographiques

1. OMS : Syndrome de dépendance (internet). Consulté le 15/09/2018. Disponible sur : http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/
2. INPES, Le Tabagisme Passif, brochure d'information 2005 (internet). Consulté le 18/09/2018. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/434.pdf>
3. Otto J. Tabac et Cancer (internet). Consulté le 18/09/2018. Disponible sur : http://www-sop.inria.fr/epidaure/personnel/Pierre-Yves.Bondiau/e-cancerologie/DU/cours/17_tabac/Tabac%20et%20cancer.pdf
4. Andler R, Cogordan C, Richard J-B, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, Pasquereau A et Viêt N-T. La consommation de Tabac en France : Premiers résultats de Baromètre santé 2017, Article. Consulté le 17/09/2018. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_1.pdf
5. HAS. Haute Autorité de Santé : Arrêt de la consommation de tabac (internet). Consulté le 15/09/2018. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
6. Andler R, Cogordan C, Richard J-B, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, Pasquereau A et Viêt N-T. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Résultats du baromètre santé 2017, Alcool et Tabac (internet). Consulté le 15/09/2018. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1859.pdf>
7. Delcroix M. La grossesse et le tabac. Presses Universitaires de France ; 2017 ; 128p : 23-33 ; p.44
8. ANAES. Conférence de consensus – 7 et 8 octobre 2004 – Lille. « Grossesse et tabac ». Texte des recommandations (version longue)
9. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : les pertes de grossesse. 2014 [internet] consulté le 22/09/2018. Disponible sur : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC+COLLEGE%2FCNGOF_2014_pertes_grossesse.pdf&i=450
10. InVS. Les morts inattendues des nourrissons de moins de 2 ans. Enquête Nationale 2007-2009 [Internet] consulté le 22/09/2018. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2011/morts_nourrissons/morts_inattendues_nourrissons.pdf
11. Dumas A. Tabac, grossesse et allaitement : exposition, connaissance et perception des risques. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, Institut de veille sanitaire. [Internet] consulté le 22/09/2018. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/17-18/2015_17-18_4.html
12. Age moyen de la mère à l'accouchement (internet). INSEE - Institut national de la statistique et des études démographiques. Consulté le 7/02/2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>

13. Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge en 2018 (internet). INSEE - Institut national de la statistique et des études démographiques. Consulté le 7/02/2020. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546>
14. Davie E. et Mazuy M. Population, fécondité et niveau d'études des femmes en France à partir des enquêtes annuelles de recensement. Répartition des femmes selon le diplôme, 2005-2009 (internet). Consulté le 7/02/2020. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-population-2010-3-page-475.htm>
15. Sante publique France, Article, Aide à l'arrêt du tabac et publics défavorisés : état des connaissances en juin 2018 (internet). Consulté le 5/03/2020. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/recherche/#search=Aide%20à%20l'arrêt%20du%20tabac%20et%20publics%20défavorisés%20:%20état%20des%20connaissances>.
16. Sante publique France. Article, Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés en 1999 (internet) Consulté le 20/03/2020. Disponible sur : <https://pdfs.semanticscholar.org/13b6/790558e05f955a58ae8a1213148bf1651970.pdf>
17. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Etude de l'Assurance maladie des professions indépendantes en Ile-de-France en janvier 2004 (internet). Consulté le 10/02/2020. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231504963089>
18. HAS- Recommandations Grossesse et tabac. Consulté le 10/02/2020. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_court.pdf
19. Grange G. CNGOF, Article, Tabagisme et femmes enceintes. (Internet). Consulté le 26/03/2020. Disponible sur : [Tabagisme et femmes enceintes - cngofwww.cngof.fr > journees-nationales > telechargement-fichier > path=...](http://www.cngof.fr/journees-nationales/telechargement-fichier/path=...)
20. Article. Evolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016 (internet). Consulté le 10/02/2020. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/pdf/2018_35-36_2.pdf
21. Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) en 2014. (Internet). Consulté le 26/03/2020. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/250914_-_Dossier_de_Presse_-_PNRT_2_.pdf
22. Hausse du tabac 2020 - Dates et calendrier. Consulté le 5/03/2020. Disponible sur : <https://droit-finances.commentcamarche.com/faq/65093-hausse-du-tabac-2020-dates-et-calendrier>
23. Moi(s) sans Tabac 2016. (Internet). Consulté le 5/03/2020. Disponible sur : https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019-10/DP_NA_MST_2019.pdf
24. François G. Bulletin d'Education du patient, 2000. Approche du tabagisme dans la prévention de la mort subite du nourrisson (internet). Consulté le 11/02/2020. Disponible sur : <http://www.pediatrie.be/MSNTabac.htm>
25. Godding V. Tabagisme prénatal, recommandations de bonne pratique pour les gynécologues obstétriciens en septembre 2010 (internet). Consulté le 10/02/2020. Disponible sur : <https://www.fares.be/static/upload/1/2/recommandationstabagismeprenatal.pdf>

26. Prigent A. Figaro Santé. Article, Ne plus fumer pendant la grossesse n'évite pas la rechute, 2016. (Internet). Consulté le 27/03/2020. Disponible sur : <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/03/30/24799-ne-plus-fumer-pendant-grossesse-nevite-pas-rechute>

Annexe 1. Questionnaire

Questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle CAZES Salomé, actuellement étudiante à l'école de sage-femme de Limoges, je réalise une étude dans le cadre de mon mémoire afin d'étudier le niveau de connaissances des patientes sur les effets du tabac concernant la grossesse et le fœtus.

Ce questionnaire est anonyme.

Etes-vous d'accord pour participer à cette étude et que les résultats soient utilisés à des fins scientifiques ?

- Oui
- Non

I) Généralités :

1) **Quel âge avez-vous ?**

2) **Combien d'enfants avez-vous ?**

3) **Quelle est votre niveau d'études ?**

- Non scolarisée
- Primaire
- Collège (6-3^e, CAP, BEP)
- Baccalauréat (2nd – Terminale)
- Enseignement supérieur

4) **Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?**

- Agricultrice
- Artisane / commerçante / chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire professionnelle
- Employée
- Ouvrière
- Chômeuse
- Sans activité

5) **Avez-vous eu des informations concernant le tabac et la grossesse ?**

- Oui
- Non

6) **Si OUI, de quelle façon (plusieurs réponses possibles) ?**

- Professionnel de santé
- Entourage (famille, amis)
- Internet
- Autre : précisez

7) **Votre conjoint est-il fumeur ?**

- Oui
- Non

8) **Quel est votre statut tabagique :**

- Fumeuse pendant la grossesse
- Ancienne fumeuse (arrêt pendant la grossesse) : → *Aller directement à la question 11*

➤ **Pour les fumeuses :**

9) **Avez-vous diminué votre consommation de tabac ?**

- Oui
- Non

10) **Avez-vous envisagé d'arrêter de fumer ?**

- Oui
- Non → *Aller directement à la question 13*

➤ **Pour les anciennes fumeuses :**

11) **Avez-vous pris la décision d'arrêter de fumer ?**

- Par vous-même
- Avec l'aide d'un professionnel de santé

12) **A quelle période de la grossesse avez-vous arrêté de fumer ?**

- 1er trimestre
- 2ème trimestre
- 3ème trimestre

II) **Vos connaissances sur le tabac :**

➤ **Pour la grossesse :**

13) **L'arrêt du tabac est bénéfique seulement avant la grossesse ?**

- Vrai
- Faux

14) **Fumer pendant la grossesse diminue le risque de grossesse extra-utérine ?**

- Vrai
- Faux

15) **Le risque de fausse couche spontanée n'est pas augmenté pour une femme fumant moins de 5 cigarettes par jour en début de grossesse ?**

- Vrai
- Faux

16) **La consommation tabagique modifie la fécondité en augmentant le délai de conception ?**

- Vrai Faux

17) **Le risque de menace d'accouchement prématuré est multiplié par 2 chez la femme enceinte fumeuse ?**

- Vrai Faux

➤ **Pour le fœtus :**

18) **Les effets du tabac sur le fœtus ne dépendent pas des quantités fumées ?**

- Vrai Faux

19) **L'oxygénation du fœtus n'est pas diminuée par le tabac ?**

- Vrai Faux

20) **La consommation tabagique poursuivie jusqu'à l'accouchement double le risque d'avoir un bébé de faible poids à la naissance ?**

- Vrai Faux

21) **Les morts tardives du fœtus peuvent être une conséquence de la consommation tabagique ?**

- Vrai Faux

22) **Diminuer sa consommation tabagique pendant la grossesse n'a pas d'effets bénéfiques sur le fœtus ?**

- Vrai Faux

➤ **Pour le nourrisson :**

23) **Il existe un lien entre le tabagisme maternel et/ou paternel et la mort subite du nourrisson ?**

Vrai Faux

24) Le tabagisme maternel et/ou paternel perturbe la fonction respiratoire du nourrisson ?

Vrai Faux

25) L'asthme infantile n'est pas une conséquence du tabagisme maternel et/ou paternel ?

Vrai Faux

26) Durant la petite enfance, la survenue du risque d'otites ou de bronchites est souvent en lien avec une exposition tabagique pendant la grossesse ?

Vrai Faux

27) Le tabagisme passif ne représente pas un risque réel pour le nourrisson ?

Vrai Faux

Je vous remercie d'avoir consacré un peu de votre temps pour répondre à mon questionnaire.

Etat des lieux des connaissances des femmes enceintes quant aux effets du tabac sur les plans obstétrical, fœtal et néonatal

Mémoire de fin d'études – Ecole de sages-femmes de LIMOGES – Année universitaire 2019-2020

Résumé

Aujourd'hui encore, le tabac et la grossesse reste un sujet d'actualité et représente un enjeu sanitaire majeur. Il suscite la mise en place de nombreuses actions afin de lutter contre le tabagisme.

Afin d'évaluer le niveau de connaissances des accouchées quant aux effets du tabac sur le plan obstétrical, fœtal et néonatal, nous avons réalisé une étude descriptive, transversale et monocentrique à l'hôpital Mère Enfant de Limoges. 58% avaient un niveau de connaissance global satisfaisant. Nous avons cependant remarqué un meilleur niveau de connaissances chez les patientes ayant arrêté leur consommation tabagique en début de grossesse et celles ayant reçu une information.

Mots-clés : effets du tabac, niveau de connaissances, femmes enceintes

