



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Facteurs de risque psychosociaux de l'intensité du tabagisme chez  
la femme enceinte**

Présentée et soutenue publiquement le 30 mai 2016 à 18h  
au Pôle Recherche  
**Par Emmanuelle Brunais**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Monsieur le Professeur Damien SUBTIL**

**Monsieur le Docteur Benjamin ROLLAND**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Benjamin ROLLAND**

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>2</b>
<b><u>PARTIE I</u> : AVANT-PROPOS.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Le tabagisme en France.....</b>	<b>5</b>
1.1. Définition.....	5
1.2. Epidémiologie du tabagisme en population générale.....	6
1.3. Epidémiologie du tabagisme chez la femme.....	7
1.4. Epidémiologie du tabagisme passif.....	9
1.5. Les facteurs de dépendance.....	10
1.6. La dépendance tabagique.....	11
1.7. Evaluation du tabagisme chez la femme enceinte.....	13
<b>2. Conséquences du tabagisme sur la grossesse, l'accouchement, le post-partum et à long terme sur la mère et l'enfant.....</b>	<b>14</b>
2.1. Conséquences obstétricales du tabagisme pendant la grossesse.....	14
2.1.1. Physiologie.....	14
2.1.2. Grossesses extra-utérines.....	16
2.1.3. Hématome rétro-placentaire.....	16
2.1.4. Placenta bas-insérés.....	17
2.1.5. Rupture prématurée des membranes.....	17
2.1.6. Prématurité.....	17
2.1.7. Retard de croissance intra-utérin.....	18
2.1.8. Mort fœtal in utéro.....	19
2.1.9. Développement cérébral.....	20
2.1.10. Malformations.....	20
2.1.11. Bien-être fœtal.....	20
2.1.12. Conséquences du tabagisme sur le déroulement de l'accouchement.....	21
2.2. Conséquences du tabagisme dans le post-partum et à long terme.....	21
2.2.1. Mort subite du nourrisson.....	22
2.2.2. Troubles anxio-dépressifs.....	23
2.2.3. Troubles respiratoires.....	23
2.2.4. Dépendance tabagique.....	24
2.2.5. Retentissement vasculaire.....	25
2.2.6. Risque de cancer.....	25
2.2.7. Retentissement métabolique.....	26

2.2.8. Troubles cognitifs.....	26
2.2.9. Schizophrénie.....	27
2.2.10. Retentissement ORL.....	28
2.2.11. Sex-ratio.....	28

### **3. Les facteurs de risque psychosociaux.....28**

3.1. Qu'est-ce qu'un facteur de risque ?.....	28
3.2. Evaluation psychosociale.....	30
3.3. Implications en périnatalité.....	31

## **PARTIE II : MATERIEL ET METHODE.....33**

### **1. Objectif.....34**

### **2. Méthode.....34**

#### 2.2. Recueil de données.....35

#### 2.3. Instrument.....35

##### 2.3.1. Evaluation sociale.....37

##### 2.3.2. Evaluation addictologique.....38

##### 2.3.3. Evaluation psychologique.....40

### **3. Analyses statistiques.....41**

### **4. Aspects éthiques.....42**

## **PARTIE III : RESULTATS.....43**

### **1. Description statistique de l'échantillon.....44**

### **2. Scores addictologiques.....46**

### **3. Résultats en analyse univariée.....46**

### **4. Résultats en analyse multivariée.....47**

## **PARTIE IV : DISCUSSION.....49**

### **1. Caractéristiques socio-démographiques.....50**

<b>2. Etudes comparables.....</b>	<b>51</b>
2.1. Avec la même méthodologie.....	51
2.2. Avec une autre méthodologie.....	52
<b>3. Intérêts spécifiques de l'étude.....</b>	<b>53</b>
3.1. Score HSI et âge jeune.....	54
3.2. Score HSI et caractéristiques sociales.....	56
3.2.1. Score HSI et aide médicale gratuite.....	56
3.2.2. Score HSI et fait de ne pas vivre en couple.....	60
3.3. Score HSI et expérimentation du cannabis.....	61
3.4. Score HSI et antécédent de violence physique et psychique.....	63
<b>4. Rôle des soignants chez la femme enceinte fumeuse.....</b>	<b>65</b>
<b>5. Politique de prévention : intérêt des mesures gouvernementales.....</b>	<b>67</b>
5.1. Lutte contre le tabagisme chez la femme enceinte.....	67
5.2. Repérer les situations de vulnérabilité chez la femme enceinte.....	68
<b>6. Limites méthodologiques.....</b>	<b>70</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>72</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>73</b>



# RESUME

**Introduction** : Le tabagisme chez la femme enceinte est responsable de complications néfastes sur la santé de la mère et de l'enfant, avec le plus souvent un effet dose-dépendant. Le score HSI évalue l'intensité de la consommation tabagique, y compris chez la femme enceinte et est un bon prédicteur de la rechute précoce après une première tentative d'arrêt de la consommation(16). Dans la population générale le score HSI est fortement associé avec un bas niveau socio-économique et l'usage de substances psychoactives. Cependant les facteurs de risque associés au score HSI pendant la grossesse n'ont jamais été étudiés.

**Méthode** : 1310 femmes enceintes consultant dans le cadre d'une visite prénatale ont été recrutées à la maternité Jeanne de Flandre de Lille pour répondre à un questionnaire de dépistage des situations de vulnérabilité psychosociales. Un modèle de régression linéaire a été utilisé pour évaluer l'association entre le score HSI et les différents facteurs de risques psychosociaux.

**Résultats** : 895 femmes ont remplis le questionnaire (soit 68,3%). Le modèle de régression linéaire en analyse multivariée ( $R^2=0,22$  ;  $p<0,0001$ ) a montré une association significative entre le score HSI et le fait de ne pas vivre en couple ( $\beta=0,19$  ; IC95% [0,09-0,48] ;  $p=0,005$ ), de recevoir une aide médicale gratuite ( $\beta=0,19$  ; IC95% [0,03-0,23] ;  $p=0,02$ ), d'avoir déjà subi des violences physiques ou psychiques ( $\beta=0,23$  ; IC95% [0,01-0,45] ;  $p=0,037$ ) et d'avoir déjà consommé du cannabis ( $\beta=0,59$  ; IC95% [0,38-0,80] ;  $p<0,0001$ ).

**Discussion** : Les femmes enceintes avec une consommation importante de tabac devrait bénéficier systématiquement d'une évaluation psychosociale afin d'améliorer leur prise en charge

# INTRODUCTION

En raison des transformations physiques et psychiques, la grossesse représente une période de vulnérabilité médicale, psychologique et sociale. Les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale influencent considérablement l'état de santé de la mère et de l'enfant ainsi que leur avenir.

La consommation de tabac est un problème majeur de santé publique, notamment chez la femme en âge de procréer. En période périnatale, s'ajoutent aux complications somatiques et psychiques, une morbidité et une mortalité materno-foetales accrues. Un des enjeux majeurs est un repérage et une prise en charge précoce du tabagisme maternel puisque la grossesse est une période de remaniements psychologiques où le processus d'engagement vers un changement est plus aisé.

La dernière enquête périnatale de 2010 a mis en évidence qu'entre 2003 et 2010, malgré les progrès accomplis dans l'aide à l'arrêt du tabac dans les maternités françaises, le taux de femmes fumeuses à l'accouchement n'est passé que de 20,8 % à 17,1 %. À l'évidence, un effort d'optimisation du sevrage tabagique des femmes enceintes fumeuses s'impose. L'identification de facteurs pronostiques de l'arrêt du tabagisme gravidique est primordiale dans la prise en charge des femmes fumeuses, afin de cibler les interventions d'aide à l'arrêt.

Des études épidémiologiques récentes ont montré que les programmes d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte devrait prendre davantage en considération les caractéristiques psychosociales afin d'être plus performant. Il est donc important de déterminer quels facteurs psychosociaux sont plus particulièrement associés à un fort tabagisme chez la femme enceinte afin d'améliorer leur dépistage et leur prise en charge.

Dans notre étude prospective, nous évaluerons l'association entre le fort tabagisme maternel pendant la grossesse avec les facteurs de risque psychosociaux et l'usage de substances psychoactives. Notre hypothèse est l'existence d'un lien entre les caractéristiques psychosociales et l'intensité du tabagisme chez la femme enceinte.

**PARTIE I :**

**AVANT PROPOS**

# 1. LE TABAGISME EN FRANCE

## 1.1. Définition

Le tabac est un produit psychoactif manufacturé obtenu à partir de feuilles séchées de plantes de tabac commun (*Nicotiana Tabacum*), une espèce originaire d'Amérique Centrale, appartenant au genre botanique *Nicotiana*. Depuis son introduction en Europe, après la découverte de l'Amérique, les modalités d'usage du tabac ont beaucoup évoluées. Il a d'abord été consommé à l'état brut, par mastication, la chique, et par inhalation nasale, la prise. Puis il a été fumé sous forme de pipe et de cigare. A l'heure actuelle il est surtout consommé sous forme de cigarettes industrielles ou roulées et de cigarillos. Hors le tabac fumé est considérablement plus dangereux, car sa combustion aboutit à la formation de nombreux produits toxiques(1).

Le tabagisme est défini par l'intoxication aiguë ou chronique provoquée par l'usage de tabac. On distingue 2 types de tabagisme. Le tabagisme « actif » représente la consommation de tabac volontaire du fumeur. Le tabagisme « passif » désigne l'inhalation involontaire de fumée de tabac provenant directement de la cigarette ou venant de la fumée rejetée par le consommateur.

## 1.2. Epidémiologie du tabagisme en population générale

La France compte 13 millions de fumeurs. Le tabac demeure la première cause de mortalité évitable en France. Il s'agit d'une épidémie durable et silencieuse, pourtant responsable de plus d'un décès sur huit en France. 73 000 décès par an sont liés au tabac

(44 000 morts par cancer, 18 000 par maladies cardiovasculaires, 8 000 par maladies de l'appareil respiratoire, 3 000 par maladies infectieuses). Ces décès représentent 22% de la mortalité masculine et 5% de la mortalité féminine. Le tabac génère près de vingt fois la mortalité routière. Cela équivaut au crash quotidien d'un avion de ligne de 200 places.

Alors qu'auparavant la part des fumeurs diminuait en France, elle a augmenté entre 2005 et 2010. Ainsi, chez les personnes de 15 à 75 ans, la proportion de fumeurs quotidiens est passée de 27% à 29,1% entre 2005 et 2010. Chez les adolescents de 17 ans, elle est passée de 28,9% en 2008 à 31,5% en 2011. Ces constats alarmants ont conduit à l'élaboration d'un premier programme national de réduction du tabagisme. Le résultat visé est une réduction du nombre de fumeurs quotidiens d'au moins 10% entre 2014 et 2019, soit passer de 29,1% de fumeurs quotidiens à moins de 26,2%(2).

Entre 18 et 34 ans, près d'une personne sur deux fume. La prévalence tabagique atteint un maximum de 48% chez les 20-25 ans(3). Les fumeurs réguliers adultes (26-75 ans) consomment en moyenne 15 cigarettes par jour et près de la moitié présentent des signes de dépendance tabagique. Ainsi le tabac demeure un fléau

inégalé de santé publique qui tue un fumeur régulier sur deux et fait perdre 20 à 25 ans d'espérance de vie. C'est la première cause de mortalité évitable en France, loin devant l'alcool et les drogues illicites. Il est directement responsable d'un certain nombre de pathologies respiratoires (cancers du poumon, des bronches et de la trachée, broncho-pneumopathies chroniques obstructives) et de cancers des voies aérodigestives supérieures, et favorise, entre autres, les maladies cardio-vasculaires et les complications lors de la grossesse(4). La lutte contre le tabac représente un enjeu majeur dans la politique de santé publique de ce pays.

### **1.3. Epidémiologie du tabagisme chez la femme**

Après une période d'augmentation entre les années 1960-2000, le tabagisme féminin est en décroissance. En effet 32% des femmes fumaient en 1984-86 et 25% en 2002-03 tous âges confondus. Cependant, sa prévalence chez les jeunes femmes entre 18 à 24 ans est importante (46% en 2002-03). Les femmes s'arrêtent le plus souvent de fumer dès la tranche d'âge de 25-34 ans(5). La France demeure le pays d'Europe où la proportion de femmes enceintes fumeuses est la plus élevée(6). Ce constat alarmant est mis en lumière par le tout dernier Baromètre santé de l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation en santé) qui analyse les chiffres 2014 du tabagisme et du vapotage(5).

Une étude transversale française réalisée en 2003 a retrouvé 37% des femmes en âge de procréer fumeuses avant le début de leur grossesse, 17% au premier

trimestre de la grossesse, 15% au deuxième et 14% au troisième. Dans cette enquête, 63% des femmes fumeuses avaient donc arrêté leur tabagisme du fait de la grossesse, dont 85% au tout début, 10% au deuxième trimestre et 5% au troisième. Deux ans après l'accouchement, le taux de tabagisme des mères était revenu à 20,5%. Le taux d'arrêt du tabagisme était plus élevé chez les femmes ayant un score bas au test de Fagerström, qui mesure la dépendance nicotinique. Lors de cette même enquête, 29% des femmes ont dit n'avoir reçu aucune information sur l'influence néfaste du tabac, 70% ont été aidées à l'arrêt du tabac par leur entourage, 20% par les professionnels de santé et 3,5% ont reçu un traitement substitutif nicotinique (TSN). Ces résultats ne sont pas extrapolables à l'ensemble de la population puisqu'ils sont biaisés par le faible taux de réponse à l'enquête et qu'ils proviennent de catégories socio-professionnelles spécifiques. Cependant, ils soulignent l'utilité d'améliorer l'information des femmes enceintes et de sensibiliser à l'arrêt du tabac les professionnels de santé qui les prennent en charge. Les résultats de cette enquête ne sont cependant pas extrapolables à l'ensemble de la population car ils sont biaisés par le faible taux de réponse à l'enquête et ont été obtenus dans des catégories socioprofessionnelles spécifiques(7).

La grossesse ne constitue qu'une source relativement faible de motivation à l'arrêt du tabac. Une grande proportion de femmes ayant arrêté leur consommation pendant la grossesse reprend dans le post-partum immédiat.

## **1.4. Epidémiologie du tabagisme passif**

Les études menées par l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation en santé) montraient un taux de fumeurs de 33% dans la population générale française en 2002-03. Ceux-ci sont susceptibles de côtoyer des femmes en âge de procréer. Le tabagisme passif réel appliqué aux femmes enceintes ne peut cependant pas être mesuré du fait de l'absence d'études spécifiques sur ce sujet. Le fait pour une femme enceinte d'arrêter de fumer est indépendant du risque d'exposition au tabagisme des autres, en particulier du compagnon. En effet, la proportion de père fumeur actif est importante. On estime qu'ils sont plus de 45% fumeurs au moment de l'accouchement de leur compagne. Ceci relève en partie d'une méconnaissance des méfaits du tabagisme passif par beaucoup de parents(8). De plus, les femmes qui arrêtent de fumer avant et après leur grossesse ont des partenaires plus souvent non fumeurs que celles qui poursuivent leur tabagisme. Le tabagisme du compagnon influence le résultat de la tentative d'arrêt de la femme, celle-ci présentant plus de difficultés à arrêter dans ce cas.

Ainsi sur 700000 à 800000 enfants nés par an en France, environ la moitié d'entre eux a été, est ou sera exposée aux effets nocifs du tabac, qu'il soit actif ou passif(7). Hors cette exposition n'est pas sans conséquence sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum pour la mère et l'enfant.

## 1.5. Les facteurs de dépendance tabagique

Le tabagisme résulte de la rencontre entre une substance psychoactive, le tabac, et un individu prédisposé évoluant dans un environnement socioculturel favorable. Cette rencontre a lieu dans la grande majorité des cas à l'adolescence. L'installation de la dépendance est d'autant plus rapide que l'initiation au tabac est précoce. Cependant, si plus de 80% des jeunes de 18 ans ont expérimenté le tabac, tous ne deviendront pas des fumeurs dépendants(9).

L'effet psychoactif du tabac réside principalement dans la présence de nicotine. En effet cette dernière se fixe sur les récepteurs cholinergiques nicotiques de haute affinité et favorise la libération, au niveau du système nerveux central, de dopamine, de sérotonine et de noradrénaline. La dopamine contribue fortement à la sensation de plaisir et au renforcement positif du comportement. La noradrénaline joue un rôle stimulant sur l'éveil et les performances. Elle agit, avec la sérotonine, sur la régulation de l'humeur, de l'anxiété, de l'appétit. Ces effets peuvent être modulés par les systèmes GABAergiques et glutamatergiques. Le nombre et la sensibilité de ces récepteurs sont génétiquement déterminés mais dépendent surtout de l'exposition à la nicotine, principalement lorsqu'elle est délivrée sous forme de shoot(9).

Une sensibilité initiale élevée aux effets psychotropes de la nicotine, associée à une forte capacité à développer une tolérance aux effets aversifs permettent de ressentir davantage les effets positifs de la nicotine. La répétition du comportement, favorisée par l'environnement, peut conduire à un véritable apprentissage, avec une augmentation progressive de la fréquence et de la quantité des consommations avec une évolution souvent vers la dépendance. En revanche, si malgré une forte

sensibilité aux effets psychotropes le degré de tolérance est faible ou absent, cela se traduit par une perception importante des effets aversifs, n'incitant pas à poursuivre le comportement tabagique. Enfin si le sujet est peu sensible aux effets psychoactifs de la nicotine, il deviendra, selon le contexte environnemental et circonstanciel, un petit fumeur ou un non-fumeur(9). Par ailleurs, d'autres substances présentes dans la fumée de tabac peuvent être elle mêmes addictives ou potentialiser les effets de la nicotine(10).

## **1.6. Définition de la dépendance tabagique**

La dépendance au tabac s'installe assez rapidement si l'on prend une définition large de la dépendance qui traduit une difficulté à arrêter la consommation. Le DSM-IV-R (11) propose des critères communs à toutes les substances pour la dépendance. Cette dernière correspond à un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque pendant au moins 12 mois:

- substance prise en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu
- incapacité à diminuer ou contrôler la consommation malgré un désir persistant d'arrêter
- apparition d'un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation ou consommation d'autres substances pour éviter un syndrome de sevrage

- existence d'une tolérance aux effets de la substance : à dose constante, l'effet de la substance diminue, ou besoin de doses plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant
- beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à se remettre de ses effets
- réduction ou abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs au profit de l'utilisation de la substance
- persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes psychiques ou physiques évidentes

Ces différents items correspondent parfaitement au tabagisme. Toutefois la nicotine occupe une place particulière puisque le diagnostic d'abus, qui repose sur la survenue de conséquences sociales, professionnelles, judiciaires et d'intoxication n'existe pas pour cette substance.

Le DSM-V combine en un seul diagnostic de trouble d'utilisation de substance les diagnostics d'abus et de dépendance à une substance du DSM-IV-R(12). Les critères de trouble d'utilisation de substance sont presque identiques à ceux d'abus et de dépendance du DSM-IV-R. Le critère de problèmes légaux récurrents pour l'abus de substances a été retiré. Le critère de craving (besoin impérieux d'utiliser la substance) a été ajouté. Le seuil pour le diagnostic de trouble d'utilisation d'une substance du DSM-V est fixé à deux critères ou plus (comparativement à un critère ou plus pour celui d'abus de substance et trois ou plus pour celui de dépendance du DSM-IV).

En revanche la CIM-10(13) propose une définition spécifique de la dépendance au tabac. Elle peut être posée en présence simultanée de trois (ou plus) des manifestations suivantes, pendant un mois continu :

- forte envie / désir impérieux de consommer du tabac
- perte de contrôle sur la consommation, tentatives infructueuses et souhait permanent de réduire ou contrôler sa consommation
- symptômes physiques de sevrage lors de la réduction ou de l'arrêt de la consommation
- développement d'une tolérance
- abandon des centres d'intérêt ou de divertissements en faveur de la consommation de tabac
- maintien de la consommation malgré les conséquences néfastes

### **1.7. Evaluation du tabagisme chez la femme enceinte**

Comme chez tout patient fumeur, l'évaluation de la femme enceinte fumeuse se fait par un interrogatoire et un examen clinique complet. Afin d'améliorer le dépistage rapide, il existe des tests évaluant la dépendance tabagique. Le plus connu est le test de Fagerström. Il s'agit d'un autoquestionnaire proposant des seuils limites qui permettent de différencier les fumeurs selon l'intensité de leur dépendance pharmacologique. Il vise à préciser le degré de dépendance en tenant compte du

comportement tabagique habituel. Il se propose d'identifier les fumeurs susceptibles de tirer le plus grand bénéfice d'un traitement nicotinique(9).

Le score HSI (Heaviness of Smoking Index ou Index de fort tabagisme) est un autoquestionnaire comprenant les deux items les plus importants du test de Fagerström : « Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne » et « Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? ». Il est validé pour évaluer l'intensité de la consommation tabagique(14), y compris chez la femme enceinte(15). Le score HSI est également un bon prédicteur de la rechute précoce après une première tentative d'arrêt de la consommation(16).

## **2. CONSEQUENCES DU TABAGISME MATERNEL SUR LA GROSSESSE, LE POST-PARTUM ET L'ENFANT A VENIR**

### **2.1. Conséquences du tabagisme sur le déroulement de la grossesse**

#### **2.1.1. Physiologie**

La fumée de cigarette est constituée de plus de 4000 substances chimiques néfastes dont la nicotine, le monoxyde de carbone (CO), les hydrocarbures polyaromatiques et les métaux lourds, dont le cadmium, susceptibles d'être néfastes pour le

développement du fœtus et le déroulement de la grossesse et de l'accouchement(17).

La tabagisme maternel retentit sur le bien être fœtus par différents mécanismes. L'hypoxie chronique fœtale est un facteur déterminant d'altération du bien être fœtal. Elle résulte de l'intrication de différents facteurs : l'oxycarbonisme maternel, l'effet vasoconstricteur utéroplacentaire induit par les pics de nicotine et/ou les substances oxydantes de la fumée de cigarette, le retentissement cardiovasculaire fœtal de la nicotine et les anomalies placentaires(17).

Le CO a une affinité 200 fois supérieure à celle de l'oxygène pour l'hémoglobine (Hb). La fixation du CO sur Hb constitue la carboxyhémoglobine (HbCO). Le taux moyen d'HbCO chez une femme enceinte fumant en moyenne 20 cigarettes par jour est de 5 à 8 %. C'est la mesure de la HbCO dans l'air expiré, méthode simple et efficace, qui permet la quantification objective de l'oxycarbonisme maternel. En effet pour le même nombre de cigarettes fumées par jour l'HbCO peut être variable en fonction des modalités de consommation différentes. En particulier chez les femmes réduisant leur consommation pendant la grossesse l'inhalation peut être plus profonde pour compenser le manque de nicotine et ainsi, bien que le nombre de cigarette soit moindre, le taux d'HbCO peut rester identique(17). L'hypoxie fœtale est directement liée à l'oxycarbonisme maternel et à la nicotémie foeto-maternelle. La nicotine a en effet des effets vasoconstricteurs sur la circulation foeto-maternelle (artères utérines et placentaires) et sur la circulation fœtale. La concentration de nicotine dans le liquide amniotique et la nicotémie fœtale sont majorées de 15% comparativement aux taux maternel(18).

### **2.1.2. Grossesses extra-utérines**

Le tabagisme gestationnel augmente le risque de grossesse extra-utérine(19). C'est le second facteur de risque derrière les infections génitales et les chirurgies tubaires. L'association est très forte avec une relation causale et de type dose-effet. Le mécanisme d'action peut être hormonal et/ou une toxicité directe de la nicotine sur la motilité tubaire. Il a par ailleurs été observé que la GEU était plus souvent proximale chez les fumeuses que chez les non fumeuses. Il semble que le rôle du tabac soit en partie transitoire puisque l'arrêt ramène le risque de GEU à un niveau intermédiaire entre les fumeuses et les femmes n'ayant jamais fumé, mais ce point mériterait d'être confirmé. Le pourcentage de GEU attribuable au tabagisme au moment de la grossesse est de l'ordre de 30 %.(20) D'autre part le tabagisme passif semble également avoir un impact sur le risque de GEU. En effet on retrouve une augmentation de la fréquence des grossesses extra-utérines chez les femmes ayant un conjoint fumeur (OR = 1.73, CI [1.05-2.85], P = 0.02)(21).

### **2.1.3. Hématome rétro-placentaire**

Un lien entre tabagisme et hématome rétro-placentaire est aujourd'hui bien établi(22). En effet 25% des HRP seraient dus au tabac(7). Le caractère dose-dépendant est retrouvé dans la plupart des études. L'effet semble exister au-dessus de 10 cigarettes par jour. L'arrêt du tabagisme avant ou en tout début de grossesse semble supprimer le risque. Le tabagisme passif, en particulier le tabagisme paternel est un facteur de risque également établi(23). Le fait que les deux parents fument multiplie le risque par cinq. Cette corrélation s'explique par l'effet vasoconstricteur

des produits contenus dans le tabac, dont la nicotine et l'augmentation de la fragilité capillaire(7).

#### **2.1.4. Placentas bas insérés**

Le risque de placenta bas inséré est multiplié par 2 en cas de tabagisme maternel. Une relation dose effet a été montrée dans une étude(7).

#### **2.1.5. Rupture prématurée des membranes**

De plus on constate une association entre tabagisme maternel au cours de la grossesse et rupture prématurée des membranes. L'amplitude des associations varie selon les études, entre 1,3 et 3,3(24). Une relation dose-effet n'a pas été mise en évidence(7). Le mécanisme évoqué passe par une stimulation de la prostaglandine E2 à l'origine des contractions utérines et par l'augmentation des vaginoses bactériennes chez les femmes fumeuses(7).

#### **2.1.6. Prématurité**

D'autre part le tabagisme de la femme enceinte est un facteur de risque de prématurité, indépendamment des autres facteurs de risque. L'enquête EPIPAGE réalisée en 1997 dans les régions Nord-Est retrouve un risque significatif lié au tabac en analyse multivariée, prenant en compte les facteurs de confusion socio-économique (ORa=2,1, (IC 95 % [1,6-2,8])(25). Le risque de grande prématurité (<32

SA) était plus grand que le risque de petite prématurité et le risque de prématurité spontanée plus importante que le risque de prématurité provoquée(26). Une relation dose-effet est retrouvée dans certaines études(7). Cette prématurité est en grande partie induite par la survenue plus fréquente d'accidents obstétricaux (HRP, placenta bas inséré, rupture prématurée des membranes). La part de prématurité liée à l'HTA maternelle semble moins fréquente chez les femmes fumeuses(7). Un arrêt du tabac avant la conception ou au cours du 1<sup>er</sup> trimestre diminue le risque pour la grossesse en cours et les grossesses ultérieures(7).

#### **2.1.7. Retard de croissance intra-utérin**

Une revue de la littérature évaluant réalisée par A. Gaudineau en 2013 évaluant la prévalence, les facteurs de risque et la morbi-mortalité des troubles de la croissance foetale retrouve un risque augmenté d'un facteur 2 à 3 du tabagisme gestationnel sur le retard de croissance intra-utérin (RCIU)(27)(28). Le déficit pondéral est en moyenne de 100 grammes pour 5 cigarettes par jour, de 150 à 200 grammes pour 6 à 20 cigarettes par jour et de 400g voire plus pour 20 cigarettes par jours(17). Il s'agit d'un RCIU harmonieux portant davantage sur la masse musculaire(7). L'incidence du RCIU est de 17,7% si la femme fume pendant toute la grossesse, contre 10% dans la population générale. Cette incidence diminue d'autant plus que l'arrêt du tabac est précoce au cours de la grossesse, notamment au troisième trimestre de gestation. La fréquence et l'intensité du RCIU s'aggravent en fonction du nombre de cigarettes fumées(28). Les femmes ayant un partenaire fumeur sont également plus à risque d'avoir un enfant présentant un RCIU(28). Les effets délétères du tabac

s'observe en effet dès que de faibles quantités de CO sont retrouvées dans l'air expiré (6 à 10 ppm)(7). Le mécanisme physiopathologique du RCIU dans le cadre d'un tabagisme maternel semble résulter d'une hypoxie chronique, d'une vasoconstriction utérine et ombilicale, de la toxicité du cadmium et de la sous alimentation de la femme enceinte fumeuse(7).

### **2.1.8. Mort fœtale in utéro**

De plus le tabagisme chez la femme enceinte est associé à une augmentation de mort fœtale in utéro (MFIU)(29). En début de grossesse la méta-analyse de Flenady et al. retrouve un risque relatif de 1,36 (IC 95% [1,27-1,46])(30). Smith, dans une étude rétrospective, retrouve un lien encore plus fort entre tabagisme maternel et MFIU avec un RR de 2,48(IC 95 % [1,98–3,11])(31). Deux études montrent une relation dose-effet du tabagisme maternel sur le risque de MFIU. Elles ont évalué le risque de mort fœtale dans une population fumant moins de 10 cigarettes par jour et dans une autre fumant plus de 10 cigarettes par jour. Le risque passe de 1,2 (IC 95 % [1,0–1,4]) à 1,8 (IC 95 % [1,5–2,2]) dans une étude de registre de Cnattingius et Lambe(32), et de 1,22 (IC 95 % [1,0–1,5]) à 1,62 (IC 95 % [1,3–2,0]) dans l'étude d'Ahlenius portant sur 94 270 grossesses de Singleton. La prévalence du tabagisme actif variant de 10 à 16 % dans les pays développés, le risque attribuable serait de 4 à 7 % des MFIU(29). Ce serait la stimulation des récepteurs cérébraux à la nicotine impliqués dans le contrôle de la respiration et du sommeil et l'existence d'une cardiomyopathie qui expliqueraient l'augmentation du risque de MFIU(7).

### **2.1.9. Développement cérébral**

Par ailleurs on retrouve des anomalies du développement cérébral chez les bébés nés de mères fumeuse avec une diminution significative du périmètre crânien(33). En plus des effets de l'hypoxie, la nicotine agit sur des neurotransmetteurs spécifiques dans le cerveau fœtal causant des anomalies de la prolifération cellulaire et de la différenciation des neurones(34).

### **2.1.10. Malformations**

Le tabac n'a pas d'effet tératogène important puisqu'il n'augmente la fréquence globale des malformations, qui est de 2 à 3 %. Cependant le tabagisme augmente la survenue de certaines malformations spécifiques au stade de l'organogénèse, avec un risque situé entre 1,2 et 2. Il s'agit de cardiopathie congénitale, de fente labio-palatine, d'hypoplasie du nerf optique et de malformation des membres(35).

### **2.1.11. Bien-être fœtal**

D'autre part le tabagisme maternel retentit sur le bien être fœtal global pendant la grossesse. En effet il est responsable d'une hypoxie chronique et d'un retentissement cardiovasculaire en réponse immédiate à l'inhalation maternelle de fumée de cigarette. On retrouve également un retentissement respiratoire avec une accélération des mouvements respiratoires fœtaux suite à l'inhalation de fumée de

cigarette, un retentissement sur la croissance pulmonaire, une hyperréactivité bronchique et une augmentation de la perméabilité cellulaire aux antigènes avec une augmentation du taux d'IgE dans le sang de cordon. L'exposition chronique au tabac entraîne également une diminution globale des mouvements fœtaux(7).

## **2.2. Conséquences du tabagisme sur l'accouchement**

On ne retrouve pas de modification significative du nombre de césarienne en cas de tabagisme maternel pendant la grossesse. En revanche les études retrouvent une fréquence plus élevée **d'hémorragies de la délivrance** et de **délivrances artificielles**. La consommation de tabac chez la mère ne semble pas non plus avoir d'influence sur la survenue de liquide méconial. Il s'accompagnerait même d'une diminution du taux d'inhalation de liquide méconial, probablement par une diminution des mouvements respiratoires fœtaux. D'autre part le tabagisme maternel n'influence pas le score d'Apgar(7).

Par ailleurs la majorité des nouveau-nés ayant été exposés à de fortes doses de nicotine pendant la grossesse vont présenter un **syndrome de sevrage** a minima, pouvant passer inaperçu à la naissance. Les symptômes sont une irritabilité, des pleurs, un nouveau-né inconsolable, des troubles du sommeil, des troubles digestifs(36). Ce syndrome peut être à l'origine de **difficultés relationnelles mère-enfant à la naissance**.

## **2.3. Conséquences du tabagisme dans le post-partum et à long terme**

### **2.3.1. Mort subite du nourrisson**

A moyen terme les études épidémiologiques ont montré que le tabac pendant la grossesse et le tabagisme passif de l'enfant après la naissance multiplient par deux à trois le risque de mort subite du nourrisson (MSN), indépendamment du poids de naissance(37), avec une relation dose-effet démontrée(17). Ce risque est majoré (environ 17 fois plus) en cas de partage du lit parental (co-sleeping) indépendamment des conditions socio-économiques. Le rôle des coaddictions n'est pas clairement établi(38). L'arrêt du tabac chez la femme enceinte ou qui vient d'accoucher permettrait de diminuer le taux actuel de MSN de 10 à 30%. Chez la femme enceinte, l'arrêt du tabac au premier trimestre de grossesse permet de retrouver un risque de MSN comparable à celui des non-fumeurs. L'allaitement maternel aurait un impact faible sur la diminution des risques de MSN en cas de tabagisme(7). Sur le plan physiopathologique l'hypothèse évoquée est celle d'une triple risque : la MSN est susceptible de survenir chez un enfant prédisposé (mère fumeuse) , pendant une période d'instabilité du risque homéostatique, lors d'une exposition à des facteurs déclenchants (conditions de couchage défavorables, infections ORL)(7). La toxicité de la nicotine sur les centres cérébraux respiratoires pourrait être aggravée par des épisodes d'apnée obstructive ou par un épisode d'hyperthermie(7).

La généralisation des campagnes d'information sur la position dorsale pendant le sommeil au début des années 90 a été en quelques mois suivie d'une réduction de plus de 50 % de l'incidence des morts subites du nourrisson (MSN) et d'une diminution de l'âge moyen de survenue(37). Le tabagisme maternel pendant la grossesse n'a pas été réduit et semble dorénavant le ou l'un des principaux facteurs de risque de décès au berceau(39)(40). L'arrêt du tabagisme maternel dans le 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse permettrait de retrouver un risque de MSM comparable à celui des non-fumeuses(7).

### **2.3.2. Troubles anxio-dépressifs**

D'autre part, comme dans la population générale, la fréquence des troubles anxiodépressifs chez la femme enceinte fumeuse est plus élevée que chez les non-fumeuses avec un OR=2,3 (IC 95 % : 1,4–3,7)(41). En revanche la motivation à l'arrêt semble peu influencer par la présence d'une symptomatologie dépressive(42).

### **2.3.3. Troubles respiratoires**

Des études ont montré que le tabagisme pendant la grossesse était lié à la survenue de troubles respiratoires (infections, asthme) chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent. La nicotine traverse la barrière placentaire et agit sur les récepteurs nicotiques présents au niveau de la plupart des cellules du poumon foetal.

L'exposition in utero au tabagisme maternel entraîne une augmentation des volumes alvéolaires et du calibre des voies aériennes observée dès les premiers jours de vie(43). Lux et al. se sont intéressés à la survenue d'épisodes de sibilants chez des enfant de 18 à 30 mois. Ils on retrouvé une augmentation du risque de sibilances chez les enfants nés de mère ayant fumé pendant leur grossesse (RR 1,47 ; IC 95% [1,29-1,67]), indépendamment d'un tabagisme passif post-natal, avec une relation dose-effet à l'âge de 6 mois(44). D'autres études se sont intéressées à la fonction respiratoire des enfants exposés in utero au tabagisme maternel. Toutes ont mis en évidence une diminution de la fonction respiratoire(43). Hanrahan et al. ont montré que la Vmax CRF (débit maximum au niveau de la capacité résiduelle fonctionnelle) était diminuée dans les 6 premières semaines de vie chez les nourrissons exposés au tabagisme pendant la grossesse et confirmée à 18 mois de vie par une diminution des débits aériens(45). Ces données sont confirmées à l'adolescence : les adolescentes de 14ans ayant été exposées in utero au tabac (si la mère consommait plus de 20 cigarettes/j) et exposées 6 mois après la naissance au tabac ont un risque multiplié par 2 de présenter de l'asthme(46).

#### **2.3.4. Dépendance tabagique**

Des études suggèrent qu'il existerait un score de dépendance à la nicotine plus élevé chez les enfants de mère fumeuses et des corrélations significatives entre l'exposition in utero au tabac et la consommation de tabac à l'adolescence(47). Néanmoins, une étude réalisée par Cornelius et al. (48) montre qu'avec la prise en compte dans l'analyse statistique des facteurs environnementaux (consommation par

les proches de tabac, syndrome dépressif chez l'adolescent ou troubles anxieux chez la mère), la relation entre la consommation de tabac à l'adolescence et l'exposition in utero devient non significative. Ce résultat a été confirmée par O'Callaghan et al.(49).

### **2.3.5. Retentissement vasculaire**

Peu d'études se sont intéressées au retentissement vasculaire chez l'enfant du tabagisme gestationnel. Il a été retrouvé une fréquence cardiaque et une tension artérielle augmentées, probablement en raison de la toxicité du CO et aux autres composants du tabac (cadmium et nickel)(7).

### **2.3.6. Risque de cancers**

Par ailleurs les résultats des études évaluant le lien entre tabagisme maternel et paternel et la survenue de cancers sont contradictoires. Trois méta-analyses ont été réalisées. L'une retrouve un association significative mais faible et les deux autres ne trouvent une association qu'avec le tabagisme paternel(7).

### **2.3.7. Retentissement métabolique**

Alors que le tabagisme gestationnel est associé à un faible poids de naissance, il apparaît une corrélation entre surpoids chez l'enfant d'âge scolaire et tabagisme maternel. Une étude réalisée par Wang et al. a en effet retrouvé une augmentation significative du nombre d'enfants présentant un BMI supérieur au 85<sup>ème</sup> percentile chez les enfants d'âge scolaire exposés au tabac in utero (OR = 1.39, 95% CI: 1.01, 1.94) (50).

### **2.3.8. Troubles cognitifs**

Les résultats des études évaluant le développement cognitif de l'enfant sont contradictoires. Dans la plupart des études, l'exposition prénatale au tabac a été associée, chez l'enfant d'âge préscolaire ou scolaire, avec des déficits légers pour les indicateurs généraux de capacités intellectuelles. Dans les études les plus récentes, cette différence persiste mais devient parfois non significative après ajustement sur les facteurs de confusion(51), tandis que dans d'autres cas elle reste significative(52). Les différences de QI observées sont faibles, de l'ordre de cinq points de QI. Cependant cette différence n'est pas négligeable puisqu'elle entraîne un décalage global de la courbe QI chez les enfants exposés au tabagisme maternel(53).

D'autre part une étude réalisée par Cornelius et al. a retrouvé des troubles de l'apprentissage verbal, des troubles de la mémoires, une diminution de la

coordination oculomotrice, des difficultés dans la résolution de problèmes chez l'enfant de 10 ans dont la mère a fumé pendant la grossesse et a poursuivi après l'accouchement(54). Des troubles de l'attention avec impulsivité sont également retrouvés entre 4 et 11 ans(55) (étude longitudinale de Titzpatrick) mais le lien de causalité entre THADA et exposition au tabagisme in utero n'est pas prouvé(56)(57).

### **2.3.9. Schizophrénie**

Sur le plan psychiatrique des études retrouvent une relation entre schizophrénie et exposition au tabagisme in utero. Stathopoulou et al. rapportent une augmentation du risque de développer une schizophrénie chez les patients de 14 à 30 ans ayant été exposés in utero au tabagisme maternel avec des symptômes négatifs plus sévères(58). L'étude menée par Zammit et al. montre également une relation entre symptômes psychotiques chez l'enfant de 12ans et consommation de tabac par la mère durant la grossesse. Cependant les résultats des études sont discordants puisqu'une étude récente rapporte que la consommation de tabac par la mère au cours de la grossesse (évaluée de manière rétrospective) n'augmenterait pas le risque d'apparition ultérieure d'une schizophrénie à l'adolescence chez le sujet exposé(59). Un lien existerait également entre exposition in utero au tabac et symptômes anxiodépressifs et/ou troubles du comportement chez l'enfant de 10 ans(60).

### **2.3.10. Retentissement ORL**

Au niveau ORL une majoration des pathologies de l'oreille moyenne a été rapportée avec une relation dosé-effet, indépendamment du tabagisme passif post natal(7).

### **2.3.11. Sex-ratio**

Une étude japonaise regroupant plus de 11000 enfants note un sex ratio différent du standard en cas de tabagisme parental périconceptionnel(7).

## **3. LES FACTEURS DE RISQUE PSYCHOSOCIAUX**

### **3.1. Qu'est ce qu'un facteur de risque ?**

Le mot « facteur » vient du latin « factor » qui désigne celui qui est chargé d'un négoce pour le compte d'un autre. Il est défini par le dictionnaire Larousse comme un « agent ou élément qui concourt à un résultat ». Le risque est quant à lui défini par le dictionnaire Larousse comme un « la possibilité, la probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme un dommage, un mal ». « La possibilité » ou « probabilité » sous entend que le risque est connu au préalable. En ce sens il se

distingue de l'aléa ou de l'incident qui surviennent de manière imprévue. Il se aussi distingue du danger par la gravité du fait qu'il engendre. En effet si le danger suppose la probabilité d'un événement grave, le risque sous entend la survenue d'un événement nuisible.

La notion de facteur de risque a été introduite par l'épidémiologie. Elle est complexe et concerne plusieurs domaines, dont les domaines médicaux, psychologiques et sociaux. Dans le domaine de la santé, l'OMS propose la définition suivante : le facteur de risque concerne « **tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme** ». A ses débuts la notion de facteur de risque a été utilisée dans le domaine de la santé dans le cadre de maladies transmissibles, afin d'en retrouver les causes biologique et environnementales favorisantes. Peu à peu les études se sont intéressées également aux maladies chroniques non transmissibles. Ainsi le modèle s'est élargi à la recherche non plus d'une cause mais d'une probabilité.

Il existe différents facteurs de risque. Ce peut être une condition physiologique (sexe, âge), une pathologie (diabète, hypertension artérielle), une habitude de vie (alimentation), un environnement, etc. Lorsque qu'il s'agit de facteurs de risque sociaux, le lien causal peut être plus difficile à établir en raison de la nature des variables considérées, difficile à évaluer.

### **3.2. Evaluation psychosociale**

Du fait de la difficulté à évaluer les risques psychosociaux, des échelles d'évaluation ont été créées. En 1998 a été développé un score validé de vulnérabilité sociale appelé EPICES (acronyme pour « Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examens de santé ») par les centres d'examens de santé (CES), le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF) et l'École de santé publique de Nancy. Il est composé de 11 questions binaires prenant en compte le caractère pluridimensionnel de la précarité. Il est utilisé dans les CES depuis 2002(61). Une étude française publiée en 2011 a validée l'utilisation de cette échelle en période périnatale(62). Ce score prend en compte l'emploi, le niveau d'étude, la catégorie socio-professionnelle, le logement, la composition familiale, les liens sociaux, les difficultés financières, les événements et la santé perçue.

Les risques psychosociaux sont importants à évaluer car leur accumulation peut conduire à des situations de précarité, définie par l'Etat français par « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même

dans un avenir prévisible ». Au sein de la précarité on distingue plusieurs types. La précarité relationnelle est un état d'instabilité des relations, entre individus, au sein de la société, qui peut se traduire par un appauvrissement des interactions sociales, voire conduire à l'isolement social. La précarité affective est quant à elle définie par l'état dans lequel une personne se sent dépourvue de la possibilité de recevoir ou de donner des affects. Elle peut être générée par de la précarité sociale, par différentes formes de maladies psychiques ou même physiques. Elle est souvent liée à un isolement social bien qu'elle puisse aussi survenir chez des personnes très bien insérées. La précarité peut se décliner également au niveau des conditions de vie, qui peuvent ne pas être acceptables. Avoir un fort risque d'habiter un logement insalubre, un logement temporaire inadapté, voire aucun logement sont des exemples de précarité de condition de vie.

La précarité a un impact global sur l'individu, qui peut se traduire par une dégradation des conditions de travail, des difficultés à développer une vie sociale, une dégradation de l'état de santé physique ou psychique. Elle n'est pas un déterminant de la santé en tant que telle, mais un lien existe bel et bien entre santé et précarité dont l'accès au soin est un élément primordial.

### **3.3. Implications en périnatalité**

En périnatalité, les dernières enquêtes nationales ont mis en avant des disparités sociales interférant directement au niveau du suivi de la grossesse(63). Le plan Périnatalité de 2005(64) souligne la nécessité de prendre en compte ces aspects

« non médicaux » de la grossesse. En effet des suivis médiocres ou inexistantes des grossesses, sont particulièrement associés à la précarité et la pauvreté, et responsables d'une plus grande fréquence des pathologies périnatales. Un certain nombre de femmes en situation de précarité, seules, avec un faible niveau scolaire, sans revenu autre que celui des aides publiques, n'ont pas accès à un suivi de leur grossesse conformément aux normes prévues par la législation. Cependant, repérer les femmes en situation de précarité pendant la grossesse est difficile puisque l'on constate que de nombreux dossiers obstétricaux sont souvent pauvres sur ce sujet, prenant souvent en compte uniquement des critères socio-administratifs. L'évaluation est donc laissée à l'appréciation du professionnel de santé recevant la patiente ou le couple. Outre les enjeux médicaux, l'insécurité, ainsi que la non-reconnaissance des qualités et du rôle propre à la mère et au père peuvent non seulement compromettre les relations avec l'enfant, mais encore les relations mêmes au sein du couple. Pour l'enfant comme pour la fratrie, une grande part de leur avenir se joue durant cette période cruciale. Il existe donc des enjeux médicaux dans la mesure où ces perturbations peuvent retentir fortement sur la santé physique et mentale de la mère, de l'enfant et de la famille. Notre étude tend à rechercher parmi ces facteurs sociaux, ceux qui semblent le plus en lien avec une consommation importante de tabac pendant la grossesse, afin de permettre d'améliorer la prise en charge globale de la femme enceinte.

**PARTIE II :**  
**MATERIEL ET METHODE**

## **1. OBJECTIFS**

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'association entre l'intensité du score HSI chez la femme enceinte et les principales caractéristiques psychosociales.

## **2. METHODE**

Toutes les femmes enceintes suivies pendant la période allouée à notre étude à la maternité Jeanne de Flandre de Lille, dans région Nord-Pas-de-Calais en France, ont été recrutées.

Lors de leur présentation à l'hôtesse d'accueil un auto-questionnaire de dépistage des facteurs de risques psychosociaux était remis aux femmes enceintes. Il leur était demandé de le remettre au professionnel de santé les recevant en consultation après l'avoir rempli en salle d'attente.

L'ensemble des patientes à qui a été remis ce questionnaire pendant la période allouée à l'étude ont été incluses, soit 1310 femmes.

Etant donné le caractère descriptif et anonyme de l'étude ainsi que l'utilisation de questionnaires et de test de dépistage fréquemment utilisés en pratique clinique, un accord CPP n'a pas été nécessaire.

L'étude s'est déroulée sur une période de trois mois, du 03 mai 2015 au 05 aout 2015.

## **2.1. Recueil de données**

Les auto-questionnaires, remplis ou non, ont été récupérés chaque semaine à la maternité Jeanne de Flandre par trois opérateurs, Mathilde GOEB, Anne-Sophie BERCET et Emmanuelle BRUNAIS, toutes les trois internes en psychiatrie.

## **2.2. Instrument**

Un auto-questionnaire de dépistage des risques psychosociaux a été construit, en coopération avec l'équipe de la maternité Jeanne de Flandre, par les Professeurs Universitaires Renaud JARDRI, Damien SUBTIL, le Maître de Conférence des Universités Benjamin ROLLAND, le Docteur Yamina HAMMOU et les internes en psychiatrie Anne-Sophie BERCET, Mathilde GOEB et Emmanuelle BRUNAIS.

En 2006 les services d'obstétrique des maternités Jeanne de Flandre de Lille (niveau III) et de Roubaix (niveau IIB) ont d'ores et déjà élaboré un outil commun de dépistage des situations de vulnérabilités psychosociales par autoquestionnaire(65). Ce dernier a été mis en service au sein des maternités en 2009. Cet instrument a été créé dans le but d'ouvrir la discussion sur des sujets de vulnérabilité. Une étude publiée en 2014 confirme l'intérêt d'un tel outil pour les professionnels et les patientes. En effet il octroie aux professionnels une aide au dépistage des situations de vulnérabilité et permet une meilleure orientation des patientes vers un suivi adapté et un renforcement des liens entre professionnels (différents acteurs, ville-hôpital). Pour les patientes il facilite l'accès à un entretien prénatal précoce et permet une identification précoce du risque. Il représente une main tendue dès le début de grossesse. Ainsi il participe à l'optimisation de la prise en charge de la grossesse et permet la mise en place de plans d'action et de mesures de sauvegarde.

Afin de rendre cet outil plus performant, notamment dans le dépistage des risques sociaux et addictologiques, des modifications de ce questionnaire ont été apportées à la demande de l'équipe de la maternité Jeanne de Flandre.

Un de nos objectifs était de construire un questionnaire court, fait de questions fermées, afin de permettre un remplissage simple et rapide en salle d'attente. Ce questionnaire comprend plusieurs parties : la première s'intéresse aux conditions psychosociales (questions 1 à 9), la deuxième interroge les consommations de toxiques (questions 10 à 17) et la troisième a pour but de dépister un épisode dépressif majeur (questions 18 à 21).

### 2.2.1. Evaluation sociale

Le score de vulnérabilité sociale appelé EPICES, composé de 11 questions binaires, prend en compte le caractère pluridimensionnel de la précarité et est validé en France en période périnatale(62).

Nous avons choisi d'intégrer les 6 questions du questionnaire EPICES qui nous paraissaient les plus pertinentes (questions 2,3,4,6,7,8) : 2) « Avez vous un logement stable ? », 3) « Vivez-vous en couple ? », 4) « En cas de difficultés (matérielle, psychologique, logement) y-a-t-il des personnes sur qui vous pouvez compter ? », 6) « Avez-vous dans le mois des périodes où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, médicaments, loyers, factures etc. ?) », 7) « Bénéficiez vous d'une de ces aides : CMU (Couverture Médicale Universelle), CMU-c (CMU Complémentaire) ou AME (Aide Médicale d'Etat) ? », 8) « Rencontrez-vous un travailleur social ? ». Nous retrouvons la question 4 également dans le questionnaire d'évaluation du soutien social SSQ6 (Social Support Questionnaire).

De plus le questionnaire rend compte de l'âge de la patiente ainsi que du nombre de grossesse et d'enfants antérieurs 1) « Avant cette grossesse vous avez été \_\_\_ fois enceintes et vous avez \_\_\_enfants. ».

L'isolement social étant reconnu comme un facteur de vulnérabilité important pendant la grossesse (citation), nous avons choisi d'ajouter une question spécifique 5) « Après l'accouchement, serez-vous seule pour vous occuper du bébé ? »

## 2.2.2. Evaluation addictologique

### Tabac

Nous avons utilisé l'Index de fort tabagisme (HSI). Il s'agit d'un autoquestionnaire comprenant les deux items les plus importants du test de Fagerström, évaluant la dépendance tabagique : 14) « Combien de cigarettes par jour fumez-vous en moyenne ? » et 15) « Le matin, combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? ». Son résultat s'étend de 0 à 6 en fonction de l'intensité du tabagisme. Un score égal à 0 ne signifie pas absence de tabagisme mais est associée à une consommation faible ou nulle. Le score HSI est validé pour évaluer l'intensité de la consommation tabagique(14), y compris chez la femme enceinte(15). Il est également un bon prédicteur de la rechute précoce après une première tentative d'arrêt de la consommation(16).

### Alcool

Pour évaluer la consommation d'alcool, nous avons utilisé les quatre questions du test de dépistage T-ACE (Tolérance, Annoyed, Cut Down, Eye Opener) dans sa version francophone canadienne. Il est court et facilement accepté par les patientes. Un score supérieur ou égal à deux est considéré comme positif avec une sensibilité de 70-76% et une spécificité de 70-92% pour une consommation à risque(66). Depuis 1994 son utilisation est recommandée auprès de tous les acteurs de surveillance de la grossesse par l'American College of Obstetricians and Gynecologists et par le Royal College of Obstetricians and Gynecologists depuis

1999(67). Une étude française a utilisé ce test en langue française chez des femmes enceintes avec de bons résultats en termes d'acceptabilité et de dépistage(68). Il comprend les questions suivantes : 10) « Avez-vous déjà eu l'impression que vous deviez réduire votre consommation d'alcool ? », 11) « Devez-vous consommer plus de deux verres d'alcool pour sentir son effet ? », 12) « Les gens vous ont-ils déjà agacé en critiquant votre consommation d'alcool ? », 13) « Vous est-il déjà arrivé de prendre un verre en vous levant pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une gueule de bois ? ». Il est coté de 0 à 5 points.

### Autres toxiques

Concernant la consommation de toxiques, les auto-questionnaires disponibles sont des questionnaires d'évaluation de la dépendance et de l'importance de la consommation. Ils sont donc destinés à des consommateurs avérés. De ce fait nous avons choisi d'utiliser deux questions permettant un dépistage rapide comme dans l'autoquestionnaire de l'étude de Fline et al. qui avait permis de mieux dépister les antécédents ou les consommations actuelles de toxiques par rapport aux dossiers (9,8% versus 4,9%). De fait nous avons retenu les questions 16) « Avez-vous déjà consommé l'une de ces substances (cannabis, ecstasy, amphétamines, crack, LSD, cocaïne, héroïne)? » et 17) « Avez-vous déjà consommé l'une de ces substances au cours du dernier mois ? ». Contrairement au questionnaire de Fline et al nous avons fait préciser le type de toxique par le biais de cases à cocher, plutôt que par précision manuscrite, car cette méthode nous semblait plus lisible et plus rapide pour la patiente, évitant ainsi un éventuel défaut d'information.

### **2.2.3. Evaluation psychologique**

#### Antécédents de violence physique ou psychique

Nous avons choisi de maintenir la question concernant les violences physiques et psychiques existant d'ores et déjà dans le questionnaire de 2008 : 9) « Dans votre vie, avez-vous déjà été victime de violences psychologiques ou physiques ? ». En effet 9,4% de patientes avaient lors de cette étude révélé un antécédent de violence à l'autoquestionnaire alors que cet événement n'était que très rarement rapporté dans le dossier médical(69). Ce chiffre est en accord avec les conclusions de l'Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France qui estimait la fréquence de survenue des violences conjugales de 10% en France, avec une fréquence de survenue de 4% dans les 12 mois qui suivent la naissance(70). De plus, certaines études révèlent que les femmes enceintes ont plus de risques d'être victimes de violence conjugale et que les femmes déjà victimes de violence subissent des niveaux plus élevés de violence quand elles sont enceintes(71). Si les violences subies pendant la grossesse peuvent avoir un impact sur la santé physique et psychique maternofoetales(71), les violences passées conjugales ou non peuvent être source de difficultés psychiques. L'autoquestionnaire ne se substitue pas à la consultation mais représente un moyen supplémentaire de dépister ces situations à risque et de les prendre en charge le plus précocement possible.

## Dépression

L'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) est une échelle validée dans le dépistage de troubles dépressifs pendant la grossesse. Sa version complète comprend 10 questions. Pour dépister les symptômes dépressifs de manière rapide, nous avons repris les 4 items de l'EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale) reconnus les plus pertinents pour dépister les symptômes dépressifs(72).

### **3. ANALYSES STATISTIQUES**

Les variables qualitatives sont reportées en nombre de sujets et pourcentage (n, %). Les variables quantitatives sont reportées en moyenne +/- déviation standard (m +/- SD), médiane et intervalle interquartile (med (IQR)) dans le cas de distribution non normale.

Les analyses univariées ont été conduites en utilisant les tests du  $\chi^2$  (chi2) ou le test exact de Fisher pour les comparaisons et le calcul des ratios (proportion) et le coefficient de corrélation de Spearman ( $\rho$ ) pour les associations entre deux variables quantitatives.

Un modèle de régression linéaire multivarié a été conduit avec le score HSI comme variable dépendante. Les variables explicatives choisies étaient celles pour qui on retrouvait une association en analyse univariée avec le score HSI avec  $p < 0,2$ . Les analyses statistiques étaient conduites avec le logiciel XLSTAT (<http://xlstat.com/en/>). Le seuil de signification était fixé à  $p = 0,05$  pour tous les tests.

## **4. ASPECTS ETHIQUES**

La procédure de collecte et d'anonymisation des données a été soumise et approuvée par le comité d'éthique *had hoc* (Accord CNIL#DEC2015-61). Les participantes de l'étude ont donné leur consentement pour la collecte et l'étude scientifique des données.

**PARTIE III :**  
**RESULTATS**

## 1. DESCRIPTION STATISTIQUE DE L'ÉCHANTILLON

Sur 1310 questionnaires remis, 895 femmes l'ont complété, ce qui représente 68,3% de participation. La moyenne d'âge des femmes est de 30,1 ans (5,2 SD). Le nombre moyen de grossesses antérieures était de 1,6 (1,5 SD) dans notre échantillon et le nombre moyen d'enfants avant la grossesse de 0,86 (1,1 SD). Le score total HSI était en moyenne de 0,27 (0,9SD). Le score T-ACE total était en moyenne de 0,005 (0,25SD). 819 femmes soit 98,8% de notre échantillon avaient un logement stable (propriété ou location). 885 (89,3%) femmes vivaient avec un partenaire. 880 femmes (90,3%) avaient un entourage soutenant. 104 femmes (11,8%) avaient des difficultés financières. 177 femmes (20,2%) bénéficiaient de la Couverture Médicale Universelle (CMU). 53 femmes (6%) rencontraient un travailleur social. 67 femmes (7,6%) avaient déjà été victimes de violences conjugales. 81 femmes (9,2%) avaient déjà consommé du cannabis, 7 femmes (0,8%) avaient déjà consommé des psychostimulants, 11 femmes (1,2%) de la cocaïne et 1 femme (0,1%) de l'héroïne. Les caractéristiques de l'échantillon sont reportées dans le tableau 1.

Variable (n of answers)	n(%)	m (SD)	med [FQ-TQ]	Range
Age in years (n=895)		30,1 (5,2)	30 [27-34]	17-46
n of previous pregnancies (n=869)		1.6 (1.5)	1 [1-2]	0-9
n of previous delivery(n=872)		0.86 (1.1)	1 [0-1]	0-9
HSI total score (n=895)		0.27 (0.9)	0 [0-0]	0-5
TACE total score(n=895)		0.05 (0.25)	0 [0-0]	0-3
Stable housing (n=829)	819 (98,8%)			
Living with a partner (n=885)	790 (89,3%)			
Supporting entourage (n=880)	795 (90,3%)			
Current financial hardship (n=885)	104 (11,8%)			
CMU ou AME (n=878)	177 (20,2%)			
Contacts with social worker (n=881)	53 (6%)			
Previous history of violence (n=885)	67 (7.6%)			
Previous use of cannabis (n=885)	81 (9.2%)			
Previous use of stimulant (n=885)	7 (0.8%)			
Previous use of cocaine (n=885)	11 (1.2%)			
Previous use of heroin (n=885)	1 (0.1%)			

**Table 1 : Descriptive statistics of the sample.** Quantitative parameters are given both in mean (standard deviation), i.e., m (SD), median [interquartile range], i.e., med [IQR], and range. Categorical parameters are given in number of positive answers and percentage, i.e., n (%).

CMU= 'Couverture Maladie Universelle', i.e., Universal health care coverage

## 2. RESULTATS DES SCORES HSI ET T-ACE

98 participantes (10,9%) ont un score HSI >0 (25 avec un score égal à 1, 18 avec un score de 2, 38 avec un score de 3, 12 avec un score de 4 et 5 avec un score de 5). 37 participantes (4,1%) affichaient un score T-ACE >0, parmi lesquelles 33 avaient un score de 1 alors que 4 femmes avaient un score de 2 et 1 un score de 3.

## 3. RESULTATS EN ANALYSE UNIVARIEE

L'analyse univariée a trouvé des liens significatifs entre le score HSI et l'âge ( $\chi^2=0,08$  ;  $p=0,012$ ), le score T-ACE ( $\chi^2=0,1$  ;  $p=0,002$ ), le nombre de grossesse antérieure ( $\chi^2=0,08$  ;  $p=0,022$ ) mais non avec le nombre d'enfant avant la grossesse actuelle ( $\chi^2=0,02$  ;  $p=0,6$ ). Le score HSI était significativement associé avec le nombre de grossesses avortées chez les femmes déclarant ne pas avoir de partenaire ( $\chi^2=0,001$ ), recevoir la CMU ou l'AME ( $p=0,001$ ), ayant rencontré un travailleur social ( $p=0,004$ ), ayant été victimes de violences physiques ou psychologiques ( $p<0,0001$ ) et ayant déjà consommé du cannabis ( $p<0,0001$ ). En revanche aucune différence significative n'a été retrouvée chez les femmes déclarant avoir un logement stable ( $p=0,92$ ), ayant un entourage soutenant ( $p=0,32$ ), ayant des difficultés financières ( $p=0,1$ ) ou ayant déjà consommé des amphétamines/ecstasy ( $p=0,14$ ) ou de la cocaïne ( $p=0,52$ ).

#### 4. RESULTATS EN ANALYSE MULTIVARIEE

Les résultats en analyse multivariée sont représentés dans le tableau 2. Le coefficient de détermination ( $R^2$ ) du modèle était de 22% et la contribution du modèle pour expliquer le score HSI était significatif en utilisant le test F de Fisher ( $p < 0,0001$ ). L'analyse multivariée a retrouvé une association significative entre l'importance du score HSI et l'âge jeune ( $p = 0,003$ ), le fait de ne pas vivre en couple ( $p = 0,005$ ), de bénéficier de la CMU ou de l'AME ( $p = 0,02$ ), d'avoir déjà été victime de violences physiques ou psychiques ( $p = 0,037$ ) et d'avoir déjà consommé du cannabis ( $p < 0,0001$ ). En revanche l'association n'est pas significative avec le nombre de grossesses antérieures ( $p = 0,05$ ), le score T-ACE total ( $p = 0,16$ ), le fait d'avoir rencontré des difficultés financières dans le mois précédent ( $p = 0,69$ ), le fait de rencontrer un travailleur social ( $p = 0,09$ ) ou le fait d'avoir déjà consommé des psychostimulants ( $p = 0,87$ ).

<b>Patients' characteristics</b>	<b>β-coefficients (95% CI)</b>	<b>p-value</b>
Age	-0.02 (-0.003 to -0.06)	0.003
Number of previous pregnancy	0.04 (0.00 to 0.08)	0.05
Total T-ACE score	0.17 (-0.07 to 0.4)	0.16
Living alone	0.28 (0.09 to 0.48)	0.005
Recent financial difficulties	0.04 (-0.23 to 0.15)	0.69
Free healthcare insurance	0.19 (0.03 to 0.23)	0.02
Ever meeting with a social worker	0.23 (-0.50 to 0.03)	0.09
Ever exposure to violence	0.23 (0.014 to 0.45)	0.037
Ever exposure to cannabis use	0.59 (0.38 to 0.80)	<0.0001
Ever exposure to psychostimulant use	-0.053 (-0.60 to 0.70)	0.87

**Table 2. Linear regression coefficients for heaviness of smoking among pregnant women (n=895).**

The coefficient of determination ( $R^2$ ) of the model was 22% and the contribution of the model to explain the HSI score was significant using a Fisher test ( $p < 0.0001$ ).

CI=confidence interval

T-ACE = 'Tolerance - Annoyed - Cut down - Eye-opener' questionnaire

**PARTIE IV :**  
**DISCUSSION**

L'objectif de notre étude était d'évaluer les déterminants psychosociaux associés au **score HSI** chez les femmes enceintes. L'analyse multivariée a montré que le fort tabagisme était significativement associé à un **âge jeune, aux faits de ne pas vivre en couple, de recevoir une aide sociale gratuite, d'avoir subi des violences physiques ou psychiques et d'avoir déjà consommé du cannabis.**

## **1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES**

Les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon sont semblables à celles de la population générale. L'âge moyen des femmes de notre étude était de 30,1 ans. En 2010, l'âge moyen des mères à l'accouchement, quel que soit le rang de naissance de l'enfant, atteignait 30 ans(73). Dans notre échantillon 47% des ont accouchés pour la première fois, 32 % pour la deuxième fois et 13% pour la troisième fois. En 2010 43,4% des femmes ont accouchés pour la première fois et 33,9% pour la deuxième fois. De plus l'enquête nationale périnatale(6) montrait, en 2010, que 7,2% des femmes enceintes vivaient seule. Notre étude retrouve 89,3% de femmes vivant en couple, soit 10,7% ne vivant pas en couple. Cependant le fait de ne pas vivre en couple diffère du fait de vivre seule, ce qui peu expliquer que notre chiffre soit plus élevé. Par ailleurs l'enquête périnatale de 2010 retrouvait 7,2% de femmes sans logement personnel au troisième trimestre de leur grossesse, vivant alors le plus souvent dans leur famille ou chez des amis (5,6%). Notre enquête retrouve 98,8% ne femme déclarant avoir un logement stable (propriété ou location), soit 1,2% déclarant avoir un logement instable (chambre d'hôtel ou foyer

d'hébergement). Nous n'avons pas retrouvé de chiffres concernant le nombre de femme bénéficiant d'une aide sociale gratuite ou rencontrant un travailleur social. L'enquête périnatale de 2010 montrait que la plupart des femmes (81,5 %) avaient une couverture sociale et une mutuelle et 4,5 % avaient une couverture sociale sans mutuelle. Concernant la question de la consommation de cannabis, notre étude retrouve 9,2% de femmes ayant déjà consommé du cannabis. L'enquête périnatale évaluait en 2005 en France, 9 % des femmes de 25-29 ans et 4 % des femmes de 30-34 ans avaient déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois dans l'année.

## **2. ETUDES COMPARABLES**

### **2.1. Avec la même méthodologie**

Deux études antérieures avaient trouvé des résultats similaires<sup>(74)(75)</sup>. La première est une étude scandinave prospective relativement ancienne (1995), écrite par Elisabeth THUE et al.<sup>(74)</sup>. Dans cette étude, les auteurs retrouvaient une association entre un tabagisme important pendant la grossesse et un jeune âge, le fait de ne pas avoir de partenaire et d'avoir vécu une enfance difficile. Ils mettaient également en avant que les femmes ayant un tabagisme important avaient plus souvent un entourage familial désapprouvant la grossesse ainsi qu'un âge de début du tabagisme plus précoce. Contrairement à notre étude l'intensité du tabagisme n'était

pas définie par le score HSI mais par un nombre de cigarettes fumées supérieur à 15 par jour. De plus les données étaient recueillies au troisième trimestre de grossesse, ce qui diffère de notre étude dont les données proviennent de tout moment d'une grossesse. La deuxième est une étude plus récente (2009), réalisée en Angleterre par KE Pickett et al.(75). L'intensité du tabagisme était également définie différemment de notre étude. Les auteurs distinguaient trois groupes : les anciens fumeurs, les petits fumeurs et les gros fumeurs, en fonction du nombre de cigarette fumées par jour. Ils retrouvaient plus de difficultés psychosociales et une moindre recherche de prise en charge pour arrêter le tabac que chez les deux autres groupes.

## **2.2. Avec une autre méthodologie**

Plusieurs études se sont intéressées aux différences psychosociales entre les femmes fumeuses et non-fumeuses pendant la grossesse ou aux facteurs psychosociaux associés à un arrêt de tabac pendant la grossesse. Ces questions sont sensiblement différentes de notre étude puisque le score HSI évalue l'intensité du tabagisme. Ainsi un score égal à 0 n'est pas équivalent à une absence de consommation de tabac mais signifie que les consommations sont faibles ou nulles.

Les études comparant les femmes fumeuses et non-fumeuses ont retrouvé des résultats similaires aux nôtres. Une étude de cohorte prospective américaine réalisée par Judith MacFarlane et al. en 1996 a mis en évidence un lien significatif entre des

antécédents d'abus sexuel et le tabagisme gestationnel(76). Une étude australienne écrite par R. Walsh et al. en 1997 met en avant une association entre le tabagisme maternel pendant la grossesse et le niveau d'éducation, le statut marital et le nombre de grossesses antérieures(77). Par ailleurs l' étude américaine de PJ Maxson a montré en 2012 que les femmes qui fumaient pendant la grossesse avaient une moins bonne santé psychique et sociale que les femmes non-fumeuses(78).

Concernant les études évaluant les facteurs psychosociaux associés à l'arrêt du tabac pendant la grossesse, les résultats sont proches. Les auteurs ont retrouvés que la poursuite du tabagisme pendant la grossesse était associée à un âge jeune, un bas niveau d'éducation, un bas niveau socio-économique et à des antécédents de violences(79)(80)(81).

Par ailleurs, une étude marocaine a montré que les femmes consommatrices de substances psychoactives non médicamenteuses, incluant le tabac, avaient plus souvent des antécédents d'abus ou de négligence et que la grossesse était plus souvent peu désirée et mal suivie(82).

### **3. INTERETS SPECIFIQUES DE L'ETUDE**

Notre étude soulève de nouveaux résultats. En effet nous avons utilisé pour la première fois le score HSI comme variable à analyser. Ce score est issu du test de Fagerström qui évalue la dépendance nicotinique. Plus court, il permet d'analyser

avec rapidité et fiabilité l'intensité du tabagisme, y compris chez la femme enceinte(83)(15). Nous avons vu que la plupart des complications maternofoetales liées au tabagisme maternel ont un effet dose dépendant. De plus le score HSI représente un bon déterminant de l'arrêt du tabagisme(16). Il est donc important d'avoir des données sur les déterminants psychosociaux de l'intensité du tabagisme, par le biais du score HSI pendant la grossesse.

### **3.1. Score HSI et âge jeune**

Notre étude retrouve une **association significative entre l'âge jeune et le score HSI chez la femme enceinte**. Ceci met en relief une plus forte intensité des consommations chez la femme enceinte jeune.

L'enquête ESCAPAD de 2014(84) retrouvait une hausse du niveau d'usage de tabac chez les jeunes filles puisque, contrairement aux données des années 2000, les niveaux de tabagisme quotidiens ne différaient plus de ceux des garçons à la fin de l'adolescence. Ainsi 6,1% des adolescentes de 17 ans fumaient plus de 10 cigarettes par jour en 2014, ce qui laisse supposer un plus haut taux de femmes jeunes et enceintes, mais également fumeuses. Ce point est également soulevé par l'INPES(5) qui met en avant une entrée de plus en plus précoce dans les consommations de tabac, notamment chez la femme. Ainsi, les femmes nées entre 1930 et 1940 fumaient leur première cigarette à 22 ans, celles nées entre 1941 et 1950 à 19 ans, celles nées entre 1951 et 1960 à 17 ans, celles nées entre 1961 et

1979 à 16 ans, et celles nées entre 1980 et 1985 à 15 ans. Par ailleurs l'écart entre l'âge de la première cigarette et l'usage régulier a fortement diminué : 7 ans chez les femmes nées entre 1930 et 1940 ; 2 ans aujourd'hui(5).

Concernant l'intensité du tabagisme, évaluée par l'INPES comme le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement, celle-ci semble avoir légèrement diminuée (13,5 en 2005 à 12,3 en 2010). La proportion de fumeuses de plus de dix cigarettes est ainsi passée de 68% en 2005 à 64 % en 2010(5). Cette diminution du tabagisme avec l'âge pourrait être due en partie à la mise en place d'une interdiction de fumer dans les lieux publics en 2007 et 2008, et notamment l'interdiction de fumer sur le lieu de travail.

Concernant les femmes jeunes, plusieurs parutions se sont intéressées à la grossesse des adolescentes et certains facteurs psychosociaux sont plus fréquemment associés à cet âge : mésestime de soi, symptomatologie dépressive, ou risque secondaires de dépression, comportements à risque, conditions socio-économiques défavorables, parents séparés ou situation de monoparentalité(85). Une étude menée à Ottawa chez 206 adolescentes a montré une augmentation significative des consommations de tabac, alcool et autres drogues durant leur grossesse(85).

Pourrait on envisager que l'augmentation de l'intensité du tabagisme chez la femme jeune puisse être expliquée en partie par la précarité de plus en plus présente au quotidien en France? Nous savons que les conditions économiques sont de plus en plus difficiles et que 25,2% des jeunes (17-26 ans) sont aujourd'hui au chômage en

France(86). Avoir un enfant jeune interfère dans la réalisation des études et peut, par conséquent, limiter les perspectives d'emploi de la jeune fille sur un marché du travail où est exigé un niveau de formation de plus en plus poussé. De plus, en ce qui concerne les grossesses adolescentes, la plupart n'ont pas de conjoint(85) et il semblerait que vivre seul augmente l'intensité du tabagisme dans notre étude.

### **3.2. Score HSI et caractéristiques sociales**

Notre étude retrouve un **lien significatif entre le score HSI et le fait de ne pas vivre en couple mais aussi de recevoir une aide médicale gratuite (CMU ou AME) chez la femme enceinte.**

#### **3.2.1. Score HSI et aide médicale gratuite**

La Couverture Maladie Universelle (CMU) s'adresse aux personnes séjournant de manière régulière et stable en France et n'étant pas déjà couvertes à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie. La CMU permet de bénéficier de la sécurité sociale pour leurs dépenses de santé. Elle garantit également un régime complémentaire pour les individus à faibles revenus (la CMU-c).

L'Aide Médicale d'Etat (AME) couvre les dépenses de santé jusqu'à 100% des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie. Pour en bénéficier il faut résider de manière stable en France en situation irrégulière et avoir eu des ressources inférieures à 8645 euros par an, soit inférieures à 720 euros par mois au cours de l'année précédente.

Ces couvertures médicales permettent donc l'accès aux soins aux personnes les plus démunies.

Dans la population générale, le baromètre santé 2010(5) soulignait des différences notables dans la consommation de tabac au sein de certaines populations, notamment les plus socialement défavorisées. Hors, on peut supposer que c'est au sein de ces populations que la proportion d'individus percevant une aide sociale gratuite (CMU ou ASE) est la plus importante. Partant de cette hypothèse, nous avons mis en perspective des éléments de précarité sociale à la consommation de tabac dans la littérature scientifique, afin d'explicitier nos résultats.

La situation de chômage constituait, parmi les variables étudiées, le principal frein à l'arrêt du tabac. Le niveau de diplôme ainsi que la catégorie socio-professionnelle étaient également associés au tabagisme, dans le sens d'une prévalence plus élevée parmi les catégories les moins favorisées. Les fumeurs les plus précaires semblent donc avoir plus de difficultés à arrêter leur consommation(87). Ce phénomène pourrait s'expliquer par une moindre sensibilité aux messages préventifs dans ces milieux : les personnes peu diplômées, plus présentes dans les classes défavorisées, seraient moins aptes à comprendre l'information préventive et à faire

des choix optimaux, d'autant qu'une mauvaise situation matérielle n'incite pas à se préoccuper de sa santé (un cadre s'inquiétera davantage de la nocivité du tabagisme qu'un ouvrier, car il s'attend à vivre plus longtemps, en meilleure santé et avec une meilleure retraite). Une autre explication serait que l'incapacité à se projeter dans l'avenir, qui résulte souvent d'une situation de précarité matérielle(88), serait un puissant déterminant du tabagisme et d'autres conduites addictives(89).

D'après les travaux menés par Patrick Peretti-Watel(90), cette différenciation résulterait surtout de l'adhésion à des croyances qui permettent de mettre le risque sanitaire et le discours préventif à distance, croyances qui semblent plus prégnantes parmi les moins diplômés et les travailleurs manuels. Plutôt que de simplement refléter une forme d'ignorance, ces croyances peuvent s'appuyer sur une méfiance foncière à l'égard de l'autorité en général, et des autorités sanitaires en particulier. Cette méfiance fait partie intégrante de la culture populaire, de même qu'une forte valorisation du présent, alors même que la prévention suppose au contraire que les individus ciblés sont aptes à se projeter dans l'avenir(88).

Les personnes ayant une préférence pour le présent alliée à un pessimisme concernant leur avenir se caractérisent par un faible niveau de diplôme, une forte proportion d'ouvriers, d'employés, de bas revenus, ainsi qu'une forte prévalence tabagique(90). En outre, le déni du risque (penser que les antécédents familiaux ou la vie au grand air protègent des maladies dues au tabac) et les attitudes critiques à l'égard de la lutte anti-tabac (jugée contraire à la liberté individuelle, moralisatrice et cantonnée à la défense des non-fumeurs) sont plus fréquents parmi les ouvriers, les chômeurs, les personnes à faibles revenus et surtout celles qui sont peu diplômées.

Ce déni et ces attitudes critiques sont aussi associés à une plus forte consommation de cigarettes(90).

Enfin, l'usage de la cigarette permettrait aux plus précaires de gérer le stress et l'anxiété associés à leur situation. Cet usage anxiolytique serait en partie une construction des milieux populaires. Pour eux, la cigarette est considérée comme un produit de première nécessité, une ressource qui leur permet de « tenir le coup » et de tromper l'ennui. C'est parfois le seul plaisir qu'ils peuvent s'offrir, certains considèrent même cette habitude comme un « loisir bon marché »(90).

Cependant, certaines études menées aux États-Unis et au Royaume-Uni indiquent que les tentatives d'arrêt sont aussi fréquentes chez les fumeurs pauvres que chez les autres fumeurs, mais que les succès sont beaucoup plus rares chez les plus précaires(91). Dans le Baromètre santé 2010, les chômeurs sont aussi nombreux que les travailleurs à avoir envie d'arrêter de fumer (57 % vs 59 %, écart non significatif). Il est donc important de les soutenir dans leurs démarches d'arrêt(90).

Ces inégalités face à l'exposition à un risque majeur pour la santé nécessitent un investissement des pouvoirs publics d'autant plus important que cette situation s'ajoute à des situations sociales déjà difficiles. La hausse des prix du tabac pourrait contribuer à paupériser une minorité de fumeurs. Schématiquement, les pauvres fument plus souvent, et les fumeurs pauvres fument davantage, alors même qu'ils peuvent moins se le permettre. C'est donc pour ces fumeurs que la lutte contre le tabagisme en général, et la hausse des prix des cigarettes en particulier, peuvent être les plus bénéfiques. À condition bien sûr qu'ils arrêtent de fumer car dans le cas contraire, ce sont eux qui sont les plus pénalisés par la hausse des prix. Ce constat ne doit pas freiner la lutte antitabac, mais il conduit à souligner la nécessité de

concevoir et de mettre en œuvre d'autres actions d'incitation à l'arrêt, ciblant spécifiquement les fumeurs des milieux défavorisés.

### **3.2.2. Score HSI et fait de ne pas vivre en couple**

L'étude scandinave réalisée par Elisabeth THUE et al., a retrouvé une association entre un fort tabagisme avant l'accouchement et le fait de vivre seule(74). Dans cette étude, parmi les femmes fumeuses au moment de la conception, les femmes vivant seules ont un plus fort taux de tabagisme intense (59%) que les femmes vivant maritalement (20%) ou en cohabitation (29%).

De même, dans la population générale, de nombreuses études ont montré des taux de tabagisme plus importants chez les femmes seules en comparaison aux femmes vivant maritalement ou conjointement(92)(93).

Une étude allemande de 2009 a étudié les capacités d'adaptation au stress de mères en fonction de leurs statuts marital et tabagique(94). Cette étude met en évidence des ruminations, une autodévalorisation, des accusations d'autrui et une consommation de substances à visée anxiolytique (tabac, alcool, sucreries, traitements anxiolytiques et antidépresseurs) plus importantes chez les mères célibataires que chez les mères vivant en couple, sans prendre en compte leur statut tabagique. De plus cette étude souligne une association entre le tabagisme maternel et la consommation de substances à visée anxiolytique. Ce lien est plus important chez les mères célibataires. Elle montre également que les mères célibataires avec un important tabagisme (plus de 20 cigarettes par jour) consomment plus de substances à visée anxiolytique.

De ce fait notre étude retrouve des résultats similaires aux études antérieures. Il est connu que le niveau de stress quotidien a un impact sur la mise en place de stratégies d'adaptation au stress(93). Ainsi, la probabilité de mettre en place des stratégies dysfonctionnelles augmente avec l'intensité de stress psychosocial perçu. Hobfoll et al. expliquent ce phénomène par un épuisement des ressources personnelles rendant difficile l'affrontement des événements stressants futurs et induisant ainsi un cercle vicieux(95). La grossesse entraîne des modifications psychologiques, sociales et biologiques chez la mère et il est démontré que la période périnatale s'accompagne d'une symptomatologie anxieuse notable(17).

L'intensité des consommations de tabac chez la femme enceinte ne vivant pas en couple est plus importante dans notre étude. On pourrait émettre l'hypothèse que, exposées à de plus nombreux facteurs de stress liés à la grossesse et à d'autres difficultés (financières, professionnels, isolement), les femmes enceintes célibataires consomment plus de tabac dans un but anxiolytique.

Il semble donc important de prendre en compte le fait de ne pas vivre en couple dans la prise en charge du tabagisme chez la femme enceinte.

### **3.3. Score HSI et expérimentation du cannabis**

Dans notre étude on retrouve une **association significative entre l'intensité de la consommation de tabac et le fait d'avoir déjà expérimenté le cannabis**. Il s'agit de la première étude effectuant ce constat.

Le cannabis est la substance illicite la plus fréquemment consommée chez les adolescentes et les jeunes adultes. En 2015, dans la population générale, 17 millions de personnes ont déjà expérimenté le cannabis, soit 41 % des individus âgés de 15 à 64 ans. Parmi les usagers dans l'année de 18 à 64 ans, selon l'enquête Baromètre santé 2014 de l'INPES, la proportion de ceux qui présentent un risque élevé d'usage problématique de cannabis est de 21 %, soit 2,2 % de la population française âgée de 18 à 64 ans. C'est d'ailleurs le produit le plus souvent mentionné comme posant problème parmi les personnes reçues dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)(96).

Peu de données sont disponibles concernant la consommation de cannabis chez la femme dans le partum ou le post-partum. La prévalence d'usage de cannabis y est inconnue selon les données de l'expertise Inserm-Cannabis réalisée en 2001. D'après les données nord-américaines, la prévalence serait de 10 à 30 %(9). En France, une étude réalisée en mai 2011 au sein d'une maternité universitaire, s'est intéressée à la prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes(97). Parmi l'ensemble des femmes interrogées, 1,4 % consomment régulièrement du cannabis pendant la grossesse (plus de dix fois par mois) et pour la moitié d'entre elles cette consommation est quotidienne.

De manière générale, les usages de cannabis sont en hausse depuis le début des années 2010, quelle que soit la tranche d'âge et la fréquence d'usage. Cette hausse s'inscrit dans un contexte de net accroissement de l'offre de cannabis en France et notamment de l'autoculture et de la production locale d'herbe, tandis que le marché de la résine reste pour sa part très dynamique.

Le  $\delta^9$ -tétrahydrocannabinol, principal constituant psychoactif du cannabis, passe la barrière placentaire et les concentrations fœtales sont au moins égales à celles de la mère(9). De nombreuses études suggèrent qu'une consommation de cannabis pendant la grossesse, même faible, peut avoir des conséquences néfastes sur le déroulement de la grossesse et le développement du fœtus, mais aussi à plus long terme chez l'enfant(17).

Le fait d'avoir consommé une ou plusieurs fois du cannabis au cours de sa vie ne signifie pas que la femme soit usagère régulière ou dépendante au cannabis au moment de la grossesse. Cependant il semble nécessaire de s'enquérir de cette donnée car ce facteur semble avoir un impact sur l'intensité de la consommation de tabac. De plus, il est possible que la femme poursuive ou reprenne ses consommations pendant la grossesse, puisqu'il s'agit d'une période de vulnérabilité, et expose alors le fœtus à des risques supplémentaires.

Dans la population générale, la consommation de tabac facilite le passage à la consommation de cannabis, et vice versa. Il y a également des effets renforçateurs de cette co-consommation(9). De plus, une co-consommation de tabac et de cannabis rendrait le sevrage plus difficile. De ce fait une attention particulière devra être portée dans la prise en charge des femmes ayant déjà consommé du cannabis dans le passé.

### **3.4. Score HSI et antécédents de violence physique ou psychique**

Notre étude retrouve **un lien significatif entre le fort tabagisme et le fait d'avoir subi des violences physiques ou psychiques**, sans que la nature des violences soit précisée.

7,6% des femmes ayant répondu au questionnaire ont déclaré avoir déjà subi des violences physiques ou psychiques, quelque fut l'âge auquel les violences se sont déroulées.

L'enquête nationale sur les violences faites aux femmes retrouvait 10 % de violences uniquement conjugales(98). La proportion retrouvée dans l'étude est moindre qu'en population générale et il est probable qu'un biais de déclaration en soit la cause. Celui-ci pourrait être dû à des difficultés d'évocation des violences dans un questionnaire de dépistage systématique.

Aucune étude antérieure n'a mis en avant ce lien. L'étude scandinave réalisée par Elisabeth THUE et al.(74), retrouvait un lien entre l'intensité du tabagisme et la présence de difficultés dans l'enfance (fait d'avoir grandi avec l'un des deux parents ou d'avoir le souvenir d'une enfance difficile). Cette question est différente de la notre qui traite de violence à tout âge de la vie.

D'autres études ont montré un lien entre les consommations de substances-psychoactives, dont le tabac, et la prévalence des violences conjugales chez la femme, sans prendre en compte le statut gestationnel(99)(100)(101). Les violences

conjugales sont également corrélées au fait d'avoir des antécédents de violence conjugales(102) et donc à la notion de répétition.

Concernant les antécédents de violences sexuelles, leur recherche se justifie au vu des risques obstétricaux et psychologiques que peuvent encourir la mère et l'enfant à naître. Des études ont montré une association entre antécédents de traumatisme sexuel et grossesse adolescente, dépression périnatale, addictions, risques obstétricaux et infanticide(103).

La question que nous posons dans l'étude est pertinente dans un contexte de dépistage. Par la suite il paraît nécessaire de poursuivre l'interrogatoire prenant en compte la nature des violences subies, l'âge de survenue, la répétition ou non de celles-ci mais également la notion de leur persistance durant la ou les grossesses. Au vu des conséquences somatiques et psychiques pour la mère et l'enfant, les violences subies par les femmes enceintes représentent un enjeu de santé périnatale et comme nous le voyons une il y a une association préférentielle avec l'intensité du tabagisme.

#### **4. ROLE DES SOIGNANTS CHEZ LA FEMME ENCEINTE FUMEUSE**

Notre étude met en avant un lien significatif entre certaines caractéristiques sociales défavorables et l'intensité du tabagisme chez la femme enceinte. Il semble donc primordial pour tout clinicien intervenant en maternité de s'enquérir du maximum

d'information concernant la situation psychique, sociale et addictologique de la femme enceinte afin d'apporter l'aide la plus adaptée. Tout professionnel de santé doit se sentir concerné par ce problème et proposer une aide adéquate dès la première visite et tout au long de la grossesse. Les femmes enceintes qui continuent à fumer, surtout celles qui fument beaucoup, ont moins de soutien social, une moins bonne estime d'eux même et moins de ressources sur lesquelles s'appuyer(75). Par ailleurs nous avons montré qu'elles avaient plus souvent été victimes de violence physique ou psychique et sont donc probablement plus fragiles. Ces femmes ont moins de capacités à mettre en œuvre des stratégies d'arrêt au tabac et à les maintenir. La dernière enquête périnatale de 2010 a mis en évidence qu'entre 2003 et 2010, malgré les progrès accomplis dans l'aide à l'arrêt du tabac dans les maternités françaises, le taux de femmes fumeuses à l'accouchement n'est passé que de 20,8 à 17,1 %(6). À l'évidence, un effort d'optimisation du sevrage tabagique des femmes enceintes fumeuses s'impose. L'identification de facteurs pronostiques de l'arrêt du tabagisme gestationnel est primordiale dans la prise en charge des femmes fumeuses, afin de cibler les interventions d'aide à l'arrêt. Une méta-analyse de 2008(104) a montré que la mise en œuvre d'une intervention psychosociale minimale (appel téléphonique de soutien) n'était pas efficace dans la durée. Des méthodes plus intensives sont nécessaires pour aider ces femmes à arrêter ou à diminuer leur consommation.

Une information éclairée doit être délivrée, notamment sur les risques spécifiques liés au tabac durant la grossesse. Les conséquences sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement doivent être expliqués. La nécessité d'arrêter la consommation de tabac et les recours possibles, en particulier l'orientation vers une

consultation d'aide au sevrage tabagique sont exposés à la femme enceinte. Si la femme ne peut s'arrêter de fumer, une réduction de la consommation doit être proposée. L'éducation de l'entourage en prévention du tabagisme passif auquel est exposé l'enfant après la naissance doit être également abordé. Le recours au traitement substitutif nicotinique (TSN) peut permettre à la femme enceinte d'arrêter le tabac plus facilement. Cette prise en charge doit s'accompagner d'une évaluation psychosociale et si cela s'avère nécessaire d'une prise en charge psychique, sociale et addictologique adaptée à la situation de la femme et de son entourage.

## **5. POLITIQUE DE PREVENTION : INTERET DES MESURES GOUVERNEMENTALES**

### **5.1. Lutte contre le tabagisme chez la femme enceinte**

Les complications du tabagisme maternel pendant la grossesse sont maintenant connues et identifiées. Le gouvernement a donc pris de nouvelles dispositions réglementaires sur la consommation du tabac et la protection des non-fumeurs dans les lieux publics, qui ont pris effet au 1<sup>er</sup> février 2007. Le plan gouvernemental de lutte contre le tabagisme du 26 mai 1999 prévoyait un dispositif particulier pour les femmes enceintes. Il comportait notamment un renforcement au cours de la grossesse de l'information et de la prise en charge du tabagisme. Un entretien individuel de 40 minutes était préconisé, au début de la grossesse. Le problème du

tabagisme serait abordé. Ainsi, la circulaire DH/EO2/DGS du 3 avril 2000, relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie, précise que "compte tenu de la nécessité de réduire le tabagisme chez les femmes enceintes, il est recommandé de créer des consultations avancées au sein même des maternités". Le plan de mobilisation nationale contre le cancer, lancé en avril 2003, dans le chapitre traitant de la prévention, comporte la mesure suivante (mesure 17) : lutter contre le tabagisme des femmes enceintes (information dans les maternités, sensibilisation du personnel soignant, accès aux consultations de sevrage).

De même, la conférence de consensus « Tabac et grossesse » d'octobre 2004 préconise l'arrêt du tabac chez les femmes enceintes ainsi que la nécessité de poursuivre cette abstinence après l'accouchement. L'arrêt doit être le plus précoce possible mais il reste bénéfique tout au long de la grossesse et dans le post-partum. Le message à délivrer par les professionnels de santé est celui d'un arrêt complet du tabac. « Ce message doit être clair et univoque. Il est indispensable de ne pas culpabiliser les femmes, même si elles présentent des difficultés à arrêter ou si elles poursuivent leur tabagisme ».

## **5.2. Repérer les situations de vulnérabilité chez la femme enceinte**

Le Plan « périnatalité » de 2005-2007 a mis l'accent sur les enjeux médicaux liés aux situations de fragilité psychosociale en période périnatale. Il souligne la nécessité

d'une prise en charge globale afin de prévenir des troubles de la relation mère-enfant. Les trois grandes priorités proposées dans le rapport de la « Mission périnatalité » sont : assurer la sécurité émotionnelle, médicale et sociale des femmes enceintes et de leur enfant, permettre une égalité d'accès à des soins adaptés et enfin répondre aux différentes attentes des usagers. Ainsi le plan « périnatalité » de 2005-2007 introduit un entretien individuel et/ou de couple systématiquement proposé aux femmes enceintes au cours du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse. L'objectif est de préparer avec les parents les meilleures conditions d'accueil pour l'enfant. Réalisé sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance, il est un moment privilégié pour le dépistage de difficultés socio-environnementales et l'exposition à des toxiques, notamment à l'alcool, au tabac, aux autres drogues et à des médicaments potentiellement tératogènes. Une deuxième mesure vise à une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique autour de la naissance par la mise en place de collaborations médico-psychologiques, par l'intensification du travail en réseau. Si la sécurité affective de l'enfant passe par celle de ses parents, la sécurité des parents passe notamment par celle des professionnels qui les entourent. La formation, en particulier collective, est un moyen essentiel pour que les professionnels développent une confiance mutuelle nécessaire au développement du travail en collaboration. Une autre mesure vise l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité. Ses objectifs étaient de définir des mesures à prendre dans trois champs concernant des futures mères ou jeunes mères très démunies, françaises de souche ou non, et leurs enfants : prise en charge du suivi de la grossesse et de la petite enfance, sensibilisation et formation des professionnels de santé sur les enjeux que cela représente pour ces mères et leurs enfants et médiation de santé et éventuellement

interprétariat pour ne laisser personne de côté.

Ainsi le gouvernement, notamment par la mise en place du plan « périnatalité » 2005-2007 a pris la mesure de l'importance de la reconnaissance et de la prise en charge des vulnérabilités socio-environnementales, psychologiques et addictologiques chez les femmes enceintes et leur famille. Cette étude souligne leur implication dans le déroulement de la grossesse, par leur répercussion sur l'intensité du tabagisme.

## **6. LIMITES METHODOLOGIQUES**

Notre étude comprend certaines limites méthodologiques. Tout d'abord il s'agit d'une étude monocentrique. On ne peut donc pas exclure un biais de sélection géographique qui pourrait impacter les résultats. De plus le taux de participation est correct mais n'est pas de 100%. Ainsi il est possible que la proportion entre les femmes fumeuses et non-fumeuses soit différente parmi les femmes n'ayant pas répondu au questionnaire, ce qui pourrait influencer les résultats. Il est également possible que certaines femmes aient ressenti une culpabilité à poursuivre leur consommation de tabac pendant la grossesse et aient donc sous évalué l'intensité de leur tabagisme, induisant un biais de déclaration. Cette éventuelle sous-évaluation ne pourrait qu'avoir diminué la significativité de nos résultats. En outre nous n'avons pas utilisé de mesures objectives des consommations tabagiques, telles que l'utilisation de marqueurs biochimiques. Cependant des études ont montré

que l'autoévaluation des habitudes tabagiques chez la femme enceinte était fortement corrélée au taux de nicotémie maternelle(105)(106). Par ailleurs le coefficient de corrélation ( $R^2$ ) de notre modèle de régression n'était que de 22%. Les déterminants du tabagisme sont cependant nombreux et complexes, la variance expliquée par le modèle demeure significative. Malgré les limites de notre étude les résultats sont similaires à ceux des études précédentes, ce qui suggère qu'elles n'ont pas significativement impacté les résultats.

## **PARTIE V :**

# **CONCLUSION**

Cette étude a permis d'évaluer les déterminants psychosociaux d'un important tabagisme chez des femmes enceintes au sein de la maternité Jeanne de Flandre du CHRU de Lille. Les résultats mettent en évidence une association significative entre le score HSI et l'âge, le fait de ne pas vivre en couple, de bénéficier d'une couverture sociale gratuite, d'avoir été victime de violences physiques ou psychiques et d'avoir déjà consommé du cannabis. Un climat psychologique et social défavorable peut donc être susceptible d'augmenter l'importance de la consommation de tabac chez la femme enceinte. Même si des mesures gouvernementales insistent sur la nécessité de prévenir les conséquences du tabagisme gestationnel, notre étude souligne que la prise en charge globale de la femme apparaît nécessaire, et que cette information doit être relayée par le plus grand nombre, à commencer par les soignants. Cette prise en charge globale ne peut se faire sans la prise en compte des troubles psychiques de la femme enceinte, pendant la grossesse et après l'accouchement. Si l'écoute de la femme enceinte reste indispensable, des questionnaires de dépistage existent, notamment l'EPDS pour la dépression du pré- et du post-partum, afin d'aider les professionnels de santé à les repérer.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Lagrue G. Tabagisme : toxicologie, dépendance. Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatatraitésin16-11720 [Internet]. [cité 19 déc 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/11937/resultatrecherche/7>
2. Programme National de Réduction du Tbagisme : Vers une France sans tabac - PNRT2014-2019.pdf [Internet]. [cité 6 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
3. Baromètre santé 2005 - Attitudes et comportements de santé - 1109.pdf [Internet]. [cité 29 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>
4. Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014 - Tendances 92 - Mai 2014 - OFDT [Internet]. [cité 29 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/le-tabac-en-france-un-bilan-des-annees-2004-2014-tendances-92-mai-2014/>
5. Guignard R, Beck F, Richard J-B, Peretti-Wattel P. Les profils des fumeurs en France. Saint-Denis: INPES; 2013 p. 56.
6. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. avr 2012;41(2):151- 66.
7. Delcroix M. Grossesse et tabac. Lille Grand Palais; 2004 oct p. 37.
8. Lançon C. Tabagisme durant grossesse : un facteur de risque pour les addictions et les troubles psychiatriques ? Presse Médicale. déc 2013;42(12):1562- 4.
9. Lejoyeux M. Addictologie. MASSON; 2010. 324 p.
10. Expertise collective. Tabac:comprendre pour agir. Paris: Inserm; 2004.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV [Internet]. American Psychiatric Association; 2013 [cité 2 mai 2015]. -1 p. Disponible sur: <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
12. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (5e éd.). American Psychiatric Publishing. Arlington; 2013.
13. Pull C-B, Chaillet G. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Masson. Paris; 1994.
14. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Br J Addict. sept 1991;86(9):1119- 27.
15. Kwok TC, Taggar J, Cooper S, Lewis S, Coleman T. Nicotine dependence and biochemical exposure measures in the second trimester of pregnancy. Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob. févr 2014;16(2):145- 54.
16. Yong H-H, Borland R, Balmford J, Hyland A, O'Connor RJ, Thompson ME, et al. Heaviness of smoking predicts smoking relapse only in the first weeks of a quit attempt: findings from the International Tobacco Control Four-Country Survey. Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob. avr 2014;16(4):423- 9.
17. Collectif. Périnatalité. Confront Psychiatr. 2011;(50):312 p.

18. Jauniaux E, Gulbis B, Acharya G, Thiry P, Rodeck C. Maternal tobacco exposure and cotinine levels in fetal fluids in the first half of pregnancy. *Obstet Gynecol.* janv 1999;93(1):25- 9.
19. Conférence de consensus - Grossesse et tabac. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues0368231500340HS121](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatarevues0368231500340HS121) [Internet]. 10 avr 2008 [cité 5 avr 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/138468/resultatrecherche/3>
20. Bouyer J. [Epidemiology of ectopic pregnancy: incidence, risk factors and outcomes]. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* nov 2003;32(7 Suppl):S8- 17.
21. Moini A, Hosseini R, Jahangiri N, Shiva M, Akhoond MR. Risk factors for ectopic pregnancy: A case-control study. *J Res Med Sci Off J Isfahan Univ Med Sci.* sept 2014;19(9):844- 9.
22. Sananes N, Boisrame T, Langer B. Hématome rétroplacentaire. *EMC - Obstétrique.* juill 2012;7(3):1- 11.
23. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand.* févr 2011;90(2):140- 9.
24. Épidémiologie de la rupture prématurée des membranes. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues0368231500280007607](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatarevues0368231500280007607) [Internet]. 8 mars 2008 [cité 29 nov 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/113859/resultatrecherche/1>
25. Burguet A, Kaminski M, Larroque B, Abraham-Lerat L. Tabagisme maternel et prématurité (enquête Épipage, régions Nord-Est). [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues03682315003100022063](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatarevues03682315003100022063) [Internet]. 9 mars 2008 [cité 29 nov 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/114412/resultatrecherche/8>
26. Baba S, Wikström A-K, Stephansson O, Cnattingius S. Influence of smoking and snuff cessation on risk of preterm birth. *Eur J Epidemiol.* avr 2012;27(4):297- 304.
27. Gaudineau A. Prévalence, facteurs de risque et morbi-mortalité materno-fœtale des troubles de la croissance fœtale. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2013;42(8):895- 910.
28. Horta BL, Victora CG, Menezes AM, Halpern R, Barros FC. Low birthweight, preterm births and intrauterine growth retardation in relation to maternal smoking. *Paediatr Perinat Epidemiol.* avr 1997;11(2):140- 51.
29. Nizard J, Guettrot-Imbert G, Plu-Bureau G, Ciangura C, Jacqueminet S, Leenhardt L, et al. Pathologies maternelles chroniques et pertes de grossesse. Recommandations françaises. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2014;43(10):865- 82.
30. Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Frøen JF, Smith GC, Gibbons K, et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Lond Engl.* 16 avr 2011;377(9774):1331- 40.
31. Smith GCS, Pell JP, Dobbie R. Interpregnancy interval and risk of preterm birth and neonatal death: retrospective cohort study. *BMJ.* 9 août 2003;327(7410):313.
32. Cnattingius S, Lambe M. [The importance of preventing smoking by women. Especially, smoking during pregnancy!]. *Läkartidningen.* 6 déc 1995;92(49):4677- 8.
33. Källén K. Maternal smoking during pregnancy and infant head circumference at birth. *Early Hum Dev.* juin 2000;58(3):197- 204.
34. Eskenazi B, Trupin LS. Passive and active maternal smoking during pregnancy, as measured by serum cotinine, and postnatal smoke exposure. II. Effects on neurodevelopment at age 5 years. *Am J Epidemiol.* 1 nov 1995;142(9 Suppl):S19- 29.

35. Kaminski M. [« Active » and « passive » smoking of pregnant women and risks to the child]. *Bull Académie Natl Médecine*. avr 1997;181(4):754- 63.
36. Pichini S, Garcia-Algar O. In utero exposure to smoking and newborn neurobehavior: how to assess neonatal withdrawal syndrome? *Ther Drug Monit*. juin 2006;28(3):288- 90.
37. Tabac et mort subite du nourrisson. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues036823150032SUP11S33](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2/fr/data/revues/036823150032SUP11S33) [Internet]. 9 mars 2008 [cité 5 déc 2015]; Disponible sur: [http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/114899/resultatrecherche/1#JGYN-02-2003-32-SUPPL1-0368-2315-101019-ART6-BIB8](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/114899/resultatrecherche/1#JGYN-02-2003-32-SUPPL1-0368-2315-101019-ART6-BIB8)
38. Tabac et mort subite du nourrisson. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues036823150032SUP11S33](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2/fr/data/revues/036823150032SUP11S33) [Internet]. 9 mars 2008 [cité 2 déc 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/114899/resultatrecherche/1>
39. Alm B, Milerad J, Wennergren G, Skjaerven R, Oyen N, Norvenius G, et al. A case-control study of smoking and sudden infant death syndrome in the Scandinavian countries, 1992 to 1995. The Nordic Epidemiological SIDS Study. *Arch Dis Child*. avr 1998;78(4):329- 34.
40. Blair PS, Fleming PJ, Bensley D, Smith I, Bacon C, Taylor E, et al. Smoking and the sudden infant death syndrome: results from 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths Regional Coordinators and Researchers. *BMJ*. 27 juill 1996;313(7051):195- 8.
41. Dupré F, Perriot J, Defay I, Lavessière C, Defay F, Guillon C, et al. Dépression chez la femme enceinte fumeuse : impact sur la motivation à l'arrêt du tabac. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. nov 2014;43(9):691- 7.
42. Dupré F, Perriot J, Defay I, Lavessière C, Defay F, Guillon C, et al. Dépression chez la femme enceinte fumeuse : impact sur la motivation à l'arrêt du tabac. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. nov 2014;43(9):691- 7.
43. Tabac, développement pulmonaire foetal et pathologie pulmonaire de l'enfant. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues036823150032SUP11S17](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2/fr/data/revues/036823150032SUP11S17) [Internet]. 9 mars 2008 [cité 2 déc 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/114896/resultatrecherche/6>
44. Lux AL, Henderson AJ, Pocock SJ. Wheeze associated with prenatal tobacco smoke exposure: a prospective, longitudinal study. ALSPAC Study Team. *Arch Dis Child*. oct 2000;83(4):307- 12.
45. Hanrahan JP, Tager IB, Segal MR, Tosteson TD, Castile RG, Van Vunakis H, et al. The effect of maternal smoking during pregnancy on early infant lung function. *Am Rev Respir Dis*. mai 1992;145(5):1129- 35.
46. Alati R, Al Mamun A, O'Callaghan M, Najman JM, Williams GM. In utero and postnatal maternal smoking and asthma in adolescence. *Epidemiol Camb Mass*. mars 2006;17(2):138- 44.
47. Gatzke-Kopp LM, Beauchaine TP. Direct and passive prenatal nicotine exposure and the development of externalizing psychopathology. *Child Psychiatry Hum Dev*. déc 2007;38(4):255- 69.
48. Cornelius MD, Leech SL, Goldschmidt L, Day NL. Is prenatal tobacco exposure a risk factor for early adolescent smoking? A follow-up study. *Neurotoxicol Teratol*. août 2005;27(4):667- 76.
49. O'Callaghan FV, O'Callaghan M, Najman JM, Williams GM, Bor W, Alati R. Prediction of adolescent smoking from family and social risk factors at 5 years, and

- maternal smoking in pregnancy and at 5 and 14 years. *Addict Abingdon Engl.* févr 2006;101(2):282- 90.
50. Wang L, Mamudu HM, Wu T. The impact of maternal prenatal smoking on the development of childhood overweight in school-aged children. *Pediatr Obes.* juin 2013;8(3):178- 88.
  51. McGee R, Stanton WR. Smoking in pregnancy and child development to age 9 years. *J Paediatr Child Health.* juin 1994;30(3):263- 8.
  52. Sexton M, Fox NL, Hebel JR. Prenatal exposure to tobacco: II. Effects on cognitive functioning at age three. *Int J Epidemiol.* mars 1990;19(1):72- 7.
  53. Larroque B. Tabac et grossesse - Exposition prénatale au tabac et développement cognitif : études épidémiologiques. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues036823150032SUP11S23](http://www.em-premium.com/doc-Distantuniv-Lille2frdatarevues036823150032SUP11S23) [Internet]. 9 mars 2008 [cité 1 déc 2015]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/114897/resultatrecherche/2>
  54. Cornelius MD, Ryan CM, Day NL, Goldschmidt L, Willford JA. Prenatal tobacco effects on neuropsychological outcomes among preadolescents. *J Dev Behav Pediatr JDBP.* août 2001;22(4):217- 25.
  55. Fitzpatrick C, Barnett TA, Pagani LS. Parental bad habits breed bad behaviors in youth: exposure to gestational smoke and child impulsivity. *Int J Psychophysiol Off J Int Organ Psychophysiol.* juill 2014;93(1):17- 21.
  56. Langley K, Heron J, Smith GD, Thapar A. Maternal and paternal smoking during pregnancy and risk of ADHD symptoms in offspring: testing for intrauterine effects. *Am J Epidemiol.* 1 août 2012;176(3):261- 8.
  57. Vuijk P, van Lier PAC, Huizink AC, Verhulst FC, Crijnen AAM. Prenatal smoking predicts non-responsiveness to an intervention targeting attention-deficit/hyperactivity symptoms in elementary schoolchildren. *J Child Psychol Psychiatry.* sept 2006;47(9):891- 901.
  58. Stathopoulou A, Beratis IN, Beratis S. Prenatal tobacco smoke exposure, risk of schizophrenia, and severity of positive/negative symptoms. *Schizophr Res.* août 2013;148(1-3):105- 10.
  59. Baguelin-Pinaud A, Robert S, Ménard J-F, Thibaut F. Prenatal exposure to tobacco and risk for schizophrenia: a retrospective epidemiological study. *Compr Psychiatry.* avr 2010;51(2):106- 9.
  60. Liu J, Leung PWL, McCauley L, Ai Y, Pinto-Martin J. Mother's environmental tobacco smoke exposure during pregnancy and externalizing behavior problems in children. *Neurotoxicology.* janv 2013;34:167- 74.
  61. Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. *Rev Ires.* 1 mars 2007;n° 53(1):3- 49.
  62. Convers M, Langeron A, Sass C, Moulin J-J, Augier A, Varlet M-N, et al. Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* avr 2012;40(4):208- 12.
  63. Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique - main.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/showarticlefile/707523/main.pdf>
  64. Bréart G, Puech F, Rozé J-C. Plan « Périnatalité » 2005-2007: Humanité, proximité, sécurité, qualité. 2005 2007.
  65. Fline-Barthes M-H, Vandendriessche D, Gaugue J, Urso L, Therby D, Subtil D.

Dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale et toxicologique pendant la grossesse: évaluation d'un auto-questionnaire par comparaison aux données du dossier médical. *Journal De Gynecologie, Obstetrique Et Biologie De La Reproduction*. Elsevier Masson. Maternité Jeanne de Flandre, hôpital Jeanne de Flandre, université Lille Nord de France, CHRU de Lille, France; 29 mars 2014;

66. Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol*. avr 1989;160(4):863- 8; discussion 868- 70.

67. Guerri C, Riley E, Strömland K. Commentary on the recommendations of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists concerning alcohol consumption in pregnancy. *Alcohol Alcohol Oxf Oxf*. août 1999;34(4):497- 501.

68. alcool\_grossesse\_tace\_2007\_ancien.pdf [Internet]. [cité 5 déc 2015]. Disponible sur: [http://bluegyn.com/spip/IMG/pdf/alcool\\_grossesse\\_tace\\_2007\\_ancien.pdf](http://bluegyn.com/spip/IMG/pdf/alcool_grossesse_tace_2007_ancien.pdf)

69. Fline-Barthes M-H, Vandendriessche D, Gaugue J, Urso L, Therby D, Subtil D. [Psychosocial vulnerability and substance use screening during pregnancy: Evaluation of a composite auto-questionnaire versus usual medical questioning.]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 29 avr 2014;

70. L'enquête nationale sur les violences - Publicat\_France.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2016]. Disponible sur: [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat\\_France.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat_France.pdf)

71. Boufettal H, Majdi F, Belhouss A, Mahdaoui S, Noun M, Hermas S, et al. Violence conjugale chez les femmes enceintes. *Rev Médecine Légale*. mai 2012;3(2):72- 8.

72. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NMC, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health*. juin 2005;8(2):89- 95.

73. Insee - Population - Un premier enfant à 28 ans [Internet]. [cité 29 janv 2016]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1419](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419)

74. Thue E, Schei B, Jacobsen G. Psychosocial factors and heavy smoking during pregnancy among parous Scandinavian women. *Scand J Prim Health Care*. 1 janv 1995;13(3):182- 7.

75. Pickett KE, Wilkinson RG, Wakschlag LS. The psychosocial context of pregnancy smoking and quitting in the Millennium Cohort Study. *J Epidemiol Community Health*. juin 2009;63(6):474- 80.

76. McFarlane J, Parker B, Soeken K. Physical Abuse, Smoking, and Substance Use During Pregnancy: Prevalence, Interrelationships, and Effects on Birth Weight. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1 mai 1996;25(4):313- 20.

77. Walsh RA, Redman S, Brinsmead MW, Fryer JL. Predictors of smoking in pregnancy and attitudes and knowledge of risks of pregnant smokers. *Drug Alcohol Rev*. 1 mars 1997;16(1):41- 7.

78. Maxson PJ, Edwards SE, Ingram A, Miranda ML. Psychosocial differences between smokers and non-smokers during pregnancy. *Addict Behav*. févr 2012;37(2):153- 9.

79. Yu SM, Park CH, Schwalberg RH. Factors associated with smoking cessation among U.S. pregnant women. *Matern Child Health J*. juin 2002;6(2):89- 97.

80. Graham H, Hawkins SS, Law C. Lifecourse influences on women's smoking before, during and after pregnancy. *Soc Sci Med*. févr 2010;70(4):582- 7.

81. Vaz LR, Leonardi-Bee J, Aveyard P, Cooper S, Grainge M, Coleman T, et al. Factors associated with smoking cessation in early and late pregnancy in the smoking, nicotine, and pregnancy trial: a trial of nicotine replacement therapy. *Nicotine Tob Res Off J Soc*

- Res Nicotine Tob. avr 2014;16(4):381- 9.
82. Grossesse et usage de substances psycho-actives non médicamenteuses - main.pdf [Internet]. [cité 29 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/showarticlefile/1006791/main.pdf>
  83. Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans CT, Pope MA, Heatherton T. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HSI. *Drug Alcohol Depend.* févr 1994;34(3):211- 6.
  84. Collectif. Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. Saint-Denis La Plaine: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2014 p. 1- 8.
  85. Dayan J. psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. 2ème édition. Elsevier Masson; 2014.
  86. Insee - Indicateur - Hausse du taux de chômage au troisième trimestre 2015 [Internet]. [cité 13 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/info-rapide.asp?id=14>
  87. Pennanen M, Broms U, Korhonen T, Haukkala A, Partonen T, Tuulio-Henriksson A, et al. Smoking, nicotine dependence and nicotine intake by socio-economic status and marital status. *Addict Behav.* juill 2014;39(7):1145- 51.
  88. Hoggart R, Garcias F, Garcias J-C, Passeron J-C. La culture du pauvre: étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre. Les éd. de minuit; 1970.
  89. Becker GS, Murphy KM. A Theory of Rational Addiction. *J Polit Econ.* 1988;96(4):675- 700.
  90. PERETTI-WATEL P. La société du risque. LA DECOUVERTE; 2010. 131 p.
  91. Jefferis BJMH, Power C, Graham H, Manor O. Effects of Childhood Socioeconomic Circumstances on Persistent Smoking. *Am J Public Health.* 1 févr 2004;94(2):279- 85.
  92. Jun H-J, Acevedo-Garcia D. The effect of single motherhood on smoking by socioeconomic status and race/ethnicity. *Soc Sci Med* 1982. août 2007;65(4):653- 66.
  93. Siahpush M. Why is lone-motherhood so strongly associated with smoking? *Aust N Z J Public Health.* févr 2004;28(1):37- 42.
  94. Sperlich S, Maina MN. Are single mothers' higher smoking rates mediated by dysfunctional coping styles? *BMC Womens Health.* 2014;14:124.
  95. Hobfoll SE. Social and psychological resources and adaptation. *Rev Gen Psychol.* 2002;6(4):307- 24.
  96. Collectif. Rapport national à l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. France; 2015.
  97. Chassevent-Pajot A, Guillou-Landréat M, Grall-Bronnec M, Wainstein L, Philippe H-J, Lombrail P, et al. Étude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* mai 2011;40(3):237- 45.
  98. L'enquête nationale sur les violences - Publicat\_France.pdf [Internet]. [cité 3 févr 2016]. Disponible sur: [http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat\\_France.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/France/Publicat_France.pdf)
  99. Martin SL, Beaumont JL, Kupper LL. Substance use before and during pregnancy: links to intimate partner violence. *Am J Drug Alcohol Abuse.* août 2003;29(3):599- 617.
  100. Flury M, Nyberg E, Riecher-Rössler A. Domestic violence against women: Definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly.* 2010;140:w13099.
  101. Sullivan TP, Flanagan JC, Dudley DN, Holt LJ, Mazure CM, McKee SA. Correlates of smoking status among women experiencing intimate partner violence: Substance use,

- posttraumatic stress, and coping. *Am J Addict.* 1 sept 2015;24(6):546- 53.
102. Kataoka Y, Yaju Y, Eto H, Horiuchi S. [Domestic violence against women during pregnancy]. *Nihon Kōshū Eisei Zasshi Jpn J Public Health.* sept 2005;52(9):785- 95.
103. Bayle B. *Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance.* L'HARMATTAN; 2012. 152 p.
104. 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care.* sept 2008;53(9):1217- 22.
105. Tikkanen M, Surcel H-M, Bloigu A, Nuutila M, Ylikorkala O, Hiilesmaa V, et al. Self-reported smoking habits and serum cotinine levels in women with placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand.* déc 2010;89(12):1538- 44.
106. Mattsson K, Källén K, Rignell-Hydbom A, Lindh CH, Jönsson BAG, Gustafsson P, et al. Cotinine Validation of Self-Reported Smoking During Pregnancy in the Swedish Medical Birth Register. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* janv 2016;18(1):79- 83.

**AUTEUR : Nom : Brunais** **Prénom : Emmanuelle**

**Date de Soutenance : 30 mai 2016**

**Titre de la Thèse : Tabagisme chez la femme enceinte : influence des facteurs psychosociaux**

**Thèse - Médecine - Lille 2016**

**Cadre de classement : Psychiatrie périnatale-Addictologie**

**DES + spécialité : DES de Psychiatrie**

**Mots-clés : tabagisme, grossesse, facteurs de risque psychosociaux**

**Résumé :**

**Introduction :** Le tabagisme chez la femme enceinte est responsable de complications néfastes sur la santé de la mère et de l'enfant, avec le plus souvent un effet dose-dépendant. Le score HSI évalue l'intensité de la consommation tabagique, y compris chez la femme enceinte et est un bon prédicteur de la rechute précoce après une première tentative d'arrêt de la consommation(16). Dans la population générale le score HSI est fortement associé avec un bas niveau socio-économique et l'usage de substances psychoactives. Cependant les facteurs de risque associés au score HSI pendant la grossesse n'ont jamais été étudiés.

**Méthode :** 1310 femmes enceintes consultant dans le cadre d'une visite prénatale ont été recrutées à la maternité Jeanne de Flandre de Lille pour répondre à un questionnaire de dépistage des situations de vulnérabilité psychosociale. Un modèle de régression linéaire a été utilisé pour évaluer l'association entre le score HSI et les facteurs de risques psychosociaux.

**Résultats :** 895 femmes ont remplis le questionnaire (soit 68,3%). Le modèle de régression linéaire en analyse multivariée ( $R^2=0,22$  ;  $p<0,0001$ ) a montré une association significative entre le score HSI et le fait de ne pas vivre en couple ( $\beta=0,19$  ; IC95% [0,09-0,48] ;  $p=0,005$ ), de recevoir une aide sociale gratuite ( $\beta=0,19$  ; IC95% [0,03-0,23] ;  $p=0,02$ ), d'avoir déjà subi des violences physiques ou psychiques ( $\beta=0,23$  ; IC95% [0,01-0,45] ;  $p=0,037$ ) et d'avoir déjà consommé du cannabis ( $\beta=0,59$  ; IC95% [0,38-0,80] ;  $p<0,0001$ ). **Discussion :** Les femmes enceintes avec une consommation importante de tabac devrait bénéficier systématiquement d'une évaluation psychosociale afin d'améliorer leur prise en charge.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Monsieur le Professeur Damien SUBTIL**

**Monsieur le Docteur Benjamin ROLLAND**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Benjamin Rolland**