



GROSSESSE ET TABAGISME

*Observatoire des perceptions et
comportements de la femme enceinte
face au tabac sur les forums Internet*

Mai 2011



TABLE DES MATIERES

CRÉDITS	5	
INTRODUCTION	7	
PRÉAMBULE	9	
Femmes et internet	10	
La grossesse dans les sites communautaires	11	
METHODOLOGIE	14	
Phase 1. Mise en place d'un observatoire des 3 principaux forums de sites internet féminins destinés à la grossesse sur le theme du tabac.	14	
Phase 2. Elaboration d'une enquête afin d'établir le profil des personnes participant à ce type de forum	14	
Phase 3. Analyse comparative et rédaction du rapport	14	
Phase 4. Actions de communication	15	
GROSSESSE ET TABAC :		
ETAT DES CONNAISSANCES	17	
Tabagisme : données générales	17	
Tabagisme : addiction et dépendance	18	
Les risques liés au tabac	20	
Grossesse et tabac : risques et complications	21	
Prise en charge des fumeuses pendant leur grossesse : notions de sevrage et d'accompagnement	25	
Accompagnement de l'arrêt chez la femme enceinte	26	26
Influence de l'environnement dans l'arret	27	
PERCEPTIONS ET COMPORTEMENTS DE LA FEMME ENCEINTE FACE AU TABAC DANS LES FORUMS INTERNET FEMININS	29	
Analyse des données	29	
Comportement des femmes dans les forums Internet	38	
Les principales fausses idées véhiculées dans les forums	42	
CONCLUSIONS	49	
Développer des outils de communication spécifiques pour ces femmes	49	
Engager les professionnels de la santé dans le traitement global du tabagisme de la femme enceinte	50	
Proposer un accompagnement au partenaire	51	
Veiller à protéger femme et enfant du tabagisme passif	51	
BIBLIOGRAPHIE	53	

CRÉDITS

Projet réalisé par DNF sous la présidence de

Gérard Audureau

Avec le soutien de la Direction générale de la santé du Ministère du travail, de l'emploi et de la Santé.

Rapport élaboré sous la direction de :

Maria Alejandra Cardenas, Directrice DNF

Ont contribué à ce rapport :

Céline Fournier, Responsable de Communication DNF

Thola Jeaurat, Etudiant en M1 Psychologie, Université Paris VIII

COMITE SCIENTIFIQUE

Pr. Gilbert LAGRUE

Professeur Emérite Université de Paris XII, à l'Hôpital Albert Chènevier de Créteil, Centre de Tabacologie. Il a créé une des premières consultations de Tabacologie en France, en 1977.

Dr. Jeanne MESNY

Ancien médecin des Hôpitaux, Tabacologue et acteur dans la prévention du tabagisme depuis 1995. Elle est administrateur de DNF depuis 2007

Dr. Claude GUILLAUMIN

Tabacologue, addictologue et comportementaliste, Président de F.R.AC.TA.L (France réseau des addictologues, comportementalistes et tabacologues)

Dr. Jean-Louis GUILLET

Chirurgien, Gynécologue, Compétent en Cancérologie, Membre de la Société Française de Cancérologie Privée.

Madame Sabine GEORGIEU

Sage femme, tabacologue au Service maternité du CH de la Côte Basque

L'enquête en ligne a été réalisée grâce à la collaboration de :

www.magicmaman.com et notamment Laurence Schadow

Remerciements à Geneviève Domsgen et Maryvonne Kayser (DNF).



INTRODUCTION

En 2008, on estime que 36 % des femmes sont fumeuses avant le début de leur grossesse et que 22 % des femmes enceintes continuent de fumer pendant tout ou partie de celle-ci¹. Les risques liés à la consommation de tabac pendant la grossesse exigent une prise en charge tant du tabagisme actif de la femme enceinte que du tabagisme passif qu'elle peut subir à son domicile, dans son entourage ou sur son lieu de travail. Cette prise en charge est en principe assurée par le corps médical pendant les consultations de suivi (médecins, sages femmes, psychologues). En outre seulement 44 % des femmes enceintes fumeuses qui arrêtent de fumer ne recommencent plus, le risque de récurrence post-partum reste important avec 56% qui recommencent².

Toutefois, les bouleversements physiques et psychologiques liés à la grossesse incitent de plus en plus les futures mères à rechercher de nouveaux moyens pour se prendre en main, pour trouver des repères, pour comprendre ce qui leur arrive, pour se sentir épaulées, en dehors des consultations hospitalières classiques.

Les nouvelles technologies de l'information sont devenues pour les futures mères un outil formidable pour s'informer avec une multitude de sources disponibles et consultables à toute heure et en toute confidentialité. Elles permettent également de partager avec amies et inconnues les joies, émotions et craintes suscitées par la grossesse. Plus de 14 millions de messages sont visibles sur des forums féminins spécialement consacrés au sujet³. Ces forums servent aux futures mères de lieux d'échanges sur lesquels elles peuvent partager, comparer, commenter et se sentir entourées, pendant une période où elles intègrent leur nouveau rôle et construisent leur statut de mère.

Sur Internet, les femmes reçoivent des réponses à leurs questions en quelques secondes, mais les réponses ne viennent généralement pas du corps médical ni des sages femmes, ni des spécialistes. Pourtant, le fait que de simples profanes puissent donner des conseils, seulement parce qu'elles ont vécu des situations similaires, permet au plus grand nombre de s'identifier à ces témoignages. La possibilité de garder l'anonymat derrière un pseudonyme libère aussi la parole des futures mères.

Pour certaines jeunes mères, mères célibataires ou isolées notamment, ces groupes constituent aussi une sorte de refuge où elles se sentent entourées. Plus qu'obtenir l'avis élaboré de quelqu'un, elles cherchent à avoir du soutien.

1 Rapport Européen Santé Périnatale 2008, Projet EURO-PERISTAT ; SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT, disponible sur <http://www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report.pdf>

2 B.Blanchon, M.Parmentier,J.-C.Colau,B.Dautzenberg,C.Blum-Boisgard : « Tabac et Grossesse, Etude de l'assurance maladie de professions indépendantes en Ile de France », Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 33, N° 1-C1 - janvier 2004, pp. 21-29, disponible sur : <http://www.em-consulte.com/article/114919>

3 Pour le seul site aufeminin.com , voir le forum grossesse disponible à la page : <http://www.aufeminin.com/world/communaute/forum/forum0.asp>

A quel point peut-il y avoir des divergences entre les contenus partagés sur ces sites et les messages de prévention véhiculés par des moyens classiques ou par le secteur médical ? De quelle manière ces femmes perçoivent-elles et affrontent-elles la consommation du tabac (la leur et celle de leur entourage) pendant la grossesse ? Quelles sont les principales inquiétudes qui sont évoquées ? Pouvoir comprendre comment le sujet du tabac est abordé par des femmes enceintes sur Internet peut apporter une vision inédite et offrir de nouveaux éléments de réflexion aux professionnels de santé pour l'élaboration des protocoles d'accompagnement de ces femmes.

C'est ainsi que l'association les Droits de Non-Fumeurs, reconnue de mission d'utilité publique et agissant depuis plus de 37 ans dans le domaine de la prévention et de la protection contre le tabac, soutenue par la Direction Générale de la Santé, ainsi que par un réseau de professionnels qui ont constitué le Conseil scientifique de ce projet et en partenariat avec le site Magicmaman.fr, a mis en place l'Observatoire des perceptions et comportements de la femme enceinte face au tabac sur les forums Internet féminins.

Ce projet a pour but d'identifier, par l'observation des échanges réalisés entre femmes sur des forums Internet destinés à la grossesse, les questionnements récurrents, les idées fausses, les informations fondamentales véhiculées et le type de soutien mutuel que s'apportent les participantes concernant la grossesse et le tabac.

Il devrait permettre également de développer une campagne de communication adaptée aux réseaux sociaux et aux forums sur Internet qui permettra de répondre, avec un message de prévention ciblé, aux principales inquiétudes ou comportements décelés par l'observatoire.

PRÉAMBULE

Internet a définitivement changé l'accès à l'information. Devenu un média à part entière, le web a su rapidement s'imposer comme un support populaire du fait de la facilité d'accès (il suffit de se connecter au réseau pour accéder à des millions de sites) et de la gratuité des contenus. Le taux d'équipement de la population française ne cesse d'augmenter avec près de 70% de foyers connectés soit plus de 45 millions d'internautes¹.

On distingue de nombreuses catégories de sites internet. La faveur des internautes se porte fondamentalement sur:

- Les sites éditoriaux généralistes dont la première mission repose sur la diffusion de l'information.
- Les portails Internet qui ouvrent l'accès à une multitude de sujets qui vont de la météo aux jeux vidéo (cf. orange.fr, L'internaute.com)
- Les réseaux sociaux tels que Facebook, Twitter, Copains d'avant ... ainsi que les forums de discussions
- Les sites spécialisés dans un domaine bien précis: féminin, sport, automobile, santé, voyages, qui proposent de l'information spécialisée et détaillée.
- Les Blogs qui permettent à tout individu de s'exprimer, en étant lu par des milliers d'internautes.

Selon les données du projet média Pew Research Center, Internet est devenu la première source d'information. Ainsi, en 2010, 56% des Américains âgés de 18 à 49 ans ont indiqué qu'Internet était devenu pour eux la première source d'information nationale et internationale ; la télévision, le média roi, est cité comme étant la première source pour 55% des enquêtés. Les journaux papier, la radio, ou les magazines réunis, figurent comme première source d'information pour seulement 21%, 19% et 3% des personnes interrogées respectivement.

En France, 92% des internautes se connectent quotidiennement à Internet. Ils arrivent en tête du classement de TNS Sofres parmi 46 pays sur 5 continents. Au niveau mondial, on estime qu'un internaute se connecte au réseau 57 fois par mois en moyenne. 60% des internautes français se connectent tous les jours pour accéder à leur messagerie, et 13% pour accéder à leur réseau social² ; en effet, près de 70% des Français appartiennent à des réseaux sociaux tels que Facebook, Twitter, Copains d'avant, etc³. D'après les résultats d'une enquête IFOP en 2010, les jeunes de 18 à 24 ans sont, sans surprise, les premiers utilisateurs des réseaux les plus populaires (Facebook, Copains D'avant, Myspace, Skyrock Et Windows Live).

¹ Union Internationale des Télécommunications-Juin 2010

² Etude TNS SOFRES « Activités, comportements et attitudes des internautes en France et dans le monde », 2010 : <http://www.tns-sofres.com/points-de-vue/7D94E9C5B3284C8ABB5C8707C5657F0F.aspx>

³ <http://blog.nielsen.com/nielsenwire/global/social-media-accounts-for-22-percent-of-time-online/>



Si les réseaux sociaux prennent une place de plus en plus importante dans le temps passé sur Internet (environ 2h par jour), les internautes utilisent principalement Internet pour la recherche d'informations de tous types. Cependant, les informations médicales semblent présenter de plus en plus d'intérêt pour les internautes. Un sondage Harris interactive de 2007 montre ainsi que 58% des internautes recherchent en ligne des informations relatives à la santé. A l'échelle mondiale, on considère que 22,8% des femmes consultent des sites dont le sujet principal est la santé contre 17,4% des hommes. Malheureusement, il est de plus en plus fréquent que l'internaute s'auto-diagnostique en fonction de ses lectures sur Internet, sans prendre en compte le danger que ce comportement représente pour lui.

FEMMES ET INTERNET

L'usage d'Internet diffère selon les âges et le sexe des internautes, et les femmes semblent particulièrement attirées par ce média⁴. A l'échelle mondiale, 56% des femmes adultes déclarent utiliser Internet pour rester en contact et communiquer avec d'autres personnes contre 46% des hommes. Ce fort intérêt pour les réseaux sociaux se manifeste partout dans le monde. Il existe néanmoins des différences régionales qui engendrent des comportements différents. Ainsi, 26% du temps sur Internet des Européennes est consacré aux réseaux, contre 37% pour les Nord-Américaines. Les femmes vont moins souvent sur Internet que les hommes ; cependant, une fois connectées, elles restent plus longtemps sur le web. En avril 2010, on estimait au niveau mondial que la femme passait près de 24,8 heures en moyenne sur Internet contre 22,9 heures chez les hommes.

⁴ Les femmes sur le web : Comment les femmes façonnent l'Internet / Women on the Web : How Women are Shaping the Internet, ComScore, 2010 : http://www.comscore.com/Press_Events/Presentations_Whitepapers/2010/Women_on_the_Web_How_Women_are_Shaping_the_Internet

En Europe, l'intérêt des femmes pour Internet se confirme également : entre octobre 2008 et février 2010, on constate 18,4% de femmes internautes supplémentaires (vs 14,7% d'hommes internautes supplémentaires sur la même période). Toutes les tranches d'âges (15-24 ans, 25-44 ans, 44-54 ans, 55 ans et plus) contribuent à cette croissance et plus particulièrement les femmes de 55 ans et plus. Les femmes passent aussi plus de temps sur Internet (79 minutes en moyenne par jour contre 75 minutes pour les hommes) et regardent en moyenne plus de pages (132 vs 125)⁵. Toujours selon la même étude, Internet s'est imposé comme le média privilégié pour les femmes lorsqu'elles recherchent une information sur la mode, la beauté et la santé. Pour un renseignement sur la santé, elles sont 66% à préférer Internet, aux magazines-journaux (20 %) ou la télévision (11%).

Le profil des femmes se connectant quotidiennement est étroitement lié à leur catégorie d'âge (en 2009, 65 % ont moins de 35 ans, 68% 35-49 ans). Le statut social joue également un rôle important : 82% des cadres se connectent quotidiennement contre 30% des ouvrières. Les trois quarts des femmes se connectent à Internet à leur domicile. 62% des Françaises recherchent souvent des informations sur la santé.

LA GROSSESSE DANS LES SITES COMMUNAUTAIRES

La grossesse est une période intense où la femme doit faire face à des modifications comportementales et physiques entraînant de nombreuses questions. Internet est devenu la première source d'informations, abordant un large éventail de questions liées à la santé, y compris la grossesse et l'accouchement pour beaucoup de femmes enceintes (LAGAN, 2006).

Une enquête menée en 2005 montre que plus des trois quarts des femmes en âge de procréer se tournent vers le Net pour obtenir des informations sur la grossesse et l'accouchement (DECLERCQ, 2007). Quant à la confiance que les internautes accordent aux informations trouvées sur internet, une étude menée en Suède montre que la majorité des femmes recherchant de l'information concernant la grossesse jugent les informations trouvées modérément fiables ou très fiables (ROMANO, 2007).

Les sites dédiés à la maternité offrent un large panel d'informations jugées de qualité pour la majorité des internautes. Cependant, c'est le partage d'expériences qui est de plus en plus privilégié par les internautes. Petit à petit, des forums de discussions dédiés à la grossesse se sont rapidement imposés.

Doctissimo.fr, site généraliste de santé, propose un espace réservé à la grossesse, visité par plus de 7 millions d'internautes chaque mois, ainsi qu'un forum dédié à la grossesse sur lequel se retrouvent 3 millions de mamans chaque mois avec 1,5 millions de messages postés. D'autres sites, exclusivement réservés à la maternité, tel que Magicmaman.com, affichent 3,5 millions de visiteurs par mois et 20 millions de pages vues.

Enfin, pour faire face à l'érosion de leur lectorat, les magazines spécialisés en maternité ont également investi Internet en développant des sites et en proposant de nombreux articles. Ces sites ont ainsi pu véhiculer un flux important de visiteurs

5 Les femmes et le média Internet en Europe : auFeminin.com et ComScore, 2010 : <http://www.aufeminin.com/regie/pdf/etude-aufeminin-comscore.pdf>

sur leurs pages et ont intégré au fur et à mesure, des forums permettant de fidéliser leurs visiteuses.



En effet, les sites Internet ont besoin de mesurer leur audience pour fonctionner. Cette audience permet aux sites de vendre des espaces pour les annonceurs. Afin de favoriser les visites sur les pages internet qu'elles gèrent, les sociétés éditrices doivent proposer un contenu de qualité, actualisé et attractif, mais surtout, elles doivent assurer la fidélisation de leurs lectrices. Le forum de discussions est l'un des moyens les plus efficaces pour capter des internautes volages qui naviguent de site en site à la recherche d'informations.

Un forum est un espace voué à l'échange entre internautes. Dans le cadre d'un forum de discussions dédié à la maternité, toutes ces femmes ont un point commun: elles vivent, ont vécu ou souhaitent vivre l'expérience de la grossesse, et cherchent à partager leurs questions.



Les sujets abordés peuvent être variés. Souvent les forums se composent de plusieurs sections qui permettent à la nouvelle inscrite de trouver rapidement un espace de discussions qui correspond à ses inquiétudes. Très fréquemment les forums proposent des sous-sections en fonction du mois prévu pour l'accouchement. Cette organisation permet aux femmes inscrites au forum de partager des expériences semblables, de s'identifier plus facilement aux membres de la communauté. Se retrouvant au même stade de leur grossesse, elles vivent au même moment les changements de leur corps, passent en même temps leurs échographies, partagent leurs angoisses et leurs accouchements ! Il arrive à la « digital-mum » (maman-numérique) de se sentir dans une « famille ». Cette forme de communication incite les individus à se rapprocher et permet parfois une véritable amitié virtuelle.

Les forums de discussion en ligne fournissent également une source de soutien nécessaire pour les femmes avec des situations particulières (cf. dépression post partum, complications de grossesse, naissance d'enfants ayant des besoins spéciaux...). Etant donné que dans la vraie vie, il n'est pas fréquent de rencontrer des personnes avec des situations de vie semblables, Internet devient un outil précieux pour se rapprocher.

Pour beaucoup de femmes, Internet devient un nouveau type de refuge. Selon une étude menée sur 1000 internautes en 2007, 48,6% des femmes inscrites dans ces forums considèrent qu'elles ont plus de soutien de la part de leurs « copinautes » (les amies sur le net) que de leur entourage (CHENAIS, 2007). 86,3% déclarent pouvoir poser des questions qu'elles n'ont pas eu le temps de poser à leur praticien et à 72% elles expliquent qu'elles osent plus poser certaines questions à leurs amies virtuelles qu'à leur médecin. Ces espaces communautaires connaissent un grand succès notamment grâce au principe de l'anonymat. L'internaute, en s'identifiant sous un pseudo, peut prendre la parole, demander de l'aide, faire connaître son opinion, etc. Confortablement installée derrière son écran, la future maman partage expériences et questionnements avec des inconnu(e)s, sans aucune barrière. 52,3% des femmes pensent que l'anonymat est un des grands avantages des forums (CHENAIS, 2007).



Toujours selon cette étude, 96,6% des femmes déclarent qu'elles vont sur les chats (centres de discussion simultanée) ou sur les forums. La plupart vont sur les forums pour rencontrer des femmes enceintes et par curiosité. Partager sa grossesse en temps réel est également une motivation importante dans l'utilisation des forums grossesse. Une majorité de femmes pense même que partager avec d'autres femmes sa grossesse permet de mieux la vivre. Connectées plusieurs fois par jour sur leurs forums, elles réagissent aux messages de leurs copines. Après la naissance, ce sont les questions relatives aux petits maux du nourrisson, les problématiques liées à l'allaitement, au sommeil etc. qui sont abordées. Les sujets sont inépuisables et ces mamans s'entraident devant la complexité de la maternité. Après plusieurs mois de discussions, il n'est pas rare que ces « copinautes » qui échangeaient quotidiennement finissent par dépasser la barrière virtuelle en organisant des rencontres.

Version virtuelle du « café du commerce », ces forums recueillent le vécu et les représentations (parfois erronées) de chacune. De ce fait, les informations que l'internaute peut lire dans ces discussions sont très souvent « décontextualisées » et erronées. L'exemple du tabagisme est particulièrement criant. Nombreux sont les messages dans lesquels les femmes affirment que le tabagisme modéré n'est pas grave pour la grossesse ou encore que les effets de la fumée de tabac sur les jeunes enfants sont quasiment nuls. D'où l'intérêt de décortiquer et analyser de plus près les messages postés sur ces forums.

METHODOLOGIE

PHASE 1. MISE EN PLACE D'UN OBSERVATOIRE DES 3 PRINCIPAUX FORUMS DE SITES INTERNET FEMININS DESTINES A LA GROSSESSE SUR LE THEME DU TABAC.

Nous avons compilé, classé et analysé les messages publiés sur les 3 sites ciblés (doctissimo.fr, maigicmaman.fr et famili.fr). Les messages recherchés concernent des sujets d'avant, pendant et après la grossesse.

Une base de données a été construite afin de saisir les messages observés en réalisant une typologie des messages et des sujets postés concernant le tabac (nombre de messages postés sur une période comprise entre 2006 et 2010, thèmes évoqués, principales craintes, motivations au sevrage, tentatives et raisons du succès ou de l'échec, type de réponses apportées, sources utilisées, compétence et efficacité des modérateurs s'ils interviennent dans le forum...).

Certaines « discussions » pouvant comporter plus de 1000 réponses, nous avons saisi et classifié le message principal, ainsi que 1 ou 2 des réponses du fil. Nous sommes arrivés au bout de 6 mois à enregistrer 1545 entrées sur la base. Le total de messages postés durant la période observée dans les 3 sites concernant la grossesse et le tabac est de 426.721. Le nombre de fois où les divers messages objets de cette étude ont été regardés par les utilisatrices des 3 forums est considérable : 4.533.514.

PHASE 2. ELABORATION D'UNE ENQUETE AFIN D'ETABLIR LE PROFIL DES PERSONNES PARTICIPANT A CE TYPE DE FORUM

Pendant la première phase du projet, et en collaboration avec les éditeurs d'un des sites observés (magicmaman.fr), une enquête en ligne a été proposée aux internautes pendant 3 semaines (Échantillon: 156 utilisatrices). L'objectif de cette enquête est de compléter les informations collectées sur les forums.

En effet, il est impératif de pouvoir établir le profil des utilisatrices (âge, nombre d'accouchements, période de la grossesse ou post-accouchement, statut socioprofessionnel, statut tabagique de la femme, du mari/compagnon ainsi que de l'entourage) et si elles connaissent ou pas les risques liés au tabac pendant la grossesse. Ce profil ne peut pas s'établir avec la seule observation de messages car les informations personnelles des utilisatrices ne sont pas diffusées sur le forum et les sites ne sont pas autorisés à utiliser les quelques données que les internautes introduisent lors de leur inscription au forum.

PHASE 3. ANALYSE COMPARATIVE ET REDACTION DU RAPPORT

Afin de traiter les données recueillies en phase 1, une synthèse de la littérature « Grossesse, tabac et addictions » a été élaborée. La recherche a été élargie à l'analyse des documents concernant l'utilisation des réseaux sociaux et des nouvelles technologies de l'information comme outils de communication, de prévention et d'accompagnement des thérapies comportementales. Cette synthèse fait partie de ce rapport final. Il fait état des résultats obtenus, des principales conclusions et des recommandations issues des observations menées pendant le projet.

PHASE 4. ACTIONS DE COMMUNICATION

À l'issue du projet, une campagne multi-supports sera mise en place. Elle comprendra un outil avec un message de prévention destiné à ce type de site ; il permettra de transmettre un message de prévention ciblé pour répondre aux principales inquiétudes ou comportements décelés par l'observatoire. Parallèlement, un mini-site Internet a été créé afin de mieux déployer la campagne de prévention : www.grossessesanstabac.fr. Ce site, illustré avec des témoignages de femmes pendant et après leur grossesse, donne un visage et apporte des réponses aux principales questions et recommandations issues de l'observatoire.



1/3 des bébés français est exposé in utéro au tabac. Les conséquences de cette exposition sont encore sous évaluées.

GROSSESSE ET TABAC : ETAT DES CONNAISSANCES

TABAGISME : DONNÉES GÉNÉRALES

- 26,9% des Français entre 15-85 ans sont des fumeurs quotidiens et 4,7 % des fumeurs occasionnels. Parmi les consommateurs quotidiens, 30,3% sont des hommes et 23,8% des femmes (BECK F., 2010)
- Entre 2005 et 2010, on remarque une augmentation de la consommation quotidienne de tabac chez les femmes de 20 à 44 ans (36,1% vs 38,9 entre 20-25 ans ; de 32% à 35,8% entre 26-34 ans) (BECK F., 2010)
- Le tabac reste la première cause de mortalité évitable en France; chaque année, 60 000 morts sont dues au tabac en France, dont 37 000 par cancer (HILL C., 2009)
- Le tabagisme est impliqué dans les cancers du poumon mais également des voies aérodigestives supérieures (bouche, larynx, pharynx, œsophage), de la vessie et du pancréas. Il serait aussi en cause dans les cancers des voies urinaires et du rein, de l'estomac, du col de l'utérus et dans certaines leucémies (INCa, 2010).
- 81% des décès par cancer du poumon en France sont provoqués par le tabac (INCa, 2010)
- Le tabagisme passif est responsable chaque année en France du décès d'au moins 1500 personnes qui ne fument pas (Smokefree Partnership, 2006).
- Le cancer du poumon se situe au 3ème rang des cancers féminins les plus fréquents, après le cancer du sein et le cancer colorectal, avec 10 016 nouveaux cas estimés en 2010 (Hospices civils de Lyon, 2010). Il touche des femmes de plus en plus jeunes.
- La vente de cigarettes en France atteint 55 milliards d'unités en 2009 ; soit une diminution de 2 % en volume de vente des produits du tabac par rapport à 2007 (OFDT, 2010). Mais ces chiffres sont sous-estimés, car ils ne tiennent pas compte des achats transfrontaliers, des achats de contrebande, et des achats par Internet : un fumeur sur cinq déclare avoir contourné le réseau buraliste français lors de son dernier achat de tabac (BEN LAKHAR, 2011).

TABAGISME : ADDICTION ET DEPENDANCE

La nicotine, principal alcaloïde présent dans le tabac, est l'un des responsables de son potentiel addictif. Les effets positifs de la nicotine sur l'humeur et la cognition du fumeur participent à sa dépendance. Le tabagisme est particulièrement addictif parce que la nicotine inhalée est absorbée par le système veineux pulmonaire et atteint ainsi le cerveau en 10 secondes (BENOWITZ, 1996; LE HOUEZEC, 2003). En effet, en se déposant sur les zones du cerveau liées au plaisir, elle déclenche la libération de dopamine (médiateur du plaisir).

« Le tabagisme est un comportement appris et renforcé par une dépendance pharmacologique dont la nicotine est la principale responsable » (ANDRE, 2008). Toutefois, la nicotine seule n'explique pas le problème de l'addiction dans toutes ses dimensions : le tabagisme constitue un comportement qui fait intervenir des composantes psychologiques. En effet, le tabagisme s'apprend par imitation mais s'installe par un processus de renforcement positif lié aux effets psychoactifs de la nicotine (anti-déprime, coupe-faim) et chez certains fumeurs, par un renforcement négatif (état de manque, symptômes de sevrage) (LAGRUE G .in ANDRE, 2008).

L'ADDICTION AU FEMININ

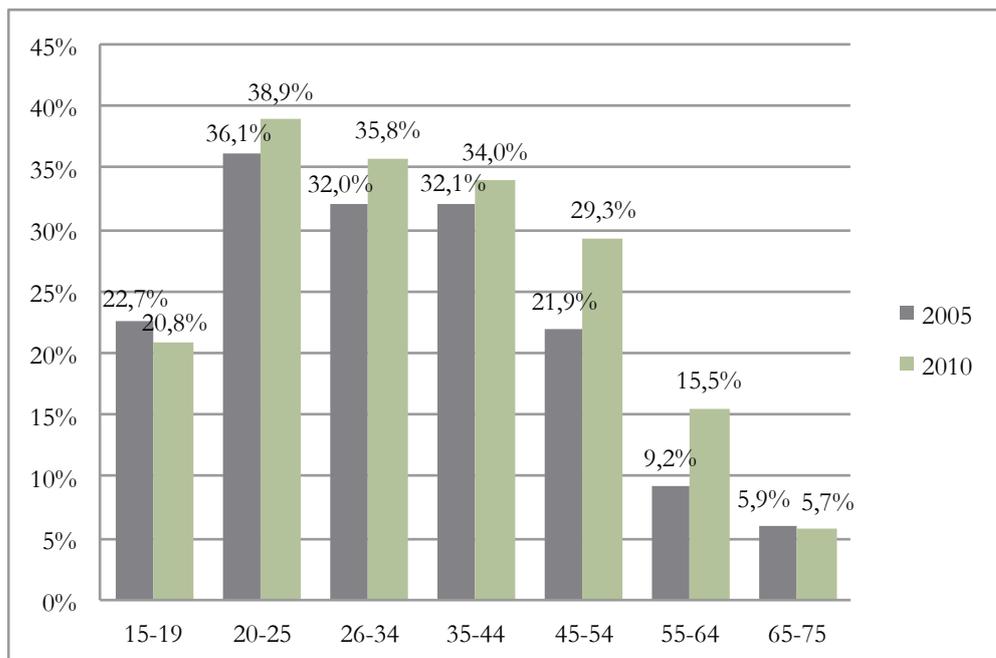
La littérature internationale montre depuis les années 1990 un intérêt croissant pour les analyses des conduites addictives qui intègrent des critères de genre, c'est-à-dire, des critères fondés sur les spécificités de chaque sexe. Cependant dans les diverses études concernant la France, il est difficile d'isoler les différents facteurs pouvant expliquer l'addiction et la dépendance au tabac d'un point de vue spécifiquement féminin. Or, bien que l'addiction puisse s'analyser comme une maladie chronique qui évolue par rechutes et dans un processus récurrent -intoxication répétée et besoin irrésistible de consommer avec installation progressive de la dépendance (KARILA, 2008)-, il faut prendre en compte divers facteurs (facteurs génétiques, psychoaffectifs, environnementaux et socioculturels) pour la comprendre et la soigner.

Ainsi, par exemple, certaines données indiquent que l'influence de la génétique sur la décision de commencer et de continuer à fumer n'est pas la même chez les hommes et chez les femmes (DROBES. D, 2005). D'autres études montrent que l'hérédité joue un rôle plus important dans la décision de commencer à fumer chez la femme et dans le maintien du tabagisme chez l'homme (LI. MD, 2003).

Chez les femmes, un des facteurs particuliers à prendre en compte est la dépendance affective. En effet, dans certaines addictions, le rôle du partenaire est déterminant. De façon générale, les études montrent que les femmes sont plus dépendantes dans leur vie affective que les hommes (SIMMAT-DURAND, 2009).

L'AGE ET LE GENRE

En 2010, en France parmi les personnes dans la tranche d'âge 15-85 ans, 27,3 % se déclarent fumeurs quotidiens et 4,3 % fumeurs occasionnels. Les hommes fument en moyenne plus que les femmes (35.6% vs 27.9%), dont 30,8% de manière quotidienne pour les hommes et 24,1% pour les femmes (BECK F., 2010).

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

Source ; Premiers résultats du baromètre santé 2010 : Evolutions récente du tabagisme en France, 2010.

Les données du Baromètre santé 2010 signalent que l'évolution de la prévalence tabagique des hommes et femmes diffère selon l'âge : le nombre de fumeurs chez les hommes de 20/25 ans diminue alors qu'il augmente chez les 26/34 ans, tandis que pour les femmes il augmente très peu entre 20-25 et 26-34, mais significativement pour les 45/64 ans. Cette dernière remarque doit cependant tenir compte de l'arrivée des premières cohortes significatives de femmes entrées dans le tabagisme.

LE STATUT PROFESSIONNEL

Le niveau socio économique est aussi un facteur qui influence la dépendance. En France, entre 2000 et 2007, la proportion de fumeurs chez les cadres est passée de 36% à 23% tandis qu'elle est restée quasi-identique chez les chômeurs (45% en 2000, 44% en 2007) (PERRETI-WATEL, 2009). En 2010, la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté parmi les personnes sans diplôme (de 30,6% à 33,7%), parmi les diplômés de niveau inférieur au bac (de 27,3% à 30,2%) et parmi les diplômés de niveau Bac (de 28,2% à 29,7%). A l'inverse elle a diminué chez les diplômés de niveau supérieur au Bac (Bac +2 : de 26,7% à 25,7% ; bac +3 ou +4 : de 23,8% à 22,2% ; et Bac +5 ou plus : de 19,7% à 19,1%) (BECK F., 2010).

On constate les mêmes résultats chez les femmes : le tabagisme a tendance à augmenter chez celles qui se trouvent en difficulté sociale. Selon l'enquête nationale périnatale en 2003, la prévalence du tabagisme d'une ouvrière non qualifiée au premier trimestre de grossesse est de 48% vs 38% au troisième trimestre, tandis que chez les cadres, la relation va être de 23% vs 9%.

L'ENVIRONNEMENT PROCHE

L'environnement proche, comprend le partenaire, le réseau familial et le réseau social. Des risques accrus de tabagisme pendant la grossesse ont été associés à l'absence de partenaire et au fait de vivre avec des fumeurs (HASLAM C., 1997).

D'autres études montrent que le risque de tabagisme pendant la grossesse était plus élevé chez les femmes ayant un conjoint fumeur que chez les femmes moins instruites vivant avec un conjoint non fumeur.

L'ETAT PSYCHOLOGIQUE

Une étude a évalué à l'aide de 3 questionnaires (Brief Symptom Inventory –BSI-; Beck Depression Inventory –BDI-; et Adult Self-Report –ASR-) l'état psychologique chez les femmes qui ont spontanément cessé de fumer ou continué de fumer après avoir appris qu'elles étaient enceintes (LINARES SCOTT, 2009). Ces femmes ont déclaré significativement plus de symptômes d'anxiété et de dépression que celles qui ont cessé spontanément de fumer. Les scores de dépression plus élevés ont été associés à une probabilité accrue de continuer de fumer, même après contrôle des variables sociodémographiques. Ces résultats suggèrent que le syndrome dépressif peut avoir une influence sur le tabagisme pendant la grossesse, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur le sevrage tabagique.

LES RISQUES LIES AU TABAC

RISQUES POUR LE FUMEUR

Le tabac est consommé presque exclusivement (à 90%) sous forme de cigarettes (industrielles ou roulées). Ce type de tabac a été modifié pour rendre la fumée moins âcre, ce qui permet l'absorption accélérée de la nicotine mais induit une inhalation profonde, au niveau des poumons, des substances toxiques de la fumée (ANDRE, 2008). Fumer implique des effets sur l'organisme à des degrés divers. Les principales affections liées au tabagisme sont les maladies cardiovasculaires, les maladies du système respiratoire et les cancers.

La nicotine et le monoxyde de carbone, en interaction, (CO) sont les principaux agents responsables des maladies cardiovasculaires. La nicotine augmente les battements du cœur et la pression artérielle ; elle induit des troubles du rythme cardiaque. Par vasoconstriction, elle entraîne une baisse de la température des extrémités (mains et pieds) de trois à quatre degrés. Le CO, responsable d'hypoxie, provoque des troubles cardiaques, augmente le risque d'infarctus du myocarde et de troubles du rythme ventriculaire. A plus long terme, la personne peut souffrir d'athérosclérose, avec une augmentation du risque de thrombose vasculaire, d'hémorragie cérébrale, d'artérite et de gangrène, ainsi que des troubles de l'érection. Chez la femme, lorsque le tabagisme supérieur à dix cigarettes est associé à des contraceptifs oraux le risque d'accidents coronariens est multiplié par cinq (LAGRUE G. 2003).

Les affections de l'appareil respiratoire concernent des pathologies de la sphère ORL et des broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO). Ces pathologies sont dues à l'introduction des particules minuscules irritantes, ce qui favorise le développement de bronchite chronique et d'emphysème (maladie des alvéoles pulmonaires). Le tabagisme produit une sécheresse des muqueuses nasales et bucco-pharyngées. Des affections, telles pharyngites, laryngites son répertoriées. Le tabagisme passif est responsable d'un fort pourcentage d'otites et infections respiratoires chez des enfants dont les parents fument.

Le risque de développer un cancer augmente avec la quantité de tabac fumé, la durée du tabagisme et le volume de fumée inhalé. Outre le cancer du poumon le tabac favorise de nombreux autres cancers : cavité buccale, pharynx, larynx,



La consommation de tabac se féminise et ne cesse d'augmenter chez les femmes de 20 à 44 ans.

pancréas, vessie, reins, cavités nasales, sinus, œsophage, estomac, foie, col de l'utérus et leucémie myéloïde (INCa, 2010).

En outre, fumer peut provoquer des atteintes du système digestif, des organes génitaux, de la cavité buccale (coloration des dents, affections des gencives, troubles du goût et altération des glandes salivaires). Des modifications de l'épiderme, diminution de l'acuité visuelle, des troubles de la mémoire, une puberté plus précoce chez les jeunes filles, et chez l'homme une altération de la spermatogenèse (diminution du nombre et de la mobilité des spermatozoïdes).

CHEZ LES FEMMES, DES RISQUES MAJORES

Le cancer du col de l'utérus est deux fois plus élevé chez les fumeuses que chez les non-fumeuses. Le risque de cancer du sein est deux fois plus élevé chez les femmes qui fument avant d'être ménopausées. Les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de mortalité chez les femmes fumeuses. Les fumeuses qui prennent la pilule contraceptive mettent leur santé en danger, surtout celles qui ont plus de 35 ans : le risque de thrombose, accidents cardiaques ou cérébraux est significativement majoré (LAGRUE G. 2003). Le cycle menstruel peut être perturbé en raison d'une diminution de la sécrétion d'œstrogènes. Le manque d'œstrogènes a souvent une incidence négative sur les seins, l'utérus et le fœtus. Et les risques de ménopause précoce sont accrus chez les fumeuses. De plus, le tabagisme augmente le risque d'ostéoporose des femmes ménopausées. La peau perdant de son élasticité, le vieillissement, avec la parution précoce des rides, est plus rapide. La nicotine ayant un effet coupe-faim, beaucoup de femmes hésitent à arrêter par peur d'une prise de poids.

RISQUES DU TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE

En 2008, on estime que 36 % des femmes sont fumeuses avant le début de leur grossesse et que 22 % des femmes enceintes continuent de fumer pendant tout



ou partie de celle-ci (SCPE, 2008). La France est le pays européen où il y a le plus de femmes enceintes fumeuses. La mortalité néonatale est de 2.6 pour 1000 naissances en France et le taux de mortinatalité (naissance d'enfant sans vie) est le plus élevé d'Europe avec 9.1 pour 1000 naissances. Le tabagisme pendant la grossesse a un impact négatif sur les indicateurs de périnatalité (notamment sur la prématurité). Une étude européenne montre que la prise en charge du tabagisme de la femme enceinte en France est souvent inadaptée et corrélée à la morbidité (RICHARDUS, 2003).

Pourtant, le nombre de professionnels formés spécifiquement à la prise en charge du tabagisme maternel a plus que doublé (de 59 à 153 dont des gynécologue-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, cadres, infirmières, internes, auxiliaires de puériculture...). Le nombre de maternités ayant signé la charte « maternité sans tabac » est passé de 35 à 100% en 2008 (BRAILLON . 2009), cependant, elles ne sont pas toutes dotées d'une consultation en tabacologie, et le personnel formé à l'accompagnement tabagique ne dispose pas toujours des heures de consultations spécifiques.

1. RISQUES AVANT LA GROSSESSE

Le tabac modifie la fécondité des femmes. La fertilité des femmes fumeuses est inférieure à celle des non-fumeuses. Le tabagisme a une incidence sur le nombre d'ovocytes, modifie le mécanisme permettant l'implantation de l'embryon et est responsable de perturbations hormonales. Les fumeuses mettent deux fois plus de temps à être enceintes que les non-fumeuses, le risque de grossesse extra utérine est majoré par 3 pour une consommation de 20 cigarettes (BOUSSIRON. 2004).

2. RISQUES PENDANT LA GROSSESSE POUR L'EMBRYON ET LE FŒTUS

Pendant la grossesse, les risques du tabagisme sur l'embryon et le fœtus sont en relation directe avec l'inhalation par la mère des substances toxiques contenues dans la fumée de cigarette, soit parce qu'elle est fumeuse, soit parce qu'elle est exposée au tabagisme passif. Le monoxyde de carbone présent dans la fumée se fixe sur l'hémoglobine maternelle avec comme conséquence une diminution notable de l'oxygénation de l'embryon et du fœtus. Les accouchements prématurés liés à cette diminution de l'oxygénation sont responsables des retards de croissance (le poids à la naissance est diminué de 150 à 250 grammes) (GODDING, 2004). Les risques de saignement (métrorragie) sont augmentés, ce qui favorise les fausses couches. De fait, le risque de fausse couche spontanée est multiplié par 2 lorsque la femme fume (20% pour les fumeuses contre 10% chez les non fumeuses). Le



tabac produit des altérations des chromosomes et de l'ADN pouvant induire des mutations au niveau des chromosomes lymphocytaires.

Le tabac diminue chez le fœtus l'absorption de vitamine B12, de vitamine C, et du zinc avec des conséquences sur son développement. Si dans l'ensemble des naissances, le risque de retard de croissance intra-utérin RCIU (Hypotrophie du nouveau-né) est de 5%, chez les fumeuses il est supérieur. C'est ainsi que dans une région ayant des caractéristiques socio économiques défavorables comme le Nord Pas de Calais il est de 9% et de 27% pour les femmes de cette région fumant au delà de dix cigarettes pas jour durant la grossesse (DELCROIX. 1999).

5% des malformations congénitales (fentes orales, malformations cardiaques) seraient imputables à l'exposition au tabagisme pendant le 1er trimestre de la grossesse (BOUSSIRON. 2004).

La nicotine est responsable de troubles vasculaires du placenta (ischémie circulatoire placentaire). Les effets vasoconstricteurs de la nicotine sur la circulation artérielle utérine et placentaire sont plus significatifs côté fœtal parce que la nicotine atteint des concentrations très élevées ; les taux de cotinine et de carboxyhémoglobine sont de 15 et de 10 à 15% supérieurs chez le fœtus par rapport à la mère (BOUSSIRON, 2004), ce qui induit des anomalies dans son développement.

Enfin, le tabagisme augmente les hémorragies gravidiques par placenta prævia (risque multiplié par 2) ou hématome rétro placentaire, les accouchements prématurés (notamment par rupture prématurée des membranes– avec un risque multiplié par 3 avant les 34 semaines d'aménorrhée), ainsi que les accouchements hémorragiques.

Les risques sont également importants si la femme est exposée au tabagisme de son entourage : ainsi, le poids de naissance est inférieur à la moyenne chez les enfants dont le père est fumeur. Cette diminution est de l'ordre de 80 grammes (2% du total), 301 grammes (9% du total) et 350 grammes (10% du total), selon que le taux de CO expiré du père est respectivement de 6-10 ppm, de 11 - 20 ppm et supérieur à 20 ppm. (DELCROIX . 2009)

3. RISQUES POST GROSSESSE - RETENTISSEMENTS CHEZ L'ENFANT

Il a été signalé chez les enfants exposés in utero la survenue d'un syndrome du sevrage nicotinique lorsque la mère a consommé l'équivalent de dix cigarettes par jour (GODDING. 2004). Les enfants exposés in utero ont également un risque supérieur de survenue de perturbation du fonctionnement de l'appareil respiratoire (diminution des fonctions respiratoires, hyperactivité bronchique, augmentation des maladies respiratoires dans l'enfance -bronchite, bronchiolite, pneumonie, otite moyenne-). Ce risque est multiplié si les deux parents fument. Les enfants de mères ayant fumé pendant leur grossesse sont plus sensibles au tabac, présentent des troubles psychologiques de l'enfance et de l'adolescence (notamment le THADA, Trouble Déficit d'Attention Hyperactivité (LAGRUE, BOUCHEZ, & TOUZEAU, 2006)). Ces enfants sont aussi plus souvent absents à l'école, ce qui peut affecter leur comportement et leurs capacités d'apprentissage. De plus, toutes les études épidémiologiques montrent que le tabagisme augmente le risque de mort subite du nourrisson (risque multiplié par un facteur 2 à 3) et ce indépendamment du poids à la naissance (GODDING, 2004).

Quant à la femme, si elle a réussi à s'arrêter pendant la grossesse, il n'est pas rare qu'elle rechute après l'accouchement, notamment lorsque elle est exposée à de la fumée passive.



4. RISQUES DU TABAGISME PENDANT L'ALLAITEMENT

En France, le soutien à l'allaitement maternel fait partie du Programme national nutrition santé (PNNS).

Cependant pour les femmes fumeuses, le tabac serait incompatible avec l'allaitement. En effet, fumer altère la composition du lait maternel : il présente moins de graisses, de calories, de vitamine C, et chez les grosses fumeuses, un taux plus élevé de cadmium, de nitrates, de nitrites, de plomb et d'insecticides. Le tabac modifie le goût et l'odeur du lait maternel (MANELLA & BEAUCHAMP, 1998). L'enfant expérimente ainsi de façon précoce le goût du tabac, ce qui peut le rendre plus attirant à l'adolescence (LAGRUE, BOUCHEZ, & TOUZEAU, 2006). De ce fait, la majorité des fumeuses pense que fumer est une contre-indication à l'allaitement. Trois mères fumeuses sur quatre n'allaitent pas, et lorsqu'elles allaitent, elles le font moins longtemps. De plus, la nicotine inhibe l'effet de l'ocytocine dans l'éjection du lait au moment des tétées.

Pourtant le lait maternel pourrait aider le bébé à combattre les risques infectieux liés à l'exposition tabagique, diminuer le risque de mort subite induit par le tabac, contribuer à la prévention des pathologies respiratoires pendant la première année de vie (NAFSTAD, 1996). Cette protection est encore plus nécessaire pour les enfants de mères fumeuses. Pour le nourrisson qui a été exposé au tabagisme in utéro, des symptômes de sevrage peuvent apparaître. Certains auteurs considèrent que dans ce cas, l'allaitement peut faciliter le sevrage du nourrisson, cependant il faut toujours prendre en compte le fait que la nicotine peut entraîner chez le bébé de l'irritabilité, des nausées et des vomissements, des anomalies de la pression sanguine et du rythme cardiaque, des douleurs abdominales. Cependant, il est difficile d'isoler les effets du tabagisme sur l'allaitement car généralement, les mères qui fument lors de l'allaitement ont également fumé durant la grossesse (LEPAGE M., 2005).



L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, considère que « l'allaitement demeure le meilleur choix même si la mère continue de fumer », des études ayant « montré qu'en cas de tabagisme maternel, la morbidité était plus élevée chez les enfants nourris au lait industriel comparativement à ceux allaités » (ANAES, 2002). Toutefois, la cigarette doit être fumée à distance de l'heure de la tétée (deux heures avant au minimum). Il ne faut pas oublier qu'après l'accouchement, le tabagisme passif représente un risque beaucoup plus important (mort subite du nourrisson, affections ORL) que celui induit par la nicotine absorbé avec le lait maternel.

Une étude Nord-américaine a évalué l'impact du tabagisme passif à domicile sur des nourrissons de deux à treize mois, en comparant trois types de foyers : non fumeurs, fumeurs faisant attention de ne pas exposer l'enfant à la fumée, fumeurs exposant l'enfant à la fumée. Les résultats révèlent que le tabagisme parental contamine fortement les jeunes enfants : le niveau de contamination du domicile par la fumée du tabac était 5 à 7 fois plus élevé dans les habitations de fumeurs faisant des efforts de protection envers leur enfant que dans les foyers de non-fumeurs. Dans les foyers de fumeurs ne prenant pas de précaution vis-à-vis de l'enfant, le niveau de contamination était alors 3 à 8 fois plus important encore que dans les foyers de fumeurs prenant des précautions, notamment en fumant à l'extérieur.

Très peu de différences ont été remarquées entre les foyers où les mamans étaient sorties du domicile pour fumer et ceux où elles ne l'avaient pas fait (MATT & al., 2004).





PRISE EN CHARGE DES FUMEUSES PENDANT LEUR GROSSESSE : NOTIONS DE SEVRAGE ET D'ACCOMPAGNEMENT

LE SEVRAGE TABAGIQUE

L'arrêt du tabagisme requiert une grande motivation, ainsi qu'un accompagnement permettant de diminuer les symptômes liés au syndrome de sevrage (besoin urgent et impérieux de fumer, humeur déprimée ou dysphorique, insomnies ...), conséquence de l'arrêt brutal ou de la diminution des quantités de nicotine chez une personne en état de dépendance physique. L'accompagnement doit être adapté car tous les fumeurs ne ressentent pas les symptômes de sevrage avec la même intensité. Il est ainsi nécessaire de:

1. Evaluer la dépendance au tabac (cf. test de fagerstöm, mesure CO expiré)
2. Mesurer la motivation à l'arrêt et éventuellement la renforcer (cf. test de Richmond, Di Maria, Legeron et Lagrue sur les motivations à l'arrêt et le HAD afin de dépister des troubles anxio-dépressifs)
3. Prévoir une méthode pour l'arrêt qui prenne en compte les particularités de chaque individu (Thérapies cognitivo-comportementales, et éventuellement accompagnement médicamenteux pour traiter le syndrome de manque)
4. Envisager un suivi et un accompagnement prolongés pour prévenir les rechutes (LAGRUE G. 2006).

Durant la grossesse, il faut aussi prendre en compte les facteurs socio-économiques. En effet, la proportion de sevrage spontané semble plus faible chez les mères des milieux défavorisés car elles sont plus dépendantes, moins motivées par l'arrêt du tabac et elles rencontrent d'autres problèmes importants à régler (GRANGE, 2006). Les femmes enceintes fumeuses doivent également bénéficier de l'accompagnement d'un nutritionniste (la peur de grossir étant un frein important pour l'arrêt), et on doit leur proposer des activités de relaxation (cf. Médiation en pleine conscience) et de l'exercice physique modéré.

ACCOMPAGNEMENT DE L'ARRÊT CHEZ A FEMME ENCEINTE

Les professionnels de santé doivent fournir dans tous les cas un conseil au fumeur, même s'il n'exprime pas de volonté d'arrêt. Quant aux stratégies pour accompagner l'arrêt, elles sont très nombreuses, avec ou sans médicaments. Toute stratégie d'accompagnement doit tenir compte des facteurs psychologiques, socio-économiques et familiaux de la personne. Pour ce qui est de la femme enceinte, deux stratégies sont actuellement recommandées :

1.LES PSYCHOTHERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES.

Ces thérapies reposent sur l'analyse des pensées et des comportements. L'objectif est d'aider le sujet à se débarrasser d'un comportement particulier. Ces psychothérapies peuvent intervenir lors des diverses étapes ponctuant l'arrêt du tabac : la motivation, la préparation, l'arrêt, la prévention des récives. Cependant, en France, le nombre des thérapeutes comportementalistes est faible, et la plupart d'entre eux sont peu concernés par le sevrage tabagique.

2.LES TRAITEMENTS NICOTINIQUES DE SUBSTITUTION (TSN)

Le TSN peut être recommandé à la femme enceinte fumeuse. Les recommandations pour la femme enceinte préconisent que le TSN soit utilisé en association avec une approche psychologique ou comportementale.

Pendant la grossesse l'accompagnement d'un professionnel est impératif pour mettre en place un traitement par substitution nicotinique car il est fondamental d'adapter le traitement aux particularités de chaque femme enceinte. Différentes formes, goûts et textures existent (inhalateur, gommes, patchs ou dispositifs transdermiques). La dose de nicotine et sa répartition tout au long de la journée doivent être évaluées de manière individuelle afin d'obtenir et de maintenir l'arrêt du tabac. Deux avertissements s'imposent si les TSN sous forme de patch sont utilisés durant la grossesse : il ne faut jamais les laisser pendant la nuit (utilisation sur 16 heures au lieu de 24 heures) (LE HOUZEZEC, 2005) et ne jamais les enlever si l'envie de fumer une cigarette est irrésistible (LAGRUE G., 2006). En cas d'allaitement, il faut privilégier les formes orales, qui peuvent permettre de minimiser la nicotine ingérée par l'enfant, à condition d'espacer les prises et de les éloigner des tétées (LE HOUZEZEC, 2005).

En France, 30% des maternités ne proposent pas de traitement nicotinique de

substitution (DELCROIX. 2011). L'assurance maladie rembourse depuis le 1er février 2007, pour un montant maximum de 50 € par an et par bénéficiaire, les traitements par substituts nicotiques. Dans le cadre du plan cancer 2, on prévoit la mise en place du remboursement forfaitaire de la substitution pour les femmes enceintes pour un montant de 150 euros.

Intégrer le conjoint dans une démarche d'arrêt est essentielle pour la bonne réussite du sevrage.



INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT DANS L'ARRÊT

En France le partenaire de la femme enceinte est ignoré, alors qu'il occupe une place essentielle dans le succès (ou l'échec) de l'accompagnement à l'arrêt. Quelques maternités ont mis en place des programmes d'aide à l'arrêt pour le couple, mais il n'existe pas de dispositif organisé et financé dans ce sens au niveau national. Pourtant, il s'agit d'une personne importante pour la femme enceinte et son point de vue influence le tabagisme de cette dernière (HOTHAM, 2002).

En Belgique par exemple, femme enceinte et partenaire sont pris en charge (BRAILLON. 2010). L'influence de l'environnement social doit être prise en compte dans l'élaboration et la diffusion des messages de prévention à destination des femmes enceintes.



PERCEPTIONS ET COMPORTEMENTS DE LA FEMME ENCEINTE FACE AU TABAC DANS LES FORUMS INTERNET FEMININS

ANALYSE DES DONNEES

La base de données de l'Observatoire est composée de messages postés entre 2006 et 2010. Certaines « discussions » pouvant comporter plus de 1000 réponses, nous avons saisi et classifié le message principal, ainsi qu'une ou deux réponses d'un même fil. Le total des messages postés durant la période observée dans les 3 sites concernant « Grossesse et tabac » est de 426 721, mais le nombre total de consultations des messages est de 4.533.514

A la fin du projet, 1545 entrées ont été saisies sur la base.

Le profil type des femmes ayant posté des messages est élaboré sur la base des informations disponibles dans les messages. En effet, les données personnelles des utilisatrices du forum ne sont accessibles qu'aux administrateurs de celui-ci, et nous n'y avons pas eu accès lors de la mise en place de l'observatoire. Les données telles que l'âge, le nombre d'enfants, le statut tabagique répertoriées dans l'observatoire ont été obtenues grâce à une analyse détaillée de chacun des messages. Afin d'affiner nos observations, nous avons mis en ligne une micro-enquête¹, en partenariat avec le site magicmaman.com. Les résultats de cette micro-enquête nous permettent de confronter nos observations quant au profil des utilisatrices des forums et nous donnent des informations complémentaires sur leur prévalence tabagique, leur connaissance des risques liés au tabagisme pendant la grossesse mais aussi, sur leur statut socioprofessionnel.

¹ Enquête internet réalisée du 11 au 30 avril sur le site magicmaman.com, sur échantillon de 156 femmes enceintes au moment de l'enquête.

Dans chaque forum, les messages sont identifiés à l'aide de 4 mots clés de recherche : grossesse, tabac, tabagisme, sevrage. Un tri par date permet d'isoler les messages postés entre 2006 et 2010.

Les informations recueillies concernent :

- 1. Les informations personnelles de l'internaute : nous avons listé les pseudo, âge, nombre d'enfants, statut tabagique des utilisatrices.
- 2. Le type de message posté : s'agit-il d'une question, d'un sondage auprès des membres du forum, d'un message source (le premier message d'un fil de discussion) ou d'une réponse à un message source ? Nous avons aussi relevé l'année, le nombre de vues et le nombre de réponses à chaque type de message.
- 3. Le sujet du message : les principaux thèmes abordés ont été listés pour classer les messages d'origine ainsi que les réponses. Certains messages comportent plusieurs sujets, le sujet secondaire est aussi répertorié.
- 4. Le sevrage tabagique : identifier les motivations et les méthodes utilisées ou proposées par les membres du forum.

LES INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'INTERNAUTE

Le pseudo de l'internaute, son adresse mail et l'identification du site Internet permettent de faire sortir de la base le nombre de femmes ayant posté des messages sur le forum. Ainsi, sur 1545 messages répertoriés, nous avons identifié 774 utilisatrices individuelles.

Les informations concernant l'âge et le nombre d'enfants sont issues de l'analyse des messages : sur l'ensemble des messages ces informations étaient disponibles: 437 en ce qui concerne l'âge et 673 pour le nombre d'enfants.

Ces informations sont confirmées par la micro-enquête: sur la base de 156 répondantes, 66,6% ont entre 26 et 34, 49,3% sont primipares, 30,7% ont déjà un enfant.

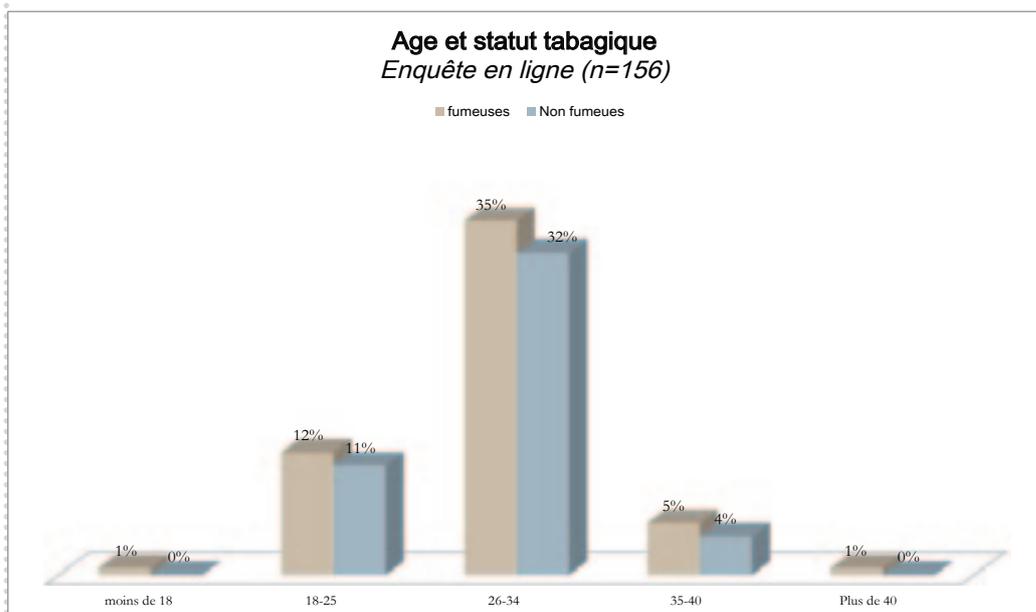
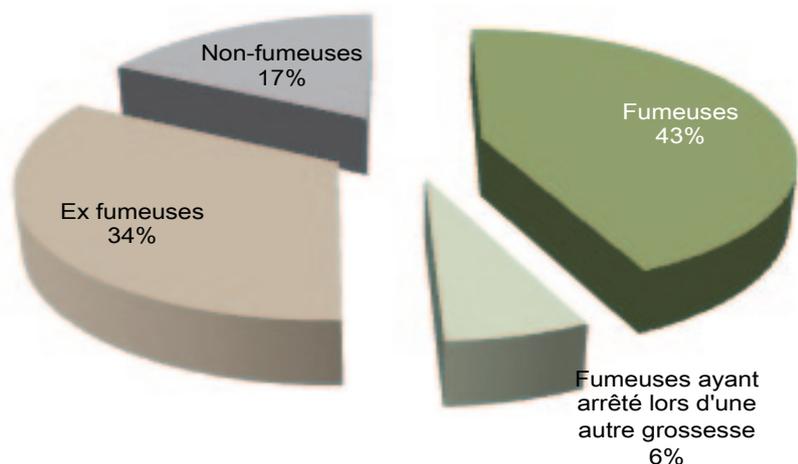


Tableau 1. Age moyen et nombre d'enfants

	Fumeuse	Fumeuse ayant arrêté lors d'une autre grossesse	Ex fumeuse	Non Fumeuse	Moyenne Nationale
Age	27,5	30,6	28,5	28,3	30,1
Nombre d'enfants	0,78	1,67	1,01	1,09	2,01

Une analyse de la répartition des utilisatrices selon leur statut tabagique permet d'identifier une majorité non significative des non-fumeuses (51% de non-fumeuses et ex-fumeuses) par rapport au nombre total de fumeuses (49% fumeuses actuelles et fumeuses ayant arrêté lors d'une précédente grossesse, mais ayant repris). La micro-enquête confirme cette répartition entre fumeuses et non fumeuses : dans cet échantillon, 53% sont fumeuses et 46,8% non fumeuses (76% des non fumeuses sont des ex-fumeuses et 23% n'ont jamais fumé). Compte tenu du fait que les internautes s'inscrivent sur un forum « Grossesse et tabac », le premier enseignement intéressant de l'observatoire concerne donc le nombre important de non-fumeuses et ex-fumeuses intéressées par le sujet.

Repartition par statut tabagique de l'Internaute



La micro-enquête nous apporte plus de précisions sur le tabagisme des utilisatrices du forum : 79% des fumeuses sont des fumeuses quotidiennes, et 32,5% fument entre 7 et 10 cigarettes par jour, 14,4% fumant plus de 10 cigarettes par jour.

Tableau 2. Consommation de tabac : fréquence et quantité.

Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne ?	Fréquence
par jour	79,52%
Entre 4 et 7	36,14%
Entre 7 et 10	32,53%
Entre 1 et 3	26,51%
+ de 10	14,46%
par semaine	12,05%
par mois	2,41%

Sur la micro-enquête, il a été possible d'obtenir des informations sur les caractéristiques socioprofessionnelles des internautes. Il ne s'agit pas d'un échantillon représentatif, nous ne pouvons donc pas étendre ces résultats à tout l'observatoire, cependant les données sont intéressantes : une majorité de « fumeuses » vivent en couple (97,4%) sont employées (64%), cadres et ouvrières étant peu nombreuses (5,7% ; 3,8%). 20,5% des participantes aux forums sont à la recherche d'un emploi ; 28% ont des niveaux d'études inférieurs au Bac, presque la moitié des femmes interrogées ont fait des études niveau Bac à Bac+2.

LES TYPES DE MESSAGES POSTES

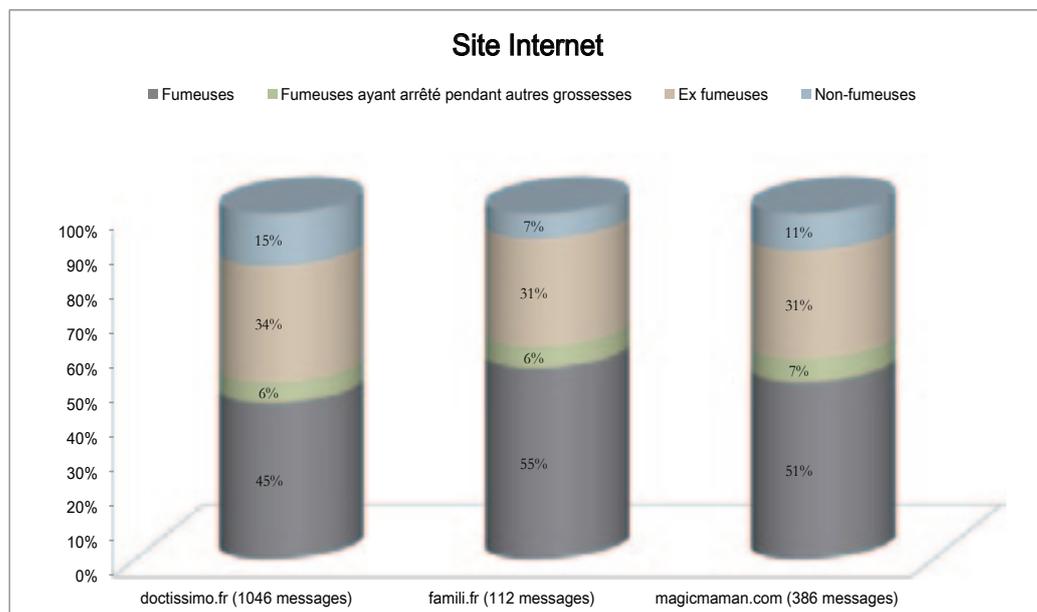
Bien que la base comporte 1545 entrées, le nombre de messages qui ont été analysés est supérieur. En effet chaque message « original » est constitué d'un fil de discussion auquel vont se rattacher les réponses et les échanges des participantes au forum. Ainsi sur la totalité de messages constatés, nous avons un nombre de réponses beaucoup plus important ; au bout de quelques échanges, le sujet peut se modifier et retomber sur un sujet étranger au tabac, mais parfois les participantes au forum rebondissent sur le sujet des semaines après.

De même, le forum étant visible par n'importe quel internaute, le nombre de vues sur les messages est comptabilisé. En effet, le nombre de vues correspond aussi au nombre de fois où d'autres internautes ont pu suivre le fil de la discussion sans avoir nécessairement participé au forum.

Tableau 3. Nombre de messages

	Fumeuses	Fumeuses ayant arrêté lors d'une autre grossesse	Ex fumeuses	Non-fumeuses	Total
Nb. de messages	734	95	510	206	1545
Nb. de réponses au fil de discussions	151 991	15 527	122 592	136 611	426 721
Nb de vues	1 743 782	295 730	1 161 948	1 332 054	4 533 514

Concernant la répartition par site, le site doctissimo.fr concentre la majorité des



messages de la base (68%), le nombre de discussions dans le forum étant plus étendu, les recherches par mots-clés ont donné plus de résultats que sur les deux autres sites observés (famili.fr et magicmaman.fr).

En outre, nous avons remarqué des différences dans le contenu des messages et dans le profil des utilisatrices ; ainsi, sur le site de famili.fr, la majorité des messages postés provient des fumeuses, tandis que dans le site de doctissimo.fr, les messages postés sont répartis entre fumeuses et non fumeuses.

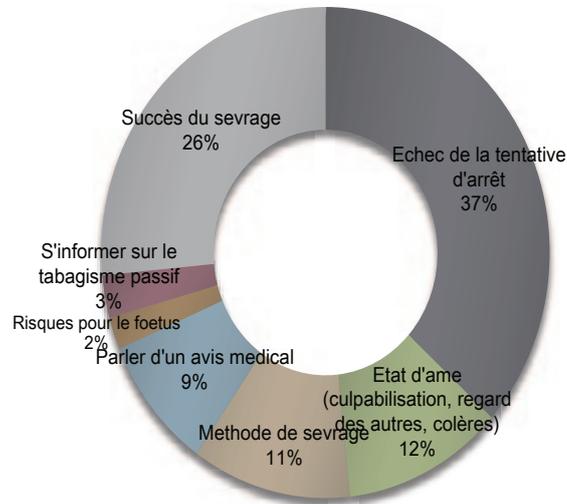
Les femmes ayant posté des messages sur les forums ont généralement deux manières d'aborder le sujet ; soit les messages contiennent une question concrète sur un sujet « tabac » en particulier (38%), soit ils se présentent sous la forme d'un avis dont la femme se sert pour sonder les avis des autres (62%). Une majorité de messages sous forme de sondage confirme une de nos hypothèses : les femmes qui discutent sur le tabac dans les forums Internet le font notamment pour partager, comparer, commenter et se sentir entourées, elles cherchent par ces discussions à s'identifier à d'autres femmes dans la même situation, avec peut-être les mêmes difficultés, les mêmes interrogations et les mêmes craintes.

LE SUJET DU MESSAGE

Les sujets abordés dans les messages concernent principalement des questions ou des avis sur le succès ou sur l'échec du sevrage, sur les méthodes de sevrage, sur les risques du tabagisme pour le fœtus et les nourrissons ou sur les risques pour la femme pendant la grossesse, des interrogations cherchant à développer ou approfondir un avis donné par les professionnels de santé, des informations concernant le tabagisme passif ou des messages cherchant à partager un état d'âme (culpabilisation, regard des autres, colères).

Les femmes viennent sur les forums dans le but de compléter les informations qu'elles ont déjà. Le paradoxe est que les informations concernant ce problème sont très accessibles et les sources nombreuses, et pourtant, les messages observés sur une période longue (5 ans) concernent toujours les mêmes sujets (les risques encourus, les méthodes de sevrage, la compatibilité des méthodes d'arrêt avec la

Principal sujet de discussion des messages



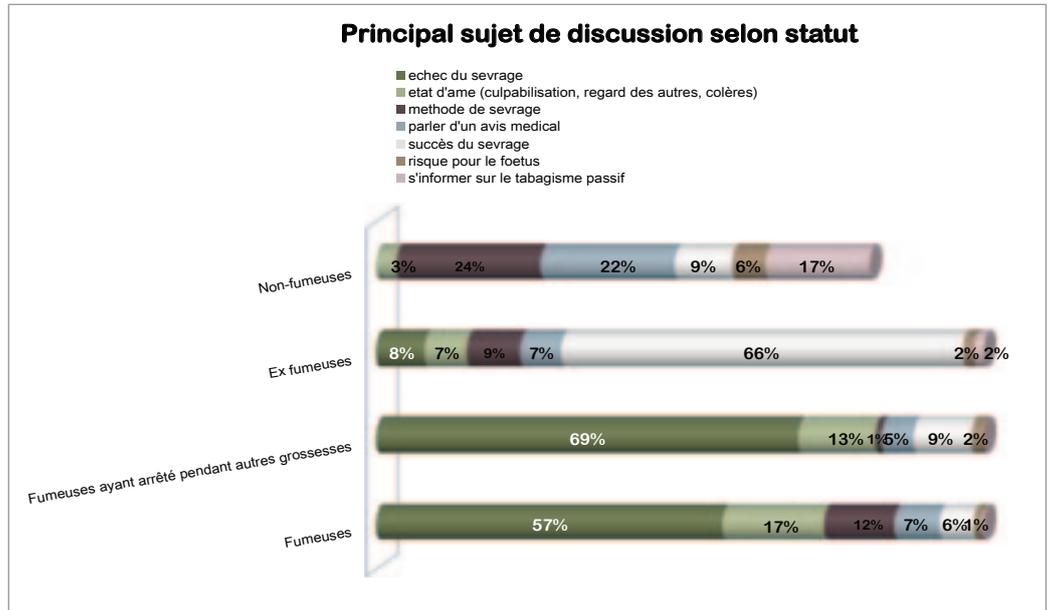
grossesse...).

Les femmes ayant eu recours à la procréation médicale assistée (PMA) sont très nombreuses parmi celles qui cherchent des compléments d'informations sur le tabac et la grossesse, le tabac et la fertilité ou sur les risques associés « tabagisme et PMA ».

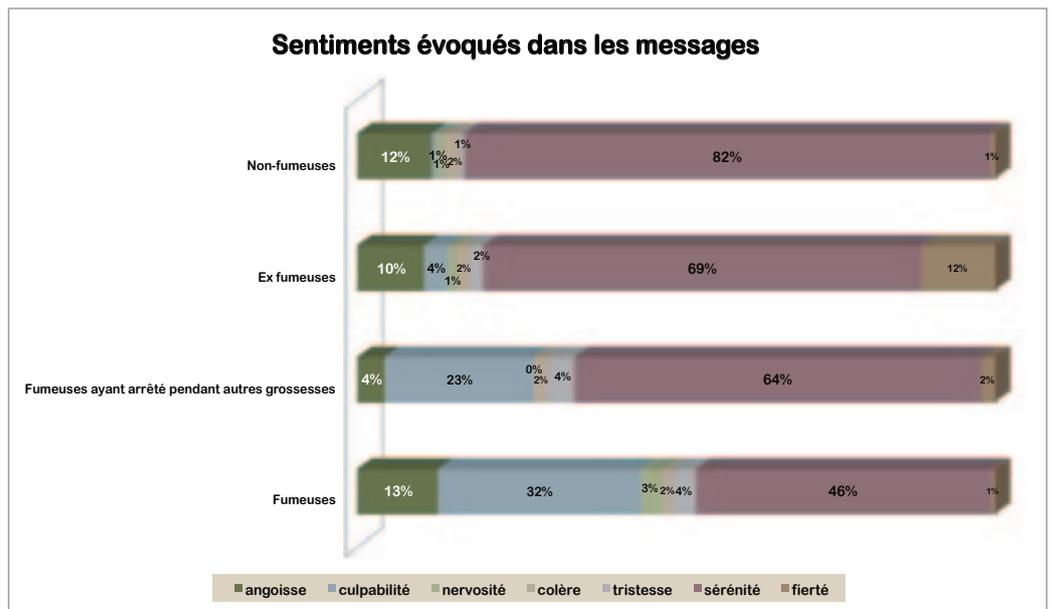
Ainsi, presque 63% des messages concernent des questions abordant l'arrêt du tabac : parmi eux, une majorité évoquent des problèmes liés à l'échec du sevrage, tandis que plus d'un quart concerne le succès de l'arrêt. Lorsque l'on demande aux participantes aux forums pourquoi fument-elles, elles sont majoritaires à affirmer qu'elles n'arrivent pas à arrêter (69,8%) ; 74,7% des femmes interrogées affirment avoir fait au moins une tentative d'arrêt depuis le début de leur grossesse; très peu disent fumer par plaisir (6,4%), ou affirment ne pas vouloir arrêter de fumer (8,4%).

Très peu abordent directement le sujet des risques pour le fœtus ou le nouveau-né, ni les risques du tabagisme pour la femme. Ces sujets apparaissent implicitement dans les messages, sans qu'ils soient utilisés comme sujet principal de discussion, même si des différences apparaissent par rapport au statut tabagique de la femme. Pourtant l'analyse de données montre une connaissance partielle ou dénaturée de ces risques. Le sujet du tabagisme passif est très peu évoqué, même si dans certains messages il est possible de répertorier un environnement (partenaire, famille) tabagique.

Les sujets des messages dépendent du statut tabagique de la femme. Ainsi par exemple les messages des ex-fumeuses abordent majoritairement la réussite de l'arrêt, tandis que ceux des fumeuses (57%), et notamment ceux des fumeuses ayant arrêté lors d'une précédente grossesse, concernent fondamentalement l'échec de l'arrêt (70%). Les messages concernant les états d'âme négatifs (culpabilisation, regard des autres, colères) sont aussi plus nombreux chez l'ensemble de fumeuses. Les non-fumeuses, quant à elles, semblent participer aux forums pour rapporter les avis des professionnels de la santé (22%) et pour encourager les fumeuses,



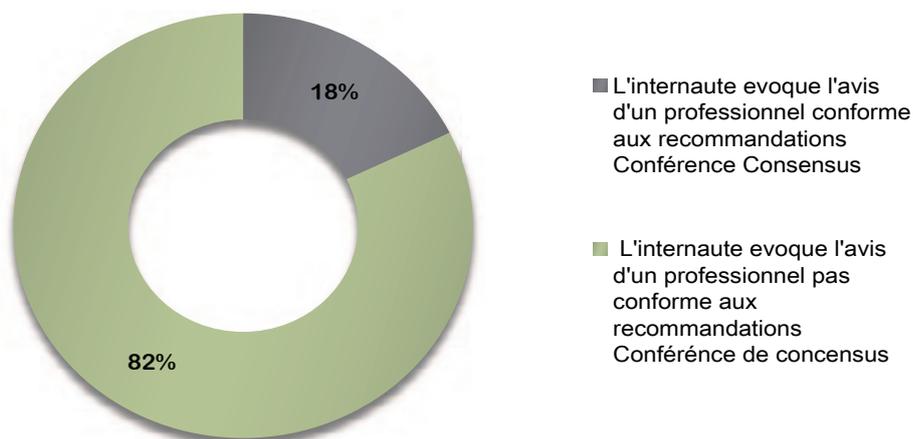
car de nombreux messages concernent les méthodes de sevrage (24%). Elles sont aussi plus nombreuses à aborder des questions liées au tabagisme passif (17%), et globalement, ce sont surtout elles qui envoient des messages concernant les risques pour le fœtus. A contrario, elles postent très peu de messages concernant leurs états d'âme.



Enfin, il faut remarquer que seulement 17% des messages observés font référence à un avis ou à un conseil des professionnels de la santé ; dans leur majorité, les messages font référence à du vécu, à des éléments subjectifs ; très peu de messages sont fondés sur l'avis d'un professionnel. Cependant, pour ces messages-là, nous avons vérifié si, dans le forum, les affirmations rapportées comme étant des propos de médecins ou sages-femmes coïncidaient avec les recommandations de la conférence de consensus « Grossesse et tabac » de 2004. Sur la totalité des messages ayant évoqué un avis ou un conseil de professionnel de la santé, la majorité n'est pas en conformité avec les recommandations nationales pour aborder et traiter le tabagisme de la femme enceinte. La plupart des messages non conformes sont rapportés par des fumeuses; l'analyse des messages ne nous permet pas de savoir s'il y a un problème de déficit de compréhension et d'interprétation de l'information chez les femmes enceintes fumeuses ou si le conseil apporté par le professionnel n'est pas suffisamment complet et précis.

La micro-enquête apporte des éléments complémentaires, toujours nuancés par la taille de l'échantillon : en effet, seulement 12% des femmes ayant participé à l'enquête affirment avoir consulté un professionnel de santé pour aborder précisément le problème du tabac ; 80% de ces femmes affirment que les recommandations du professionnel consulté ont été de réduire la consommation à quelques cigarettes. Quant aux femmes qui n'ont pas abordé leur problème tabagique avec un professionnel de santé, les principales raisons qui justifient leur décision sont d'une part, de se sentir mal à l'aise pour aborder le sujet (42,5%) et d'autre part, de ne pas savoir quel professionnel consulter (30%)

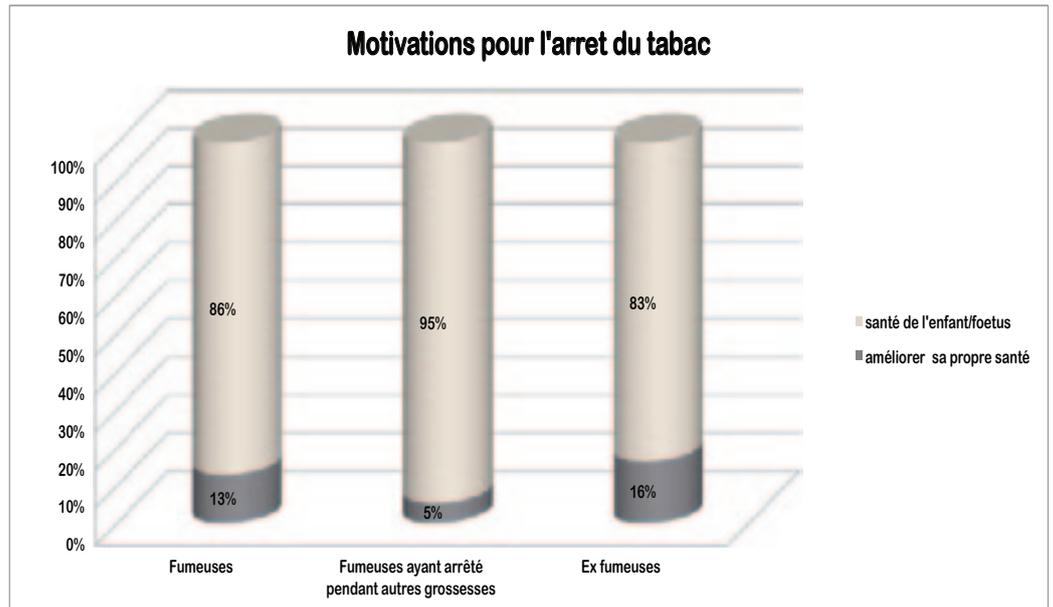
Deformation de l'avis des professionnels de la santé?



L'ARRET DU TABAC

Lorsque les mères s'interrogent sur l'arrêt du tabagisme, les motivations sont nombreuses : améliorer sa propre santé, en finir avec le sentiment de culpabilité ou avec le regard des autres, protéger la santé de l'enfant.

Pour la majorité de fumeuses et d'ex-fumeuses, la principale raison pour arrêter

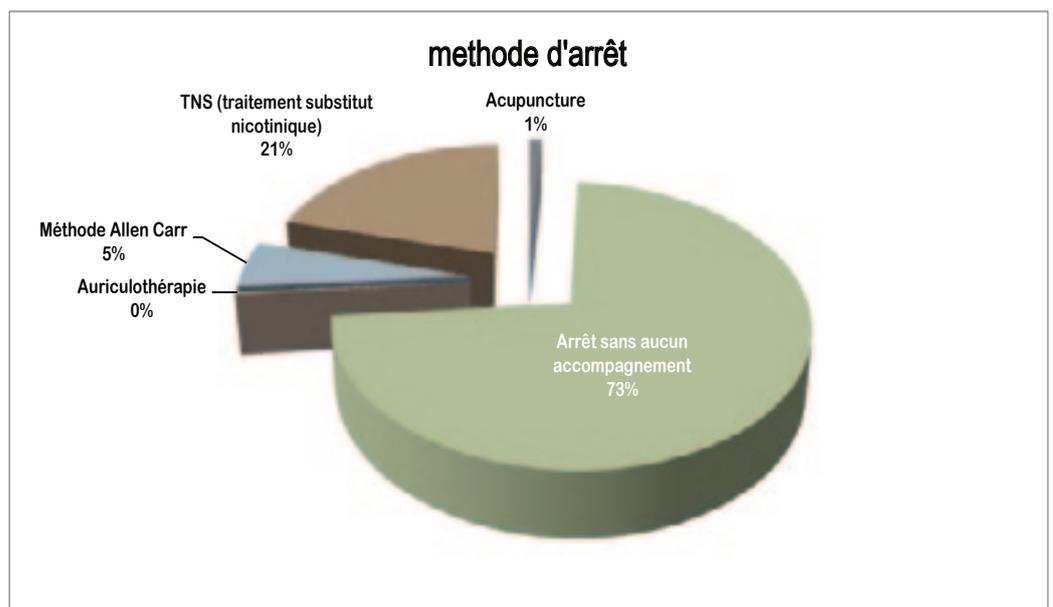


de fumer reste l'enfant et, dans une moindre mesure, l'amélioration de leur propre santé, les autres sujets (culpabilité, regard des autres) leur paraissant complètement négligeables.

Un des principaux sujets des messages échangés concerne l'arrêt du tabac. L'analyse du contenu de ces messages permet d'établir une classification des méthodes d'arrêt les plus évoquées par les femmes enceintes. Des méthodes non validées (Allen Carr, acupuncture) sont évoquées par 6% des internautes abordant le sujet du sevrage. Dans cette classification, l'arrêt sans aucune aide reste la méthode majoritairement mentionnée, notamment par les ex-fumeuses : elles sont 72% à affirmer avoir arrêté sans aucune aide médicamenteuse ou autre.

Ces chiffres sont confirmés par les résultats de la micro-enquête : 88,7% des femmes interrogées affirment avoir essayé d'arrêter de fumer pendant leur grossesse sans aucune aide ; 8% l'ont fait en achetant des substituts en pharmacie, 4% avec l'aide d'un tabacologue, le même pourcentage de celles qui ont eu recours à l'acupuncture. Elles ne sont pas satisfaites de la méthode utilisée à 80,6%

Malheureusement, il n'y a pas dans la base de données d'éléments nous permettant d'évaluer le taux d'abstinence des femmes ayant arrêté de fumer.



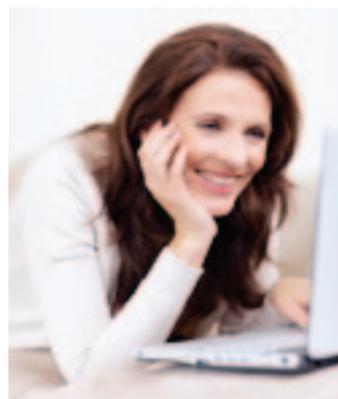


Les femmes fumeuses ayant répondu à l'enquête en ligne (53% de l'échantillon), ont toutes réduit leur consommation de tabac, la plupart de plus de la moitié (87,8%). Celles ayant arrêté de fumer sont nombreuses à être des ex-fumeuses de longue date (32%), mais la majorité s'est arrêtée lorsqu'elles ont appris qu'elles étaient enceintes (48,2%).

COMPORTEMENT DES FEMMES DANS LES FORUMS INTERNET

Pour ce qui est des femmes pouvant être identifiées comme fumeuses, trois catégories ont été établies

- Celles admettant leur état et ne voulant rien faire pour le changer
- Celles admettant leur état, en ayant plus ou moins honte, et qui veulent le changer
- Celles admettant leur état sans honte, mais qui veulent tout de même le changer



Les femmes fumeuses qui assument leur tabagisme utilisent comme base de tout leur argumentaire leur histoire personnelle et s'appuient sur le vécu d'autres femmes ayant des expériences de vie similaires pour justifier leur décision de ne pas arrêter de fumer : « j'ai fumé pendant mes grossesses pour bébés 1 et 2 et là ils ont 5 ans, 12 ans et ne sont jamais tombés malades, ils n'ont aucun problème scolaire et sont même en avance pour leur âge ».

Leur vécu leur permet de se rassurer quant à la validité de leurs comportements car tout en étant au courant des recommandations de santé elles ont tendance à plus valoriser leurs expériences propres (j'ai eu une amie/ma mère ... et pourtant... suis bien, mes/ses enfants vont bien...) que les évidences scientifiques. Les informations fournies par les professionnels de la santé ne sont pas comprises ou sont déformées.



Pendant dans certains cas, le vécu est plus significatif que les données scientifiques, simplement par manque d'accès à des informations médicales précises. Sur les forums, très peu de femmes affirment avoir consulté un tabacologue. Elles ont abordé le sujet tabac avec des professionnels de santé qui ne sont peut-être pas formés aux particularités de l'accompagnement du tabagisme ou du tabagisme de la femme enceinte. Dans les messages répertoriés, médecins généralistes et gynécologues semblent être les praticiens les plus consultés par les femmes, ... et les plus portés à ne donner que le conseil minimal.

C'est sûrement dans ce contexte qu'apparaît chez quelques-unes de ces femmes la théorie selon laquelle pour ne pas faire courir de risques au fœtus il suffirait de réduire sa consommation à cinq cigarettes par jour ; nous avons répertorié cette affirmation dans un nombre significatif de messages, certains nous permettant aussi de remarquer que cette théorie pouvait être répétée par des femmes habitant aussi bien les grandes villes de France métropolitaine que les DOM-TOM et les petites villes de campagne. Dans ces messages, les femmes affirment que leur gynécologue ou leur médecin généraliste leur a conseillé non pas d'arrêter mais de diminuer leur consommation, l'arrêt étant vécu comme une source de stress, et le stress étant considéré d'après les propos prêtés au médecin, comme un facteur de risques pour la santé de l'enfant !

Capture d'écran
d'une discussion
sur doctissimo.fr

Posté le 27-10-2010 à 09:53:27  

Babewa-questiOnage-m00ua a écrit :

Je suis dans le même cas, et j'ai essayé d'arrêter pourtant, sans succès...

Mon cas n'est pas une généralité, mais ma fille n'est jamais malade

OUI voila maintenant j e fume ma cigarette par jour pas plus. en deux fois sans culpabiliser. d apres un bouquin d il y a 5 ans il vaut mieux fumer peut que de "péter un câble". Tant que ca reste a une c est raisonnable et faudrait vraiment pas de chance pour que ca fasse du tort a bb. Je suis heureuse que ton enfant soit en bonne santé

Posté le 27-10-2010 à 12:56:17  

Hello,

Ce que j'ai entendu par rapport à la cigarette et la grossesse, si tu fumais encore quand tu es tombée enceinte il ne faut pas arrêter en cours de grossesse car ça peut créer un état de manque chez le bébé aussi... il faut que tu t'en tiennes à 2-3 cigarettes par jour et tout devrait bien se passer 😊

Les éléments de l'observatoire ne nous permettent pas de déterminer si cette « barre des cinq cigarettes » n'est qu'une déformation des recommandations visant à faire réduire puis arrêter le tabac ou si elle est le résultat de recommandations effectivement données par les professionnels de la santé. Le résultat étant toutefois que certaines des fumeuses se contentent de fumer moins de cigarettes et, lorsqu'elles arrivent à deux ou trois ou à tirer quelques bouffées de la cigarette de leur conjoint par exemple, elles vont considérer leur comportement comme exemplaire. Or, lorsque la diminution du nombre de cigarettes est faite sans une perspective d'arrêt (l'arrêt en deux temps est possible, comme stratégie de sevrage, lorsqu'elle est préparée et suivie par un tabacologue), cette diminution est presque toujours compensée par une inhalation de la fumée plus importante (LAGRUE. 2011). Cependant le fait qu'elles abordent le sujet dans leurs échanges sur le forum montre qu'elles restent inquiètes et qu'à travers le forum, elles recherchent les voix d'autres femmes dans la même situation pour se rassurer.

LA CO-INCITATION IMPLICITE DES FORUMEUSES A FUMER

« J'ai besoin de soutien, aidez moi... » Beaucoup de femmes se rendent dans ces forums à la recherche d'empathie et de soutien, la plupart pour parler des difficultés à s'arrêter, de leurs sentiments de honte et de culpabilité. La seule lecture des messages sources d'un fil de discussion laisse voir des femmes à la recherche de motivations et d'encouragements. Pourtant, il est légitime de se demander jusqu'à quel point, en lisant des messages leur disant « ne t'inquiète pas mes enfants n'ont rien eu, je n'ai rien eu et ma mère fumait » ou encore « tu as déjà réduit c'est bien ; tu as du courage pour être arrivée à ce nombre de cigarettes par jour », la fumeuse n'est pas confirmée dans ses croyances tout en trouvant des arguments supplémentaires pour justifier son propre tabagisme.



« J aime déjà mon petit bout mais une gygy m a dit que le stress intense avait des effets plus nocifs qu'une cigarette. »

En outre, les femmes fumeuses participant aux forums viennent aussi avec le souhait de ne pas être jugées : la communauté virtuelle, composée de femmes dans la même situation, suppose l'idée sous-jacente d'une certaine unité, une capacité à comprendre ce que les autres ne peuvent pas comprendre car ils ne sont pas comme elles (femmes, enceintes ou en quête de l'être, et fumeuses). Cette identification doit les protéger des reproches des autres. L'aspect positif étant qu'en effet, dans certains fils de discussions, les femmes s'épaulent, se soutiennent dans leurs respectives démarches d'arrêt. Le problème survient (assez fréquemment) quand une non-fumeuse ou une ex-fumeuse rappelle les risques du tabac pendant la grossesse. Dans la plupart des cas, malgré toutes les précautions dans le choix des mots afin que leurs messages ne soient pas perçus comme porteurs d'un jugement individuel, les fumeuses se révoltent : « *tant mieux pour toi si tu ne fumes pas, des remarques comme ça on n'en a pas besoin, toi tu ne fumes pas c'est facile pour toi de parler* ». De fait, les non-fumeuses n'osent plus poster leurs messages et dans certains cas se retirent de la conversation. Ici le rejet est à comprendre en tant que mécanisme défensif, une réponse adaptative visant à préserver l'équilibre psychique.

En fait, d'une façon générale, les femmes portant des messages rappelant la réalité du risque sont écartées. Les messages qu'elles donnent sont pourtant très prudents, il est vraiment très rare de trouver des messages agressifs, mais lorsque cela arrive (trois messages seulement sur l'ensemble de messages répertoriés) ils sont sévères : « *tu es irresponsable...tu ne devrais pas avoir d'enfant...c'est un crime...* ».

Les non-fumeuses ou ex-fumeuses ne sont acceptées que quand elles donnent des messages de soutien direct. De façon paradoxale elles sont aussi admirées (notamment les ex-fumeuses). Dans ces forums, les femmes fumeuses ont développé un espace virtuel où seules sont admises les semblables, où sont éloignés les porteurs de messages pouvant mettre en cause leur vécu; des messages de nature à permettre aux unes et aux autres de s'entretenir dans leurs comportements.

LA CULPABILITE

Le principal levier psychologique des femmes dans ces forums demeure la croyance d'être une mauvaise mère, dans le sens où elles ne prendraient pas toutes les mesures possibles pour protéger leur bébé puisqu'elles continuent de fumer. Dans leurs messages, les femmes expriment très librement leur sentiment de culpabilité (faire un enfant ayant des futures complications, être en train de tuer à petit feu leur bébé..), sentiment qui nourrit leur peur.

Dans les représentations sociales, le tabagisme de la femme enceinte est perçu comme portant atteinte à l'idée même d'innocence et du renouvellement générationnel dont sont investis les nourrissons. Les femmes participant à ces forums partagent cette notion de pureté de l'enfant, pureté maculée par le tabagisme de la mère : « *il est innocent* », « *il n'a rien demandé lui* ». La culpabilité donne une lecture stéréotypée de la grossesse, les bonnes mères étant généreuses, soignées, prodigues et les mauvaises égoïstes, négligées, indifférentes.

Les femmes fumeuses participent de cette lecture sans nuance de la maternité et sont nombreuses à être en proie à une culpabilité exacerbée par le regard des autres. Devant leurs difficultés à arrêter, certaines cachent leur tabagisme à leur entourage mais aussi à la société. A la peur d'être de mauvaises mères se rajoute

la peur d'être vues en train de fumer et d'en être jugées. Les cas plus sensibles étant ceux des ces femmes qui partagent leur vie avec un non-fumeur, souvent plus intransigeant avec l'idée que la femme empoisonne leur enfant. Les femmes se trouvant dans ces situations décrivent dans les forums comment elles se retrouvent à fumer dans la voiture ou quand leur partenaire n'est pas avec elles.

Une troisième peur vient donc se greffer au sentiment de culpabilité, celui que leur mensonge puisse affecter leur relation de couple. Pour fermer le cercle vicieux, elles fument davantage afin de faire face à tous ces événements anxiogènes. Ces femmes se retrouvent seules face aux problèmes du tabac alors que l'un des vecteurs indispensables à l'arrêt est l'accompagnement.

LA PLACE DU CONJOINT ET DE LA FAMILLE

Le rôle du partenaire est signalé comme étant fondamental dans le succès ou l'échec de la démarche d'arrêt. Pour un bon nombre de fumeuses, le conjoint fumeur est un frein au sevrage : il n'offre pas le soutien, l'empathie nécessaire pour entretenir la motivation à l'arrêt, son tabagisme constitue une tentation pour la femme en processus de sevrage. Beaucoup d'entre elles admettent sur les forums craquer à la vue des cigarettes à la main de leur compagnon ou de leur mari. Si la femme a une motivation solide, le tabagisme de l'homme est vécu comme un affront, un élément discordant dans le couple. A la longue, pour ne pas fragiliser davantage le couple, les femmes dans ce cas de figure relâchent leur vigilance.

Lorsque la femme est non-fumeuse ou lorsqu'elle a arrêté de fumer, le tabagisme du conjoint soulève le problème du tabagisme passif, la plupart des messages montrant une certaine difficulté à gérer la consommation du tabac du conjoint ou de la famille qui fume dans l'environnement de la femme enceinte.

82% des femmes ayant participé à l'enquête en ligne affirment être exposées à la fumée de tabac, majoritairement à domicile (56%), mais aussi au travail (24,4%), dans certains lieux publics (47,6%) et même dans les transports en commun (4,8%). Ces données confirment des résultats d'autres études menées par DNF concernant le contournement progressif de l'interdiction de fumer en vigueur depuis 2007.

La thématique du tabagisme passif est donc logiquement abordée dans les forums par des mères se battant pour préserver l'environnement de leur futur bébé.

Par extension, la question qu'elles veulent résoudre est de savoir si lorsque le bébé sera né la maison comportera toujours des particules imprégnant certains objets bien que 70% des femmes interrogées affirment qu'il est interdit de fumer dans leur maison. Le tabagisme passif peut aussi cristalliser les points de discorde entre la mère et la belle-famille. La requête de la femme enceinte semble injustifiée puisque ces personnes fumaient dans la maison avant la grossesse. Fumeuses voulant arrêter, ex-fumeuses ou non fumeuses, ces femmes essayent juste de mettre fin au tabagisme et sont perçues comme « inventant des problèmes », ce qui démontre que le tabagisme passif n'est pas encore perçu comme étant responsable d'un certain nombre de pathologies et de complications pendant la grossesse.

Dans ces cas encore c'est toute la dynamique du couple qui est mise en jeu.



LES PRINCIPALES FAUSSES IDEES VEHICULEES DANS LES FORUMS

L'analyse des différents messages répertoriés dans la base permet de soulever un certain nombre de fausses idées concernant le tabagisme pendant la grossesse ; elles reviennent de manière assez régulière. Toutefois, il faut tout de même préciser que ces fausses idées ne sont pas partagées par l'ensemble de la communauté allant sur les forums : elles sont généralement exprimées dans un fil de discussions particulier, avec des échanges qui n'engagent parfois que deux ou trois personnes. Voici les principales fausses idées examinées :

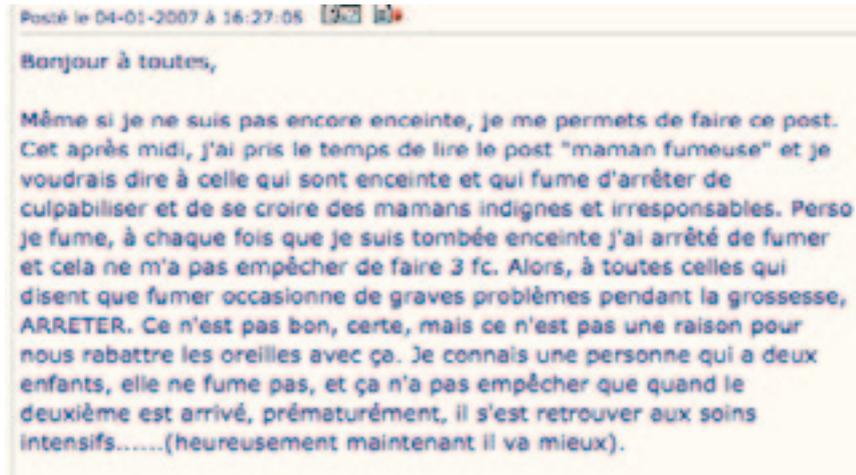
1. LE FAIT DE FUMER N'A AUCUNE INCIDENCE SUR LA FERTILITE

Les effets du tabagisme sur la fertilité semblent assez méconnus dans les échanges sur ces forums. Le forum comportant fondamentalement des avis fondés « sur le vécu », et non pas sur des données scientifiques, pour la plupart des femmes y participant, autant les fumeurs que les non-fumeurs peuvent avoir des enfants, et cela sans complications particulières. Il est vrai qu'en étant fumeuse on peut mettre du temps à tomber enceinte mais on peut aussi y arriver dès les premiers essais. La situation inverse est vraie aussi : le non-fumeur peut avoir des difficultés à procréer mais peut y arriver aussi dès les premiers essais. Dans ces conditions, la femme retient que ce n'est pas la variable « tabac » qui a une influence sur ses probabilités d'enfanter.

Pourtant, le tabagisme, qu'il soit actif ou passif, est associé de manière statistiquement significative à un retard à la conception indépendamment des facteurs tubaires d'infertilité (utérus - ovaies - trompes). Le tabagisme maternel est associé significativement à une diminution du recueil d'ovocytes et peut-être du taux d'implantation. Un des

Capture d'écran
d'une discussion
sur magicmaman

autres aspects des conséquences du tabagisme sur la fertilité est la précocité de l'âge de la ménopause (2 ans en moyenne). Ce phénomène est d'autant plus accentué que le nombre de cigarettes fumées et la durée du tabagisme sont importants (Conférence de consensus grossesse et tabac, 2004). D'autre part, dans ces forums, lorsque l'on parle de fertilité, cela concerne exclusivement la fertilité féminine, très peu de messages abordant le sujet de la fertilité masculine alors que le tabagisme du partenaire a également une incidence sur l'incapacité d'être enceinte ou de mener à terme une grossesse.



2. LE FAIT D'ETRE ENCEINTE SUFFIT A SE MOTIVER POUR NE PLUS FUMER

Nombreux sont les messages des femmes qui pensent que dès qu'elles seront enceintes elles pourront arrêter de fumer, en arguant qu'avant cela, elles n'ont pas suffisamment de motivation : « *si la cigogne voulait bien nous donner un bébé, on arrêterait de fumer!* ». Cette phrase tirée d'un post nous montre bien qu'elles ont l'idée que la grossesse peut suffire pour déclencher la motivation à l'arrêt.

Or, pour certaines, le tabagisme est un obstacle à la procréation et beaucoup de femmes éprouvent de sérieuses difficultés à arrêter de fumer alors qu'elles sont enceintes. Elles sont pour la plupart des fumeuses bien ancrées dans les conduites tabagiques (plusieurs années). Nombreuses sont celles qui suivent des traitements pour une procréation médicalement assistée ou celles qui viennent de faire une fausse couche et qui avancent l'idée de devoir attendre « que bébé soit là » pour arrêter. La fausse idée est fondée sur l'ignorance du caractère addictif du tabagisme, de ses effets sur le développement du fœtus et sur les possibilités de mener à terme la grossesse.

Cette idée permet aussi de visualiser le peu d'importance que donne la femme à sa propre santé, l'unique argument avancé pour justifier l'arrêt du tabac étant l'enfant. Le fait que dans ces forums participent aussi des ex-fumeuses et qu'en majorité ces dernières affirment avoir arrêté sans aide, entretient l'idée que la grossesse est un déclencheur naturel de la motivation pour s'arrêter et qu'il suffit d'être enceinte pour en finir avec le tabac.

Or la motivation ne dépend pas seulement de la « volonté » : d'autres facteurs sont à prendre en compte qui peuvent renforcer ou diminuer la motivation (le tabagisme du conjoint ou des amis proches, le fait d'avoir rechuté après une tentative d'arrêt, la consommation d'alcool et drogues, des troubles psychiques –anxiété, dépression) d'où l'intérêt d'évaluer la motivation avant de commencer toute tentative d'arrêt.

Posté le 01-12-2009 à 10:23:13

Je suis dans le meme cas que toi... je fume. c'est ma première grossesse et je fume, je fume et re-fume... je n'ai pas la volonté d'arrêter. La différence avec toi c'est que mon entourage ne me fait pas culpabiliser car depuis le début j'ai "imposé" cet état. Je ne mens pas à mon gynéco concernant ma consommation de cigarettes, je suis à 15 clopes par jour, avant je fumais plus d'un paquet. A la deuxième écho, je craignais que bébé soit trop petit ou mal vascularisé, finalement tout va très bien et tout est bien vascularisé, il était même plus gros que la moyenne. Quand on est fumeuses, on sait que c'est pas bien de fumer... alors évidemment on a pas besoin qu'on nous le rabache jour et nuit... Le gynéco m'avait demandé de réduire ma consommation à partir du 7ème mois... ben... c'est manqué lol ... alors après faut pas tomber dans la parano non plus, le tabac fait des bébé un peu plus petit (parfois!!!!!!). Avant les femmes fumaient, buvaient et vivaient normalement pendant leur grossesse et voilà quoi, faut arrêter de se formaliser de tout. On est quand même vachement bien suivies maintenant et passer son temps à culpabiliser et stresser c'est pas mieux que de fumer.

3. FUMER N'A PAS DE CONSEQUENCES SUR LA CROISSANCE ET LE DEVELOPPEMENT DU BEBE

Une fausse idée assez courante concerne l'absence de rapport entre le tabagisme et le faible poids du bébé. En effet, certaines femmes affirment dans leurs messages que le tabac n'a pas réellement d'influence sur le développement physique du fœtus. Si généralement elles s'accordent à dire que le tabac a des effets négatifs sur la santé du bébé, ces effets sont diffus, pas très précis et, en tout cas, elles affirment que parmi les effets négatifs, il n'a pas une taille ou un poids inférieur, comme le précise un des messages d'un forum « *le plus gros risque quand on fume ..., c'est que bébé soit dépendant à la nicotine, et qu'il ait des soucis respiratoires... [pour] le reste (petit poids, accouchement prématuré.) j'ai des doutes* ».

Pourtant, contrairement à ce qui est encore affirmé dans ces forums, fumer implique bien des effets négatifs sur la taille/poids du fœtus puis du nourrisson. Il est établi que le retard de croissance intra-utérin (RCIU), est de 5% en moyenne en France, tous âges gestationnels confondus, et il augmente chez les fumeuses (DELCROIX.1999). Déjà, dans les années 1990 des études réalisées sur plus de 11000 femmes enceintes montraient que l'incidence du RCIU était de 17,7 % si la femme enceinte fumait durant toute sa grossesse, de 15,4 % si elle fumait pendant les 2ème et 3ème trimestres et de 7,2 % quand elle fumait durant le 1er trimestre uniquement. Par comparaison il faut savoir que cette incidence est estimée à 8,5 % chez les non fumeuses (LIEBERMAN. 1994).

« *moi je fumais entre 5 et 10 cigarettes par jour voire plus et mon bébé faisait 3kg990 à la naissance, mais c'est sûr que le mieux est d'arrêter* ».

4. IL NE FAUT PAS ARRÊTER BRUSQUEMENT LA CIGARETTE QUAND ON EST ENCEINTE

Le tabac est perçu par les fumeuses sur ces forums comme anti stress. Dans cette conception, arrêter de fumer est vécu comme une source additionnelle de stress et ce d'autant plus que l'arrêt est trop rapide. L'idée sous-jacente dans tous les messages abordant cette idée est que le stress serait plus nocif pour le bébé et la suite de la grossesse que la cigarette. Lorsqu'elles développent cet avis, les fumeuses évoquent des propos attribués aux professionnels de santé qui les suivent; « *J aime déjà mon petit bout mais une gygy m a dit que le stress intense avait des effets plus nocifs qu'une cigarette.* » ou « *pour mon frère ma mère a arrêté de fumer. Le médecin lui a fortement conseillé de reprendre, le stress occasionné par l'arrêt de la cigarette était pire que la cigarette en soi ! Par contre il lui a fortement conseillé de ne pas dépasser 6 cigarettes par jour* », sont des messages qui véhiculent cette fausse idée de l'arrêt du tabac comme source de stress, idée renforcée par le fait qu'elle aurait été émise par un professionnel.

Des études montrent une corrélation entre le taux d'hormones de stress (le cortisol) présent dans le sang des mères et celui détecté dans le liquide amniotique. Les résultats ont montré que le fœtus réagit tôt (dès 17 semaines de grossesse, stade de la mesure dans le cadre de l'étude) aux angoisses de sa maman. Toutefois, les auteurs concluent que de nouvelles recherches restent néanmoins nécessaires pour mieux comprendre l'impact du stress sur le développement du bébé (BERMANG, 2010).

Cette fausse idée véhicule la peur de l'impact du stress sur l'enfant, impact pour l'instant faiblement prouvé, tout en permettant d'ignorer l'impact, celui-ci largement démontré, du tabac sur la santé et de la mère et de l'enfant. Pourtant, des stratégies pour diminuer le stress peuvent être mises en place lors d'une démarche d'arrêt ; des méthodes de relaxation – méditation pleine conscience, mais aussi la prise de suppléments en magnésium et en vitamine C (LAGRUE, MAUTRAIT, CORMIER, FRIH, & BOS, 2009) contribuent à diminuer les envies de fumer et le stress durant la tentative de sevrage.

Capture d'écran
d'une discussion
sur doctissimo.fr



5. FUMER QUAND ON EST ENCEINTE EST ACCEPTABLE DANS UNE CERTAINE QUANTITE (LA BARRE DES 5 CIGARETTES PAR JOUR).

Cette fausse idée est basée sur l'opinion commune dans les forums qu'avec une consommation de cigarettes inférieure ou égale à cinq, les substances toxiques et cancérogènes n'ont pas d'effet sur le fœtus. Cette idée est le corollaire de celle concernant les effets de stress dus à l'arrêt du tabac ; en somme, il suffirait de fumer un maximum de 5 cigarettes par jour pour éviter le stress de l'arrêt et les effets négatifs du tabac.

« Bonjour, moi j'ai fumé pendant mes 2 grossesses tout en diminuant à 3/5 par jour. J'ai mené mes 2 grossesses à terme et mes 2 p'tits bouts étaient de gros bébés. Ils sont en bonne santé mais je suis consciente que j'ai énormément de chance »

Ces messages veulent ignorer que même si la quantité de tabac consommée diminue, le fœtus reste quand même exposé aux risques induits par la consommation de tabac, d'autant plus que la diminution du nombre de cigarettes, sans un vrai objectif d'arrêt, peut avoir comme conséquence une consommation plus vigoureuse des quelques cigarettes autorisées.

6. LES PATCHS (TSN) SONT INTERDITS QUAND ON EST ENCEINTE

Beaucoup de femmes pensent ne pas avoir droit aux patchs quand elles sont enceintes. Dans ce cas, il est associé à l'idée que puisque le patch délivre de la nicotine il est dangereux pour le fœtus et qu'il pourrait même être la cause de malformations du bébé. Cette fausse idée apparait alors comme une manière de justifier l'échec ou l'abandon du sevrage.

Mon doc' m'avait dit qu'il ne fallait pas mettre de patch, qu'il valait mieux en fumer qq-unes... Sauf que qq-unes, je suis pas capable, c'est au moins 10...

Hier, je suis allée à la pharmacie, car je culpabilisais vraiment pour le bébé depuis des semaines, et j'ai acheté des patchs. On m'a confirmé qu'il valait mieux mettre un patch que de fumer autant, que 12/15, c'était vraiment trop...

Tous les substituts de nicotine apportent de la nicotine à l'organisme. Bien qu'en effet la nicotine délivrée par le TNS atteigne aussi le fœtus, le taux de nicotine présent dans le sang sous TSN est 2 à 3 fois moins élevé que lorsque l'on fume. Le TSN permet d'éviter le syndrome du sevrage tout en évitant la toxicité des autres composants de la fumée de cigarette, en particulier le CO. En 2003, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a considéré qu'il n'existait pas d'éléments permettant de constater une augmentation du risque de malformation lié à l'utilisation des TSN au cours du premier trimestre de la grossesse (AFSSAPS, 2003). Deux avertissements s'imposent si les TSN sous forme de

patch sont utilisés durant la grossesse : il ne faut jamais les laisser pendant la nuit (utilisation sur 16 h au lieu de 24) (LE HOUEZEC, 2005) et ne jamais les enlever si l'envie de fumer une cigarette est irrésistible (LAGRUE G. 2006).

7. FUMER DEHORS SUFFIT POUR EVITER LA CONTAMINATION DE LA FEMME ENCEINTE ET DU BEBE

Une idée globalement répandue dans tous les forums est qu'il suffirait de fumer dehors ou par la fenêtre pour éviter de contaminer l'environnement de la femme enceinte ou du bébé. Le tabagisme passif ne semble pas être très bien compris par la plupart des femmes qui ignorent le fait que les particules dans la fumée du tabac sont excessivement volatiles ; fumer par la fenêtre ou sur le balcon est une mesure totalement inefficace car les courants d'air entraînent la fumée vers l'intérieur. Cette fausse idée est aussi une façon de justifier le fait que, dans de nombreux cas, lorsque le partenaire est fumeur, il arrête rarement de fumer pendant la grossesse de la femme. Les femmes affirment donc que le conjoint sort pour fumer, pour expliquer qu'il fume encore, ce qui leur permet également d'argumenter sur leur difficulté à arrêter.



CONCLUSIONS

La plupart des femmes qui échangent sur ces forums ont une connaissance diffuse des raisons pour lesquelles le tabac est nocif pendant la grossesse. Fumer pendant ou avant la grossesse, est un comportement considéré comme dangereux mais sans qu'elles puissent préciser vraiment pourquoi. En général, l'analyse des échanges permet d'affirmer que les connaissances sur l'influence de leur tabagisme (ou de celui de leur partenaire) sur le développement du fœtus et sur la possibilité de procréer et d'amener à terme la grossesse sont très vagues, imprécises, et parfois fausses.

Dans les forums, l'expérience est très valorisée, au point d'être utilisée pour ignorer les informations apportées par les professionnels de la santé: pour ces mères, le poids de leur vécu ou le vécu des proches est plus valable que les données scientifiques. De ce fait, elles construisent des discours très contradictoires, tiraillées entre culpabilité et remords, et justifications bricolées.

DEVELOPPER DES OUTILS DE COMMUNICATION SPECIFIQUES POUR CES FEMMES

Dans la plupart des messages, les femmes font référence à leurs propres expériences ou à leur vécu et à celui de leur entourage, le message scientifique est déformé, voire regardé avec méfiance. Le contenu des campagnes de communication doit prendre en compte le phénomène d'identification, et valoriser le témoignage, la mise en avant des expériences d'autres femmes. Les chiffres concernant le tabagisme de la femme enceinte n'ont pas évolué depuis 10 ans. Une mobilisation massive des pouvoirs publics sur ce sujet est impérative. Au vu des résultats de l'observatoire, il est nécessaire aussi d'investir dans des

supports de communication innovateurs et de valoriser les supports dont le contenu est fiable; il est nécessaire d'amener les messages de prévention validés au sein des communautés virtuelles, voire d'envisager des chartes de bonnes pratiques avec les principaux médias.

La plupart des femmes sur ces forums affirment avoir arrêté de fumer sans aide ; les services et les programmes adressés aux femmes enceintes devraient être conçus en mettant l'accent sur la santé de la femme (complications de la grossesse liées au tabac mais aussi, bien-être, beauté, épanouissement personnel), autant que sur l'impératif de protection de l'enfant à naître. Donner de la valeur à la santé de la femme, permet aussi de multiplier la valeur que les femmes accordent à la santé de l'enfant ; la motivation à l'arrêt sera alors fondée sur un bilan personnel des avantages et désavantages du tabagisme et non pas simplement sur un sentiment de culpabilité fort, comme détonateur d'une intention d'arrêt, mais bien fragile sur le long terme.

Il est nécessaire aussi de promouvoir des actions de prévention du tabagisme chez les femmes avant qu'elles n'arrivent à leur première grossesse ; de nombreuses femmes consultent leur médecin lorsqu'elles envisagent une grossesse : il conviendrait d'informer la femme des bénéfices qu'apporte, pour elles, l'arrêt du tabac (obtenir une ovulation de bonne qualité, réduction des risques de fausse couche ou de grossesse extra-utérine) mais aussi chez leur partenaire. L'anonymat lié à l'utilisation de pseudos peut certainement expliquer une notable liberté de ton ; cet anonymat pourrait être proposé dans le cadre des consultations par téléphone ou Internet.

ENGAGER LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE DANS LE TRAITEMENT GLOBAL DU TABAGISME DE LA FEMME ENCEINTE

L'amélioration de la prise en charge du tabagisme de la femme enceinte passe par une meilleure formation des professionnels de la santé et par l'élargissement du temps de consultation spécifique au tabagisme pendant la grossesse. D'après la base CDTNet¹, en 2010, parmi les 24 212 personnes suivies dans un centre de consultation en tabacologie en France, 1 444 , soit 11.9%, étaient des femmes enceintes ; elles étaient 1091 en 2010 , soit 9.0% du total. Cependant, la plupart des maternités n'ont pas de consultations dédiées au traitement du tabagisme.

Les fausses idées véhiculées encore par certains professionnels minimisent les vrais risques, et fragilisent la motivation chez certaines femmes. Les recommandations de la Conférence de consensus « grossesse et tabac » devraient profiter d'une diffusion plus large auprès des professionnels de santé. L'une des recommandations était d'inclure un enseignement de tabacologie dans les cursus initiaux et de formation continue des professionnels de santé et d'éducation. Il existe une très mauvaise appréciation de l'ensemble du corps médical des questions de santé publique. Sans importer la spécialité, tous les professionnels de santé devraient suivre une formation au traitement des addictions, et aux risques induits par le tabagisme

¹ CDT Net Consultation de Dépendance Tabagique, est une base qui contient des informations sur la prise en charge du fumeur dans les consultations de tabacologie des hôpitaux de France : <https://cdtnet.spim.jussieu.fr/activite.action>

sur un certain nombre de maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, diabète, cancers).

De manière générale, une femme fumeuse enceinte devrait pouvoir recevoir un conseil minimal et des informations sur le tabagisme et les méthodes d'arrêt par tous les professionnels de santé qu'elle est amenée à consulter pendant sa grossesse : il ne faut négliger aucune occasion, ainsi par exemple il faudrait rendre obligatoire un bilan bucco-dentaire au début de la grossesse ; les dentistes peuvent donner des motivations supplémentaires lorsqu'ils pointent les effets du tabac sur les gencives.

PROPOSER UN ACCOMPAGNEMENT AU PARTENAIRE

Le rôle du partenaire est déterminant dans le succès ou l'échec de l'arrêt ; le soutien ou l'absence de soutien qu'il peut offrir à la femme pendant cette période est fondamental, la plupart des fumeuses avouant qu'il leur est très difficile d'arrêter (ou de ne pas recommencer le tabac) alors que leur mari continue de fumer. La grossesse peut être aussi pour le père l'occasion d'aborder son propre tabagisme. Des messages de prévention doivent lui être destinés tout particulièrement : il doit pouvoir savoir au minimum comment aider la femme dans sa tentative d'arrêt, connaître les effets du tabagisme passif sur la grossesse et sur le bébé. Il ne faut pas ignorer que certains hommes cherchent aussi des informations sur Internet concernant la grossesse et le tabac : en absence d'informations précises, ils vont rester sur de fausses idées, ou des contenus approximatifs quant aux risques et pour la femme et pour l'enfant.

VEILLER A PROTEGER FEMME ET ENFANT DU TABAGISME PASSIF

L'interdiction de fumer est un pilier fondamental de la dénormalisation du tabac ; protéger les personnes de la fumée du tabac contribue aussi à changer les attitudes face à ce qui est considéré comme un comportement banal. L'interdiction de fumer contribue aussi à conscientiser le public sur les effets du tabac sur la santé. Elle permet aussi à des fumeurs de mener une tentative d'arrêt sans être exposés au tabac. Renforcer l'application de l'interdiction de fumer, notamment dans les lieux publics et les lieux de travail est un impératif lorsque l'on cherche à extraire la femme enceinte de la dépendance et à protéger le futur enfant des risques liés au tabagisme passif (le médecin du travail devrait notamment être sensibilisé à la nécessité d'être encore plus attentif au respect de l'interdiction dans les postes de travail occupés par des femmes enceintes).

Mais la réflexion doit être élargie ; la contamination due au tabac en milieu domestique est constituée de composants gazeux ainsi que de particules de moins de 2,5 microns qui peuvent pénétrer dans les voies respiratoires les plus fines et engendrer l'apparition de réactions toxiques. Ces composants et particules se déposent sur les murs, meubles, sols et jouets de l'habitation et se retrouvent plusieurs jours ou mois après dans l'atmosphère. Une réflexion nationale devrait permettre d'aborder la question de la suppression de la pollution due au tabac dans tous les lieux fréquentés par des mineurs.

BIBLIOGRAPHIE

AFSSAPS. «Stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac - Recommandations de bonne pratique.» www.afssaps.fr. 2003. <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Strategies-therapeutiques-medicamenteuses-et-non-medicamenteuses-de-l-aide-a-l-arret-du-tabac-Recommandations-de-bonne-pratique> (accès le 15 mai 2011).

ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. «ALLAITEMENT MATERNEL :MISE EN OEUVRE ET POURSUITE DANS LES 6 PREMIERS MOIS DE VIE DE L'ENFANT.» Paris, 2002.
APPRI, ALLIANCE CONTRE LE TABAC, LIGUE CONTRE LE CANCER, RHST, ANAES. «Conférence de consensus grossesse et tabac.» Lille, 2004.

BECK F., GUIGNARD R., RICHARD JB., WILQUIN JL., PERRETI-WATEL P. Premiers résultats du baromètre santé 2010 : Evolutions récentes du tabagisme en France. 2010. <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Evolutions-recentes-tabagisme-barometre-sante2010.pdf> (accès le 15 mai, 2011).

BEN LAKHAR, C., LERMENIER,A., VAILLANT, N. «Estimation des achats transfrontaliers de cigarettes 2004-2007.» Tendances n°75 Mars, 2011.

BENOWITZ, L. « Pharmacology of Nicotine: Addiction and Therapeutics» Annual Review of Pharmacology and Toxicology vol. 36, 1996: 597-613.

BERMANG, K., GLOVER, V., SARKAR, P., ABBOTT, D., O'CONNOR, T. «In utero cortisol and testosterone exposure and fear reactivity in infancy.» *Hormones and Behavior*, Volume 57, Issue 3, March , 2010: 306-312 .

BOUSSIRON, D. «Tabac et grossesse: effets materno-foetaux propositions de dépistage et de prise en charge des femmes enceintes.» *Les actualités en psychiatrie* 21, 2004: 50-56.

BRAILLON A., ROBILLART. H., DELCROIX M.,GOMEZ C.,DELMAS-LANTA S.,DUBOIS G. « Les professionnels de maternité se mobilisent contre le tabagisme au cours de la grossesse. Evaluation du programme Picard.» *Journal de la Gynecologie Obstetrique* 38, 2009: 488-492.

BRAILLON A., DUBOIS G. «Mortalité maternelle et tabagisme.» *Journal de la société française d'anesthésie et réanimation* 28, 2009: 396-397.

BRAILLON. A, LANSAC. J, DELCROIX. M, GOMEZ . C, & DUBOIS. G. «Tabac et grossesse : la France toujours mauvaise élève ?» *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Fev.2010: 1-2.

CHENAIS, G. «Internet pour la femme enceinte?: analyse descriptif sur 1000 questionnaires des femmes enceintes internautes.» Université François Rabelais, Ecole régionale des sages femmes, Tours, 2007.

DECLERCQ, ER., SAKALA, C., CORRY, MP., APPELBAUM, S. «Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences: Conducted January-February 2006 for Childbirth Connection by Harris Interactive(R) in partnership with Lamaze International.» *J Perinat Educ.*, fall 16(4), 2007: 15-7.

DELCROIX M., LE HOUEZEC J., «Tabac et grossesse.» *La revue des addictions*, vol 3 n°1, 1999: 38-42.

DELCROIX, M. GOMEZ, C. DAUTZEMBERG, B. «Enquête CO-testeur maternités» www.ofta-asso.fr. 2011. http://www.ofta-asso.fr/index.php/component/docman/doc_details/104-enquete-co-testeur-maternites--michel-delcroix (accès le 15 avril 2011).

DELCROIX, M., GOMEZ, C. «GROSSESSE ET TABAC: ÉVALUATION OBJECTIVE DES EFFETS DU TABAGISME PAR LA MESURE DE MONOXYDE DE CARBONE EXPIRE.» *Appa*. 2009. http://www.appa.asso.fr/_adminsite/Repertoire/7/fckeditor/file/Revues/AirPur/Airpur_70_Delcroix.pdf (accès le 15 avril 2011).

DROBES, D. MUFANO, M., LEIGHT, F., SALADIN. M. «A family smoking index to capture genetic influence:in smoking: Rationale and two validation studies.» *Nicotine & Tobacco Research*, 2005: Volume 7, Number 1 , p. 41–46.

GODDING, V. ««Tabagisme maternel durant la grossesse : quel effets sur le fœtus «.» *La lettre du gynécologue* n°295, 2004: 8-9.

GRANGE, G.,BORGNE,A., OUAZANA,A.,L'HUILLIER ,JP., VALENSI, P ,PEIFFER,

- G., AUBIN, H-J., THOMAS, D., LEBARGY, F., EI HASNAOUI, A. «Prevalence of smoking cessation during pregnancy according to trimester.» *Gynecol Obstet Fertil* - Vol. 34, Issue 12, Dec., 2006: Pages 1126-30.
- HASLAM C., DRAPER ES., GOYDER E. «The pregnant smoker: a preliminary investigation of the social and psychological influences.» *Public Health Med*, 1997: 187-192.
- HILL C., DOYON F., MOUSSANIF A. «Évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006.» 272 p. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire InVS, 2009.
- Hospices civils de Lyon, InVS, INCa, FRANCIM. «Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France.» 2010.
- HOTHAM, E., ATKINSON E., ANDREW, G. «Focus groups with pregnant smokers: barriers to cessation, attitudes to nicotine patch use and perceptions of cessation counselling by care providers.» *Drug and Alcohol Review*- Vol .21 Jun., 2002: 163-168.
- INCa. «Cancer et tabac.» Collection fiches Repère, 2010.
- KARILA, L. Les addictions. Paris: Le Cavalier Bleu, 2008.
- LAGAN, B., SINCLAIR, M., KERNOHAN, W.G. «Pregnant women's use of the internet: a review of published and unpublished evidence.» *Evidence Based Midwifery* 4(1), 2006: 17-23.
- LAGRUE, G. *Arreter de fumer?* Odile Jacob, 2006.
- LAGRUE, G. « La Psychologie du Tabac » in ANDRE, C. *Guide de psychologie de la vie quotidienne* . Odile Jacob, 2008.
- LAGRUE, G. «Quelques aspect des la prise en charge au sevrage tabagique» Centre d'addictologie (Tabac-Cannabis), Hopital Albert Chenevier, 2011.
- LAGRUE, G., C. MAUTRAIT, S. CORMIER, L. FRIH, et E. BOS. «Intérêt de la vitamine C dans le sévrage Tabagique.» *Alcoologie et Addictologie*, 31(4), 2009: 340-341.
- LAGRUE, G., J. BOUCHEZ, et D. TOUZEAU. «Hyperactivité avec déficit de l'attention et dépendance tabagique chez l'adolescent et l'adulte jeune.» *Le courrier des addictions* N°3, 2006.
- LAGRUE, G., MAUREL, A. «Tabagisme et maladies vasculaires.» Dans *Enciclopedie médico chirurgicale*. Paris: Editions Scientifiques et médicales Elsevier SAS, 2003.
- LE HOUZEZEC, J. «Quelles sont les interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte ?» *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Vol 34, N° HS1, avril, 2005: 182-193.
- LE HOUZEZEC, J. «Role of nicotine pharmacokinetics in nicotine addiction and

nicotine replacement therapy: a review.» *Int J Tuberc Lung Dis* 2003, 2003: 7 : 811-819.

LEPAGE M., DUMAS L., RENAUD, L. « Lutter contre le tabac et promouvoir l'allaitement au Québec : un défi .» *Santé Publique* Vol. 17, 2005: p. 637-647.

LI. MD, CHENG. R, MA. JZ, SWAN. GE. «A meta-analysis of estimated genetic and environmental effects on smoking behavior in male and female adult twins. .» *Addiction.*, 2003: 23-31.

LIEBERMAN E, GRERY I, LANG JM, COHEN AP. «Low birth weight at term and the timing of fetal exposure to maternal smoking. .» *American Journal of public Health*, 84 (7) , 1994: 1127-1131.

LINARES SCOTT, T., HEILA, S., HIGGINS A, S., BADGER C, G., BERNSTEIN D, I. «Depressive symptoms predict smoking status among pregnant women.» *Addictive Behaviors*, 2009: Vol.34, 705-708.

MANELLA, JA., et BEAUCHAMP, GK. «Smoking and the flavor of breast milk.» *New England Journal of Medicine*; 339, 1998: 1559-1560.

MATT, G., et al., "Households contaminated by environmental tobacco smoke: sources of infant exposures". *Tobacco Control* 13 , 2004, 29-37.

NAFSTAD P., JAAKKOLA ,JJ., HAGEN, JA., BOTTEN, G., KONDERUD, J. «Breastfeeding, maternal smoking and lower respiratory tract infections.» *Eur Respir*, 1996: 2623-29.

OFDT. «Production/Offre du tabac.» *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*. novembre 2010. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/produits/tabac/offre-1.html> (accès le 13 avril 2011).

Partnership, Smoke Free. *Lifting the Smokescreen : 10 reasons for a smoke free Europe* . European Respiratory Society Brussels Office (ERSB), 2006.

PERRETI-WATEL. «Poverty as a smoking trap .» *International Journal of Drug Policy*, 2009: 230-236.

RICHARDUS, JH., GRAAFMANS, WC., VRLOOVE-VANORICK, SP., MACKENBACH. «Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit.» *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* Volume 110, Issue 2, Février, 2003: 97-105.

ROMANO, A. «A Changing Landscape: Implications of Pregnant Women's Internet Use for Childbirth Educators.» *J Perinat Educ*. Fall; 16(4), 2007: 18-24.

SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. *Rapport Européen Santé Périnatale . Projet EURO-PERISTAT* , 2008.

SIMMAT-DURAND, L. «Femmes et addictions dans la littérature internationale :

• sexe, genre et risques.» BEH, 2009: 86-89.

• TASSIN, J-P., LANTERI, C., HERNANDEZ VALLEJO, S., SALOMON, L., DOUCET ,
• E., GODEHEU, G., TORRENS, Y., HOUADES, V. «Inhibition of Monoamine Oxidases
• Desensitizes 5-HT1A Autoreceptors and Allows Nicotine to Induce a Neurochemical
• and Behavioral Sensitization.» Journal of Neuroscience, 2009.



5 passage Thiéré
75011 PARIS
Tel (00 33)1 42 77 06 56

www.dnf.asso.fr
contact@dnf.asso.fr