

Université de Nantes

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

2005

N°6

**Prise en charge du tabagisme en Procréation
Médicale Assistée : enquête au sein de
l'Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes**

Séverine BONNIN

Directeur de Mémoire : HUMEAU Marie-Pierre

Promotion 2001-2005

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
I. DONNEES DE LA LITTERATURE	2
1.1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DU TABAC EN FRANCE.....	2
1.1.1. Mortalité.....	2
1.1.2. Prévalence	2
1.1.3. Vente de tabac	3
1.1.4. Nombre d'arrêts.....	3
1.1.5. Moyens d'aide à l'arrêt	3
1.2. BREF HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME	4
1.3. DONNEES DE TABACOLOGIE	6
1.3.1. Constituants de la cigarette et de sa fumée	6
1.3.2. La dépendance tabagique	6
1.4. TABAGISME ET PMA	8
1.4.1. Influence du tabagisme sur la fertilité féminine.....	8
1.4.1.1. Tabagisme et fécondité naturelle.....	8
1.4.1.2. Tabagisme et augmentation du délai de conception.....	8
1.4.1.3. Altération ovarienne primaire in utéro	9
1.4.1.4. Tabagisme et réserve ovarienne	9
1.4.1.5. Tabagisme et ménopause précoce	9

1.4.2. Tabagisme et procréation médicale assistée.....	10
1.4.2.1. Tabagisme et fertilité après AMP.....	10
1.4.2.2. Tabagisme et stimulation ovarienne.....	10
1.4.2.3. Altération de la maturation méiotique des ovocytes	10
1.4.3. Tabagisme et premier trimestre de grossesse	11
1.4.3.1. Augmentation des fausses couches spontanées.....	11
1.4.3.2. Augmentation des grossesses extra-utérines	11
1.4.4. Influence du tabagisme sur la fertilité masculine.....	12
1.4.5. Constituants du tabac impliqués dans l'altération de la fertilité	12

II. ENQUETE 14

2.1. MATERIELS ET METHODES	14
2.1.1. Objectifs	14
2.1.2. Hypothèses de recherche	15
2.1.3. Moyens	15
2.1.3.1. Choix et distribution de l'enquête	15
2.1.3.2. Caractéristiques du questionnaire.....	16
2.2. RESULTATS	17
2.2.1. Généralités.....	17
2.1.1.1. Répartition.....	17
2.1.1.2. Age des femmes	17
2.1.1.3. Situation professionnelle	18
2.1.1.4. Suivi en PMA	19
2.1.1.5. Gestité et parité.....	19
2.1.1.6. Moral des patientes.....	20
2.1.1.7. Tabagisme passif	20
2.1.1.8. Connaissance de l'influence du tabagisme sur la fertilité du couple	22

2.2.2. Les ex-fumeuses (24 patientes)	23
2.2.2.1. Habitus tabagiques des anciennes fumeuses	23
2.2.2.2. Conseil des professionnels	24
2.2.2.3. Méthode pour cesser le tabac	24
2.2.2.4. Comportement à l'arrêt du tabac	25
2.2.3. Les femmes fumeuses (23 patientes)	25
2.2.3.1. Habitus tabagiques et comportement durant la PMA.....	25
2.2.3.2. Diminution du tabagisme depuis le désir d'enfant.....	26
2.2.3.3. Diminution du tabagisme depuis le suivi en PMA.....	26
2.2.3.4. Conseil des professionnels	26
2.2.3.5. Motivations à l'arrêt du tabac.....	27
2.2.3.6. Proposition d'aide au sevrage tabagique	27
2.2.3.7. Craintes à l'arrêt	28

III. DISCUSSION..... 29

3.1. DISCUSSION DE L'ETUDE	29
3.1.1. Les femmes fumeuses (23 patientes) : facteurs de risque, motivations à l'arrêt....	29
3.1.1.1. Age	30
3.1.1.2. Caractéristiques socio-économiques	30
3.1.1.3. Suivi en Procréation Médicale Assistée	31
3.1.1.4. Tentatives d'arrêts	31
3.1.2. Enseignements à tirer des anciennes fumeuses	32
3.1.3. Tabagisme passif	32
3.1.4. Information des femmes.....	33
3.2. PRISE EN CHARGE AU NIVEAU DU SERVICE.....	34
3.2.1. Nécessité d'un conseil minimal.....	34
3.2.2. Remise d'une brochure.....	36
3.2.3. Mesure du taux de CO.....	36
3.2.4. Formation du personnel soignant	37
3.2.5. Orientation vers une consultation d'aide au sevrage.....	37
3.2.5.1. Principes généraux	37

3.2.5.2. Déroulement des consultations.....	38
3.2.5.3. Principales thérapeutiques utilisées.....	39
3.2.6. Prise en charge du conjoint	40
3.3. IMPLICATION INDISPENSABLE DE L'HOPITAL MERE ENFANT	41
3.3.1. 2001, création d'une consultation d'aide au sevrage tabagique.....	41
3.3.2. 2004, ouverture de la « Maternité sans Tabac ».....	42
3.3.2.1. Politique à l'égard de la structure.....	42
3.3.2.2. Politique à l'égard du personnel.....	43
3.3.2.3. Politique à l'égard des patientes et de leurs accompagnants.....	44
3.4. PRISE DE CONSCIENCE COMMUNAUTAIRE.....	44
3.4.1. Actions réalisées depuis 2003	45
3.4.2. Efforts à poursuivre et actions en cours d'évaluation	45
CONCLUSION.....	48

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

GLOSSAIRE

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CLOPT: Comité Local de Prévention du Tabagisme

CO: Monoxyde de Carbone

DRASS: Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

FIV: Fécondation In Vitro

FSH: Follicular Stimulating Hormon

GEU: Grossesse Extra Utérine

HAD: Hospital Anxiety Depression

HME: Hôpital Mère Enfant

INPES: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

OR: Odd Ratio

PMA: Procréation Médicale Assistée

SMUR: Service Médical d'Urgence et de Réanimation

TSN: Traitement de Substitution Nicotinique

UCT: Unité de Coordination de Tabacologie

UI: Unité Internationale

Vs: versus

INTRODUCTION

En France, les données de Santé Publique dressent un constat alarmant du tabagisme à l'échelon national, et plus particulièrement du tabagisme féminin : 25,3% des femmes tous âges confondus, en 2003.

Les différentes politiques gouvernementales de prévention et de lutte contre le tabagisme visent à faire diminuer cette tendance depuis quelques années. Cependant, un nombre important de femmes ne parvient pas à cesser le tabac, car elles entretiennent avec lui une relation de dépendance physique et psychique, induite par la nicotine.

Une population spécifique a été étudiée dans ce travail : les femmes fumeuses suivies pour infertilité. A ce jour, 1 couple sur 7 consulte pour des problèmes d'infertilité, soit 60 000 nouveaux consultants par an. De nombreuses études ont démontré que le tabagisme, actif et passif, entraîne des effets délétères sur la fertilité du couple. En outre, le tabagisme est responsable de complications lors de la grossesse et en période néonatale.

Ces constatations justifient la nécessité, pour les professionnels de santé, d'inciter le couple suivi en Procréation Médicale Assistée, à arrêter le tabac, tant pour les bénéfices attendus en PMA que pour une future grossesse.

C'est pourquoi une enquête a été réalisée dans le service de Biologie du développement et de la Reproduction du CHU de Nantes. Elle avait pour but d'évaluer la prévalence des fumeuses, de connaître leur information sur le tabac et leurs attentes par rapport à un éventuel sevrage.

Ce travail propose ensuite une attitude professionnelle à adopter face à des patients fumeurs, et rappelle aussi le rôle indispensable des établissements de santé dans la prévention et la lutte contre le tabagisme.

Enfin, un dernier accent est mis sur la nécessité, pour la société, de modifier ses comportements, notamment en matière de tabagisme passif.

I. DONNEES DE LA LITTERATURE

1.1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DU TABAC EN FRANCE

1.1.1. Mortalité

Le nombre de décès par an imputables au tabac en France est aujourd'hui estimé à plus de 66 000 dont 59 000 hommes (soit 21% de la mortalité masculine) et 7 400 femmes (soit 3% de la mortalité féminine) (44). Le tabac entraîne des décès par cancer pour 52% des cas, par maladies cardio-vasculaires pour 18% des cas, par maladies respiratoires pour 16% des cas, ou par maladies digestives.

Si une baisse modeste de la mortalité tabagique masculine s'observe depuis une dizaine d'années, « la hausse de la mortalité féminine semble en revanche irrépressible ». Certains experts estiment même qu'en 2025, il y aura autant de décès féminins par cancer du poumon que par cancer du sein.

1.1.2. Prévalence

La prévalence du tabagisme a chuté de 12% en 2003 par rapport à 1999, soit 1,8 millions de fumeurs en moins. Cette baisse est particulièrement nette dans deux populations prioritaires : les jeunes et les femmes (15 – 25 ans) où la baisse atteint 18%.

Ainsi en 2003, chez les femmes (tous âges confondus), elle était de 25,3% contre 30,8% en 1999 soit une diminution de 1,25 million de fumeuses (1). Cependant, la prévalence du tabagisme chez les jeunes filles (18-24 ans) est préoccupante : 46%, soit quasiment identique à celle des jeunes gens. Les femmes s'arrêtent de fumer plus tôt : dans la tranche des 25-34 ans (âge de la première grossesse), le tabagisme diminue mais reste élevé : 40%. On peut même dire que durant toute la période de fertilité, le pourcentage de fumeuses ne descend pas en deçà de 27%. Dernier chiffre notable, celui de la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes : il est actuellement de 25% (chiffre de 2003) contre 32% en 1986 (32).

La consommation quotidienne est elle aussi en baisse : 11,6 cigarettes/jour (toutes populations confondues) contre 14,2 en 1995 (2).

1.1.3. Vente de tabac

Si une baisse régulière des ventes s'observe déjà depuis une dizaine d'années, - effet de la loi Evin -, celle-ci a été particulièrement marquée en 2003 avec un recul de 13,5% des ventes par rapport à 2002 : 69,3 millions de cigarettes vendues contre 83,5 millions en 2002. Plusieurs actions réglementaires et éducatives, dont la hausse du prix des cigarettes (+ 40% en un an) sont à l'origine de ces chiffres (1).

1.1.4. Nombre d'arrêts

L'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) a observé un nombre d'arrêts récents (moins de 12 mois) plus important : 1,9 million de personnes ont cessé le tabac en 2003 soit 700 000 de plus que ce qui avait été observé en 1999 (38).

Les intentions d'arrêts sont elles aussi à la hausse : 66% des fumeurs déclarent vouloir cesser le tabac contre 58% en 1999 (soit une augmentation de 13,8%). Seul 1/3 de ces fumeurs ne s'est pas fixé de délai contre 51% en 1999.

L'importance du prix comme motif d'arrêt arrive en tête des motivations pour stopper le tabac en 2003, alors qu'il n'était que quatrième en 1999.

1.1.5. Moyens d'aide à l'arrêt

Cette chute du tabagisme s'est traduite par une augmentation du nombre de consultations d'aide à l'arrêt. Entre 2000 et 2003, le nombre de sites de consultations hospitalières a augmenté de 10% soit 228 centres ; le nombre de vacations a lui progressé de 30%. Toutes les

régions françaises en sont pourvues, et seuls 8 départements n'en possèdent pas encore à l'heure actuelle. Le nombre de consultations a, lui, doublé : en 2003, on estime que 50 000 nouveaux fumeurs ont été pris en charge, soit environ 3% des fumeurs tentant d'arrêter (16). La majorité des consultations concerne le suivi d'un sevrage, ce qui indique une fidélisation de la clientèle ; les nouveaux consultants représentent environ 1/3 des patients (31,8%) ; les patients hospitalisés constituent 10% de la clientèle. Enfin, les femmes enceintes stagnent à un taux très bas de 2,4% du total des consultants (44).

D'autre part, une hausse très nette de la fréquentation de la ligne d'aide Tabac Info Service a été observée : 44 000 appels en 2003 contre 25 000 en 2002. La majorité des appelants sont des femmes (59%), la moyenne d'âge est de 41 ans. Les appelants ont eu connaissance du numéro en majorité sur le paquet, le second support étant la télévision (17).

1.2. BREF HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME

La loi Veil du 09 juillet 1976, première loi pour la prévention du tabagisme qui interdit le tabac dans certains lieux collectifs, supprime les distributeurs de cigarettes, régleme la publicité en faveur du tabac, et oblige l'inscription « nuit gravement à la santé » sur les paquets (42).

La loi Evin du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et contre l'alcoolisme, renforce la loi Veil ; elle a pour principales mesures :

- L'avertissement obligatoire des dangers du tabac associé à la mention « Nuit gravement à la santé » figurant sur les paquets.
- L'augmentation des prix du tabac.
- L'interdiction de toute publicité en faveur du tabac dans les médias.
- L'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif (milieux scolaires, transports en commun..).

Le Réseau Hôpital Sans Tabac est créé en juillet 1996 à l'initiative de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris et de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (41). Il a pour vocation de fédérer les établissements de soins autour de la prévention et la prise en charge du tabagisme. A ce jour, 380 établissements publics ou privés sont membres du Réseau (chiffres juin 2004).

La Conférence de Consensus sur le tabagisme qui s'est tenue à Paris en **1998**, a émis des recommandations sur la prise en charge des fumeurs.

La circulaire DH/EO2/DGS/2000/182 du 03 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultation de tabacologie ou d'unité de coordination de tabacologie (42). Cette circulaire a pour mission la prise en charge des personnes dépendantes du tabac grâce :

- Au renforcement des consultations hospitalières de tabacologie.
- A la mise en place d'unités de coordination de tabacologie (UCT) responsables de la formation pour les professionnels de santé.
- A la mise en place d'un baromètre « Soignants sans tabac » permettant d'apprécier la proportion de fumeurs parmi les soignants.

Le Réseau Maternité Sans Tabac, réseau spécialisé d'Hôpital Sans Tabac voit le jour en **2002**. En juin 2004, 28 maternités avaient déjà adhéré à ce réseau (41).

Le plan Cancer, mission interministérielle 2003-2007 dont un volet important est consacré à la lutte contre le tabagisme : 9 mesures sur les 70 que compte le plan (43). Notons plus particulièrement les mesures 9 et 10 :

- Mesure 9 : « Aide à l'arrêt du tabac par des actions volontaristes d'éducation à la santé », comprenant notamment la mise en place de consultations anti-tabac dans chaque département, l'intégration d'un module prévention et éducation à la santé dans le tronc commun des études médicales, et l'expérimentation d'une prise en charge partielle par l'assurance maladie de substituts nicotiques.

- Mesure 10 : « Lutte contre le tabagisme des femmes enceintes » comprenant l'information dans les maternités, la sensibilisation du personnel soignant et l'accès aux consultations de sevrage.

1.3. DONNEES DE TABACOLOGIE

1.3.1. Constituants de la cigarette et de sa fumée

La fumée de cigarette est un mélange complexe de plus de 4000 substances toxiques, certaines en suspension dans un mélange gazeux : « phase gazeuse », et d'autres à l'état liquide dispersées en fines gouttelettes, et constituant la « phase particulaire » (13).

Dans la phase gazeuse, sont présents :

- Du dioxyde de carbone, du monoxyde de carbone, de l'oxygène, de l'azote...
- Des composés organiques volatils, aldéhydes, cétones...

La phase particulaire est un aérosol comportant des milliards de particules pénétrant profondément jusqu'aux alvéoles pulmonaires ; elle contient :

- Des substances cancérigènes (benzopyrènes, pyridine) ;
- Des irritants (aldéhydes) ;
- Des métaux : cadmium, nickel, carbonyl... ;
- Des radicaux libres ;
- De la nicotine, 1 à 3 mg par cigarette, élément essentiel de l'induction de la dépendance.

1.3.2. La dépendance tabagique

Le tabagisme est considéré comme une substance addictive (13), c'est-à-dire induisant une dépendance psychique et physique, selon la définition même de l'Organisation Mondiale de la

Santé : « *La dépendance est un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance étrangère, état caractérisé par des réponses comportementales avec toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique, de façon à ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence. La tolérance, c'est-à-dire la nécessité d'augmenter progressivement les doses, peut ou non être présente.* »

Le tabagisme est un comportement renforcé par une dépendance dont la nicotine est responsable. La multiplicité de ses actions s'explique par le caractère ubiquitaire des récepteurs nicotiques présents dans de nombreux organes (jonction neuromusculaire, médullosurrénale, ganglions sympathiques, thalamus..).

Lors de la prise d'une cigarette, après inhalation de la fumée, la nicotine se fixe sur ces récepteurs en moins de 10 secondes. L'effet renforçateur est alors d'autant plus grand que l'intervalle entre le geste et la sensation est plus court et plus souvent renouvelé. L'action de la nicotine sur les récepteurs nicotiques centraux explique les propriétés psychoactives de cet alcaloïde.

La dépendance psychique est liée au besoin de retrouver des sensations de plaisir, de satisfaction de détente. La cigarette a également une action antalgique et un effet anorexigène. Enfin, c'est un soutien dans les situations de stress, les baisses de moral ou un moyen de s'affirmer en cas d'anxiété sociale. Elle peut être considérée comme un régulateur de l'équilibre psychique.

La dépendance physique apparaît plus tardivement et ne survient pas chez tous les fumeurs. Sous un certain seuil de nicotémie, la sensation de manque survient, avec une pulsion irrésistible de reprendre une cigarette. Parallèlement, apparaissent des troubles de caractère : nervosité, irritabilité, agitation...voire agressivité. Le sujet fume alors pour supprimer ces sensations désagréables. Ces troubles sont considérablement atténués par un apport de nicotine en quantités suffisantes.

1.4. TABAGISME ET PMA

1.4.1. Influence du tabagisme sur la fertilité féminine

1.4.1.1. Tabagisme et fécondité naturelle

En 1996, Hughes et Brennan (8) ont effectué une revue de la littérature regroupant 13 études qui traitaient du sujet (études réalisées entre 1968 et 1995). Une méta analyse était impossible du fait de l'hétérogénéité clinique des études. 12 des 13 études ont conclu à une diminution de la fécondité naturelle (estimée par le taux de conception) avec des odds ratio variant de 0,33 à 0,97. Seule une étude israélienne réalisée par Harlap en 1984, ne retrouvait aucune différence mais aucune donnée n'était présentée pour étayer cette position.

En 1998, C. Augood (2) a sélectionné 12 études, parmi les 24 traitant du sujet, réalisées entre 1985 et 1997 afin de réaliser une méta analyse sur le sujet. Ainsi, sur une population d'environ 30 000 femmes, le taux d'infertilité – défini ici par 15 mois de tentatives infructueuses – est augmenté de 60% chez les fumeuses (OR=1,60 ; 1,34–1,91).

1.4.1.2. Tabagisme et augmentation du délai de conception

Une étude danoise rétrospective (18), menée auprès de 11 880 femmes a révélé que les femmes fumant plus de 5 cigarettes par jour, avaient 1,83 fois plus de risques de concevoir au-delà de douze mois (OR=1,83 ; 1,28-2,61).

Une seconde étude britannique (9) réalisée entre 1991 et 1992 a montré sur 8515 grossesses planifiées (conception intentionnelle) une augmentation significative du délai de conception de 6 mois supplémentaires chez 23% des fumeuses comparativement aux non-fumeuses (OR=1,23 ; 0,98-1,49) et un risque de concevoir d'un an supplémentaire chez 54% de ces fumeuses (OR=1,54 ; 1,19-2,01), ce délai étant significativement proportionnel au nombre de cigarettes consommées. Cette étude a aussi mis en évidence l'influence néfaste du tabagisme passif subi par les non-fumeuses avec un délai de conception augmenté de 6 mois pour 17% d'entre elles (OR=1,17 ; 1,02-1,37) et augmenté d'un an pour 14% d'entre elles (OR=1,14 ; 0,92-1,42). Ces effets apparaissent largement réversibles lors de l'arrêt du tabac.

1.4.1.3. Altération ovarienne primaire in utéro

Entre 1992 et 1995, une étude danoise (12) menée sur 430 couples a recherché les effets de l'exposition du tabagisme in utéro sur la fertilité. Le taux de fécondité chez les non-fumeuses exposées in utéro était de 0,70 (0,48-1,03) ; chez les fumeuses non exposées ce taux était de 0,67 (0,42-1,06) ; enfin chez les fumeuses déjà exposées in utéro, il diminuait à 0,53 (0,31-0,91).

1.4.1.4. Tabagisme et réserve ovarienne

Une étude américaine (22) a observé des ovaires morphologiquement normaux d'une centaine de femmes ayant subi une hystérectomie. Grâce à des coupes histologiques, ils déterminaient le nombre moyen de follicules et leur densité. Le nombre de follicules était de 6,8+/-12,1 chez les non-fumeuses versus 3,4+/-5,2 chez les fumeuses. Selon cette étude, la déplétion folliculaire serait irréversible malgré l'arrêt du tabac, probablement due aux constituants chimiques contenues dans la fumée de cigarette.

Une seconde étude a conclu à une déplétion folliculaire irréversible si le tabagisme était débuté dès l'adolescence. En effet, l'exposition à des toxiques durant le développement pubertaire entraîneraient des dommages irréparables (14).

1.4.1.5. Tabagisme et ménopause précoce

Enfin, le tabagisme retentit aussi sur l'âge de la ménopause. En effet, de nombreuses études réalisées depuis une vingtaine d'années (21) ont constaté un âge de la ménopause plus précoce chez les fumeuses survenant en moyenne deux ans plus tôt. De plus, le tabagisme entraîne une diminution du taux d'œstradiolémie et une augmentation de l'ostéoporose.

1.4.2. Tabagisme et procréation médicale assistée

1.4.2.1. Tabagisme et fertilité après AMP

Une étude prospective réalisée en Californie (11) entre 1993 et 1998 a révélé qu'une femme ayant déjà fumé (fumeuses et ex-fumeuses confondues) et subissant une FIV avait un risque multiplié par 2,71 de ne pas débiter une grossesse comparativement à une non-fumeuse ; ce risque augmentait de 9% pour chaque année de tabac additionnée allant jusqu'à 4,86 pour celles fumant depuis plus de cinq ans.

Une méta analyse réalisée par Hughes et Brennan (8) à partir de sept études menées en FIV a conclu à un odds ratio moyen du taux de conception de 0,57 (0,42-0,78) pour une fumeuse. Une seconde méta analyse réalisée par Augood (2) à partir de neuf études a abouti à une diminution des chances de succès de 0,66 pour les fumeuses ayant recours à une FIV.

1.4.2.2. Tabagisme et stimulation ovarienne

En 1995, El Nemr (7) a réalisé une étude rétrospective sur 173 femmes recourant à une FIV en mesurant leurs taux de FSH et la réponse à un protocole de stimulation ovarienne. Il a conclu à une augmentation significative du taux de FSH chez les fumeuses (7,5 UI/l vs 4,7) ainsi que la dose de gonadotrophines nécessaire à la stimulation (48,1 vs 38,9). De plus, le nombre d'ovocytes recueillis était plus faible (6,2 vs 11,1). Enfin, le taux de cycles abandonnés était plus élevé (9 vs 5), de même que le taux d'échecs de fécondation (12 vs 9).

1.4.2.3. Altération de la maturation méiotique des ovocytes

L'étude canadienne de Zenzes (27) a consisté à examiner l'effet du tabagisme sur la maturation méiotique des ovocytes. Celui-ci a montré une fréquence augmentée d'ovocytes diploïdes, effet dose dépendant : 21,2% chez les grosses fumeuses (>15 cigarettes/jour), contre 12,1% chez les fumeuses de moins de 15 cigarettes/jour et contre 5,1% pour les non-fumeuses ; l'augmentation du nombre d'ovocytes diploïdes résulterait d'un défaut d'expulsion

du premier globule polaire. De plus, il a observé une augmentation des zygotes triploïdes : 15,1% chez une grosse fumeuse versus 4,1% chez une non-fumeuse.

1.4.3. Tabagisme et premier trimestre de grossesse

1.4.3.1. Augmentation des fausses couches spontanées

Une étude australienne (23), dirigée par Winter entre 1994 et 1999, a observé le nombre de grossesses débutant après transfert d'embryons ainsi que le nombre de fausses couches précoces (survenant à 6-7 semaines d'aménorrhée). Sur 1196 grossesses obtenues, le taux de FCS était de 16%, le tabagisme maternel augmentant de façon significative ce risque puisque les taux étaient doublés chez les fumeuses (OR=2,00 ; 1,27-3,15).

1.4.3.2. Augmentation des grossesses extra-utérines

Une première étude américaine (20), réalisée entre 1981 et 1986 et cherchant à démontrer le lien entre tabagisme et grossesse ectopique a obtenu un risque relatif de GEU de 1,3 (1,0-1,8) chez une fumeuse comparativement à une non-fumeuse. Celle-ci a aussi établi que ni l'intensité, ni la durée du tabagisme n'influaient sur ces taux.

Une large étude française (4), plus récente, menée entre 1995 et 2000 dans la région Auvergne a recensé 803 cas de GEU qu'elle a comparé à 1683 témoins. Après ajustement des paramètres, celle-ci conclut à une forte association tabac-GEU avec un effet dose dépendant : OR=1,7(1,2-2,4) chez une femme fumant de 1 à 9 cigarettes/jour, OR=3,1 pour celles fumant 10 à 20 cigarettes par jour et OR=3,9 chez celle fumant plus d'un paquet par jour. Cette étude démontre aussi la réversibilité de ce risque à l'arrêt du tabac puisqu'il chute à 1,5 chez une ex-fumeuse, taux intermédiaire entre une non-fumeuse et une fumeuse.

1.4.4. Influence du tabagisme sur la fertilité masculine

Les différentes études menées depuis une quinzaine d'années sur l'influence du tabagisme sur la fertilité masculine ont mis en évidence l'existence d'effets délétères indéniables (34) :

– Concernant les paramètres spermiologiques, les études ont constaté une tendance à la diminution du nombre de spermatozoïdes et à une altération de la vitalité (différences non significatives). De plus, celles-ci ont démontré une baisse significative du pourcentage de cellules mobiles et une augmentation de la tératospermie, affectant plus particulièrement la tête des spermatozoïdes, avec risque d'hypofertilité.

– Au niveau nucléaire, le tabagisme est responsable d'une augmentation de la fragmentation de l'ADN des spermatozoïdes et d'une augmentation de la prévalence d'anomalies chromosomiques.

– Enfin, le tabagisme interfère sur le développement embryonnaire avec une hausse d'embryons d'aspect morphologique anormal chez les couples dont l'homme fume. Zenzes a observé également des dommages de l'ADN chez les embryons des couples fumeurs.

1.4.5. Constituants du tabac impliqués dans l'altération de la fertilité

La **cotinine**, métabolite majeur de la nicotine, est détectable dans le fluide folliculaire des fumeuses actives et passives, de manière dose dépendante (26).A ce niveau, il est responsable d'une altération de la qualité des ovocytes et du développement des cellules folliculaires.

La **nicotine** et l'**anabasine**, métabolite de la nicotine, entraînent aussi une inhibition de l'aromatase (3) (10), enzyme permettant la conversion de l'androstènedione en oestradiol. En compromettant la stéroïdogénèse, ces extraits du tabac altèrent la maturation ovocytaire, diminuent la réponse à une stimulation par gonadotrophines, et accélèrent l'entrée en ménopause. Notons que ces effets seraient totalement réversibles à l'arrêt du tabac.

Enfin, l'**exposition nicotinique** augmente le taux de grossesses extra-utérines ; celle-ci a en effet des effets néfastes sur la fonction ciliaire, affaiblit la motilité tubaire et retarde la nidation. Ces effets sont réversibles à l'arrêt du tabac, seulement si celui-ci est prolongé (minimum de deux ans) (20).

Le **cadmium**, métal lourd est lui aussi significativement plus élevé au niveau des ovocytes de fumeuses : il compromet donc la qualité ovocytaire et le développement des cellules folliculaires (7). De plus, Zenzes a démontré que le cadmium augmentait la formation d'ovocytes diploïdes, par non expulsion du premier globule polaire (20).

Le **benzopyrène**, constituant cancérigène de la fumée de cigarette a la possibilité de se lier aux molécules d'ADN, on lui reconnaît alors des propriétés hautement mutagènes. Or, il a été détecté dans les ovocytes, les cellules lutéales, et plus récemment dans les blastomères d'embryons pré-implantatoires de couples fumeurs. La transmission d'un ADN altéré pourrait donc être responsable d'échecs d'implantation, de fausses-couches spontanées, voire d'anomalies du développement embryonnaire (21).

Les **agents mutagènes** et les **radicaux libres** toucheraient eux, principalement les cellules germinales masculines (34). En effet, la spermatogénèse ayant lieu de l'adolescence jusqu'à un âge avancé, ceci entraîne une fenêtre d'exposition aux toxiques, prolongée. Le stress oxydatif généré par les radicaux libres est responsable d'une fragmentation de l'ADN avec altération de la mobilité, de la morphologie et du nombre de spermatozoïdes et d'une augmentation de la prévalence d'anomalies chromosomiques par interaction de substances mutagènes avec le fuseau méiotique. Enfin, les radicaux libres et le peroxyde d'hydrogène présents dans le plasma séminal, sont incriminés dans la hausse d'embryons d'aspect morphologique anormal.

II. ENQUETE

2.1. MATERIELS ET METHODES

2.1.1. Objectifs

Comme nous venons de le voir, la littérature regorge d'arguments scientifiques en défaveur du tabac, tant par ses effets néfastes sur la fertilité que pour la santé en général.

Le but de notre travail est de démontrer l'urgence médicale du problème de santé publique que pose le tabagisme, et de mobiliser les professionnels de santé à l'aide au sevrage tabagique, en ciblant notre enquête sur des femmes fumeuses suivies pour infertilité.

Les objectifs secondaires de ce travail étaient :

- De déterminer la prévalence des fumeuses parmi notre échantillon de population et de le comparer à la population générale.
- D'étudier les caractéristiques sociales et socioprofessionnelles des fumeuses afin de définir des populations à risque.
- D'évaluer l'implication des professionnels de santé dans l'aide à l'arrêt.
- De rechercher les craintes des patientes à l'arrêt du tabac afin d'optimiser leur prise en charge.
- De démontrer la nécessité de promouvoir la consultation d'aide au sevrage présente dans l'enceinte de l'hôpital.

2.1.2. Hypothèses de recherche

Nous émettons les hypothèses suivantes :

- La prévalence des fumeuses, parmi les femmes suivies pour infertilité, est élevée et coïncide avec les chiffres de la population générale.
- Les femmes suivies en PMA ont d'autant plus de difficultés à cesser le tabac qu'elles sont entourées de fumeurs, que l'infertilité perdure et qu'elles appartiennent à des catégories socioprofessionnelles défavorisées.
- Les femmes suivies pour infertilité connaissent les risques du tabagisme sur la fertilité du couple.
- Le personnel du service a un rôle fondamental à jouer dans la sensibilisation des femmes au tabagisme actif et passif, et dans la proposition d'aide au sevrage.

2.1.3. Moyens

2.1.3.1. Choix et distribution de l'enquête

Un questionnaire a été choisi comme méthode d'investigation (Annexe 1).

Cette enquête, anonyme, à caractère descriptif et prospectif était adressée à toutes les femmes consultant dans le service de « biologie du développement et de la reproduction » de la maternité du CHU de Nantes. Ces femmes étaient suivies pour infertilité, elles consultaient pour une échographie, un bilan sanguin ou un entretien médical.

La distribution était réalisée par les sages-femmes et infirmières du service ; elle s'est déroulée du 01/09/2004 au 15/10/2004 soit 33 jours ouvrables.

104 questionnaires ont été récupérés et analysés.

2.1.3.2. Caractéristiques du questionnaire

Le questionnaire était réalisé en trois parties :

La page 1 contenait 15 questions et s'adressait à toutes les femmes. Elle permettait de recueillir des informations générales : âge, situation professionnelle, durée de suivi en PMA, gestité, moral actuel et statut tabagique du couple.

La page 2 s'adressait exclusivement aux ex-fumeuses.

La page 3 était destinée aux fumeuses.

Les pages 2 et 3 avaient pour but d'évaluer les habitudes tabagiques de ces patientes, de connaître la méthode d'arrêt et le vécu de l'arrêt pour les ex-fumeuses, et d'évaluer la motivation à l'arrêt des fumeuses après recueil de leurs craintes.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées par le logiciel Epi Info.

2.2. RESULTATS

2.2.1. Généralités

2.1.1.1. Répartition

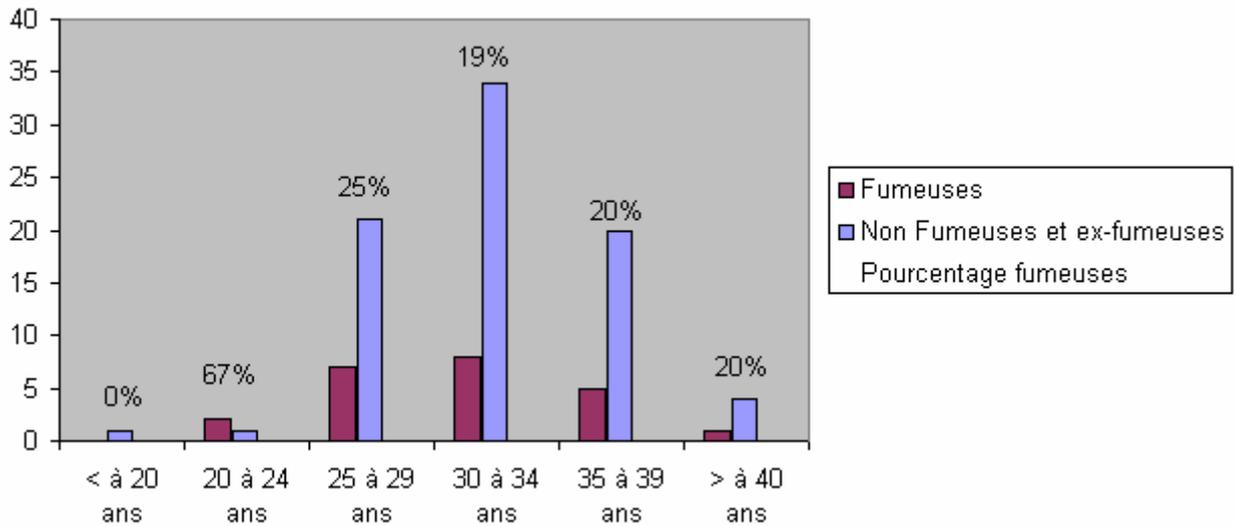
104 questionnaires ont été récupérés. Leur exploitation a permis de répartir les femmes en trois catégories : les non-fumeuses, les ex-fumeuses et les fumeuses.

	Nombre	%
Non-fumeuses	57	54,8
Ex fumeuses	24	23,1
Fumeuses	23	22,1

Tableau 1 : Répartition des femmes selon leur statut tabagique

2.1.1.2. Age des femmes

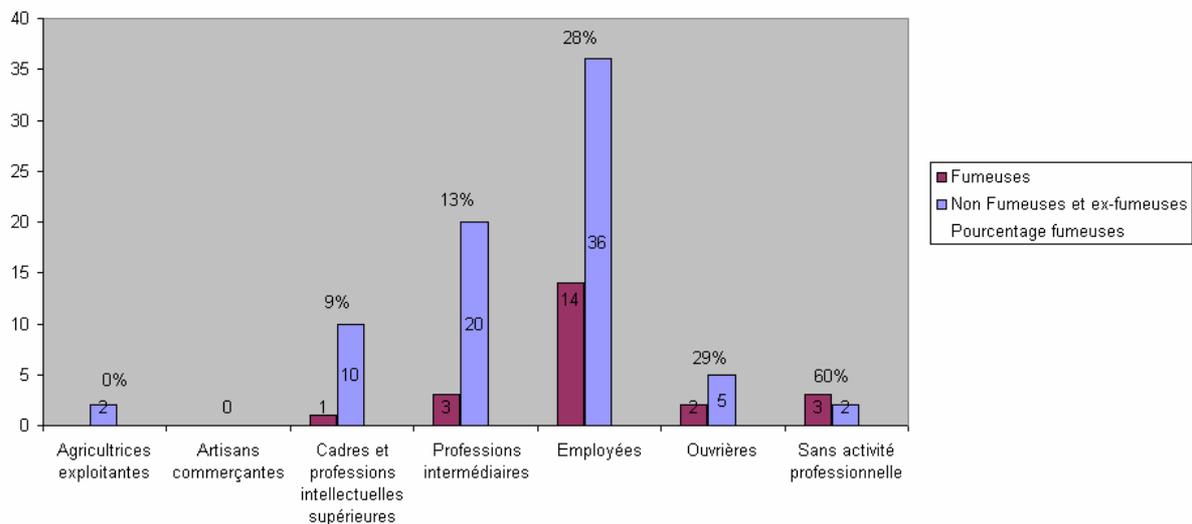
Notre échantillon comprenait des femmes âgées de 19 à 43 ans, la moyenne d'âge étant de 32 ans.



Graphique 1 : Répartition des femmes selon leur âge et leur statut tabagique

2.1.1.3. Situation professionnelle

103 réponses ont été obtenues et permettent la répartition suivante dans les Catégories Socioprofessionnelles (par référence à la classification INSEE) :



Graphique 2 : Répartition des femmes selon leur catégorie socioprofessionnelle et leur statut tabagique

Notons que les proportions les plus élevées de fumeuses concernent les femmes sans emploi (30%), les ouvrières (28,6%) et les employées (28%).

2.1.1.4. Suivi en PMA

La durée de suivi est variable. Les femmes ont été réparties dans 4 catégories définies arbitrairement :

	< à 12 mois	1 à 3 ans	3 à 5 ans	> à 5 ans
Nombre de femmes	21	45	21	17
Nombre de fumeuses	7	8	3	5
% de fumeuses	33,3	17,8	14,3	29,4

Tableau 2 : Statut tabagique des patientes selon leur durée de suivi en PMA

On observe une proportion de fumeuses plus importante chez les femmes suivies en PMA depuis plus de 5 ans, et chez celles suivies depuis moins d'un an où le taux de fumeuses dépasse les 30%.

L'origine de l'infertilité est féminine pour 24 % des couples, masculine pour 49 % des couples et mixte pour 11,5 % d'entre eux. Enfin pour 15,5 % d'entre eux, l'origine de l'infertilité est inexpliquée.

2.1.1.5. Gestité et parité

57 femmes sont nulligestes, nullipares.

16 femmes sont primigestes, voire deuxième geste.

Enfin 25 femmes sont primipares et 5 ont deux enfants.

2.1.1.6. Moral des patientes

101 réponses ont été enregistrées et permettent d'établir la répartition suivante :

MORAL	0 à 2	3 à 5	6 à 8	9 – 10
%	6,9	20,8	57,4	14,9

Tableau 3 : Moral des patientes évalué par une échelle graduée de 0 à 10

Presque $\frac{3}{4}$ des femmes ont plutôt bon moral (72,3%).

En ciblant exclusivement sur les 23 fumeuses, on obtient des résultats similaires : 73,9% des fumeuses ont plutôt bon moral.

Notons enfin que sur l'ensemble de notre population, 2 femmes prennent des anti-dépresseurs et sont toutes deux fumeuses.

2.1.1.7. Tabagisme passif

Tabagisme du conjoint

Les 103 réponses obtenues permettent de distinguer les effectifs suivants :

	Nombre	%
Non-fumeurs	52	49,5
Ex fumeurs	21	20,4
Fumeurs	31	30,1

Tableau 4 : Statut tabagique des conjoints

Sur les 31 fumeurs, 17 fument de 2 à 10 cigarettes / jour et 14 fument plus de 10 cigarettes/ jour.

Récapitulatif du statut tabagique des couples :

	Nombre de couples	%
Couples non-fumeurs	65	63,1
Couples fumeurs	15	14,6
Homme fumeur / Femme non-fumeuse	16	15,5
Homme non-fumeur / Femme fumeuse	7	6,8

On observe 15 couples dont les deux conjoints sont fumeurs ; 8 d'entre eux sont à considérer comme « gros fumeurs » puisque leur consommation est, pour chacun, supérieure à 10 cigarettes par jour.

Enfin, 16 femmes et 7 hommes (non-fumeurs ou ex-fumeurs) subissent le tabagisme passif de leur conjoint.

Tabagisme de l'environnement professionnel

10 femmes sur les 93 exerçant une profession, déclarent travailler dans un environnement fumeur soit plus de 10 % des femmes actives. Or seules 3 de ces femmes sont elles-mêmes fumeuses.

2.1.1.8. Connaissance de l'influence du tabagisme sur la fertilité du couple

Sur les 104 réponses obtenues, 58 affirment que le tabagisme influe sur la fertilité (55,8 % des femmes), 16 déclarent au contraire qu'il n'y a pas de lien entre tabac et infertilité (15,4 %); enfin 30 % ne se prononcent pas (28,8 %).

En se concentrant sur les réponses fournies par les 23 patientes fumeuses, on obtient les résultats suivants :

	Nombre de femmes	%
OUI	13	56,5
NON	2	8,7
NE SAIT PAS	8	34,8

Tableau 5 : Evaluation de la connaissance des femmes sur l'influence du tabac sur la fertilité du couple

Seules 56% des fumeuses connaissent les risques du tabac sur leur fertilité. 44% d'entre elles (soit presque la moitié) ignorent ou mésestiment ces risques.

2.2.2. Les ex-fumeuses (24 patientes, 23 réponses exploitables)

2.2.2.1. Habitus tabagiques des anciennes fumeuses

Tableau 6 : Consommation quotidienne de tabac chez les ex-fumeuses

	Nombre de femmes	%
1 à 5	7	30,4
6 à 10	9	39,1
11 à 15	2	8,7
16 à 20	3	13
> à 20	2	8,7

Tableau 7 : Durée d'exposition au tabagisme

	Nombre de femmes	%
1 à 5 ans	2	8,7
5 à 10 ans	7	30,4
11 à 15 ans	5	21,7
> à 15 ans	9	39,1

Tableau 8 : Délai depuis lequel elles ont cessé le tabac

	Nombre de femmes	%
< à 12 mois	5	22,7
1 à 3 ans	6	27,3
3 à 5 ans	6	27,3
> à 5 ans	5	22,7

30% des ex-fumeuses étaient de grosses consommatrices (> à 10 cigarettes/jour). La durée d'exposition au tabagisme est elle aussi conséquente : 60% d'entre elles ont fumé pendant plus de 10 ans. Enfin, notons que 5 femmes ont cessé le tabac depuis moins d'un an ; elles sont encore susceptibles de rechuter.

Sur 22 réponses exploitables, on peut observer que 10 femmes (46%) ont cessé le tabac depuis leur suivi en PMA.

4 ont cessé dans l'année précédant leur suivi en PMA, cet arrêt semble donc corrélé avec leur désir d'enfant.

2.2.2.2. Conseil des professionnels

Seules 2 femmes ont cessé le tabac sur le conseil de professionnels de santé (gynécologue et médecin traitant). Les 21 autres, soit 87%, affirment n'avoir reçu aucun conseil des professionnels.

2.2.2.3. Méthode pour cesser le tabac

16 femmes ont cessé seules le tabac. 5 femmes ont eu recours à diverses méthodes : 3 ont utilisé des patchs à la nicotine, 1 la mésothérapie et 1 le Zyban®.

Une seule femme a eu recours à un tabacologue pour pouvoir cesser le tabac ; elle s'en déclare satisfaite.

2.2.2.4. Comportement à l'arrêt du tabac

Lors de l'arrêt du tabac, 13 femmes déclarent avoir pris du poids soit 56,5 % d'entre elles et 10 affirment avoir observé un changement de leur comportement (stress, nervosité) soit 43,5 %.

2.2.3. Les femmes fumeuses (23 patientes)

2.2.3.1. Habitus tabagiques et comportement durant la PMA

Tableau 9 : Consommation de cigarettes

	Nombre de femmes	%
1 à 5	5	21,7
6 à 10	5	21,7
11 à 15	7	30,4
16 à 20	5	21,7
> à 20	1	4,3

56% des femmes sont à considérer « grosses fumeuses » (consommation supérieure à 10 cigarettes par jour).

Tableau 10 : Ancienneté du tabagisme

	Nombre de femmes	%
1 à 5 ans	1	4,3
5 à 10 ans	7	30,4
11 à 15 ans	8	34,8
> à 15 ans	7	30,4

Notons que 95% des femmes ont un tabagisme datant de plus de 5 ans.

2.2.3.2. Diminution du tabagisme depuis le désir d'enfant

Seules 4 femmes sur les 23 avaient réduit leur consommation de tabac dans l'optique d'une grossesse, soit 17% d'entre elles.

2.2.3.3. Diminution du tabagisme depuis le suivi en PMA

Sur 22 réponses obtenues, on observe une réduction du tabac pour 12 femmes soit 54,5 % d'entre elles ; en revanche, la consommation est restée identique pour 45,5% des femmes.

2.2.3.4. Conseil des professionnels

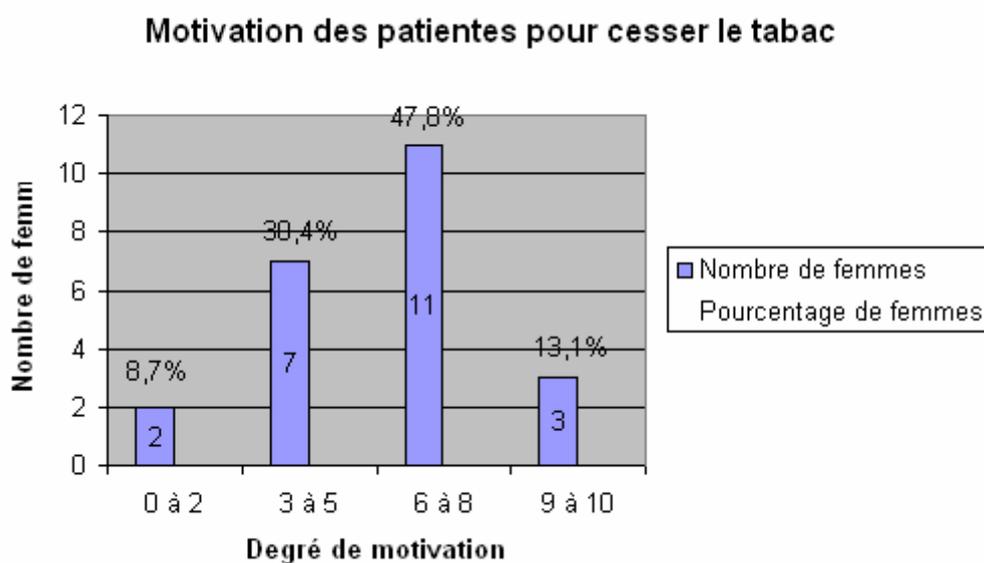
Parmi les 23 fumeuses, 13 affirment n'avoir reçu aucune recommandation pour cesser le tabac, soit 56,5 % des femmes.

10 femmes, soit 43,5%, ont reçu des conseils d'arrêt au tabac ; ceux-ci émanaient de leur médecin généraliste ou de leur gynécologue.

2.2.3.5. Motivations à l'arrêt du tabac

17 patientes, soit presque les $\frac{3}{4}$ (73,9%), ont déjà tenté de cesser le tabac. Le nombre de tentatives varie de 1 à 5 et la durée de leur sevrage oscillait entre 1 et 12 mois. 6 d'entre elles n'ont jamais arrêté.

Au moment de l'étude, elles envisageaient toutes de cesser le tabac. Cependant, leur degré de motivation à l'arrêt était variable :



Graphique 3 : Degré de motivation des fumeuses pour cesser le tabac

2.2.3.6. Proposition d'aide au sevrage tabagique

Diffusion d'une brochure

Sur les 21 réponses obtenues, on constate que 13 femmes auraient souhaité de la documentation sur l'aide à l'arrêt du tabac soit 62 % des interrogées.

Connaissance de la consultation de tabacologie présente dans l'établissement

Seules 2 femmes sur les 23, soit 9%, avaient connaissance de l'existence de cette consultation.

10 femmes sur les 22 ayant répondu à la question souhaiteraient bénéficier d'une consultation d'aide au sevrage sur place, cela représente presque la moitié d'entre elles.

2.2.3.7. Craintes à l'arrêt

La question était ouverte. Trois motifs de craintes lors de l'arrêt ont été cités en priorité :

- La prise de poids pour 47 % des patientes
- Le stress, la nervosité pour 47 %
- La crainte d'une nouvelle rechute pour 26 %

III. DISCUSSION

3.1. DISCUSSION DE L'ETUDE

Cette étude, à caractère descriptif, n'a aucune prétention statistique compte tenu du faible effectif de patientes concernées.

Pourtant les résultats obtenus peuvent être mis en corrélation avec d'autres données statistiques, et plusieurs orientations intéressantes se détachent de ce travail.

3.1.1. Les femmes fumeuses (23 patientes) : facteurs de risque, motivations à l'arrêt

Notre étude retrouve un pourcentage de fumeuses de 22,1%, en accord avec les chiffres des différentes études traitant du tabagisme et de la fertilité. Celles-ci avaient obtenu des taux de fumeuses variant de 12,8% (23) à 37,6% (7).

Les données générales de l'enquête nous permettent de dégager des populations plus à risque de tabagisme lors de la PMA. Il s'agit :

- Des femmes se situant dans la tranche d'âge 20-29 ans.
- Des femmes appartenant aux catégories Socioprofessionnelles plus défavorisées : Femmes sans emploi, ouvrières et employées.
- Des femmes dont le suivi en PMA est récent (moins d'un an), ou à l'inverse celles suivies depuis plus de 5 ans.

Nous les développons ci-après.

3.1.1.1. Age

Une tendance se dégage de notre étude : la tranche d'âge 20-24 ans connaît le plus fort taux de tabagisme, ici 66,6%. Puis une diminution s'observe dans la tranche 25-29 ans : 25% de fumeuses ; enfin, un taux relativement constant est retrouvé chez nos patientes de plus de 30 ans : 20%. Compte tenu du très faible effectif présent dans chaque tranche d'âge, ces résultats n'ont aucune significativité ; cependant, ils rejoignent la tendance décrite par les spécialistes sur le tabagisme féminin (cf. première partie) à savoir un pic maximum chez les 18-24 ans puis une décroissance régulière.

Tous ces chiffres sont en deçà de ceux retrouvés dans la population générale ; cependant ils restent trop élevés.

Second fait intéressant à tirer de cette enquête : les femmes considérées comme « grosses fumeuses » (nombre de cigarettes > à 10/jour) ont 30 ans ou plus (72%).

3.1.1.2. Caractéristiques socio-économiques

Notre enquête révèle un taux de fumeuses plus important chez les femmes sans activité professionnelle (30%), chez les ouvrières (28,6%) et chez les employées (28%). Tout comme pour l'âge, ces chiffres sont peu significatifs compte tenu du faible effectif de patientes. Cependant, ils rejoignent la tendance générale.

En effet, l'OMS a constaté que le tabagisme concernait plus les femmes économiquement et socialement défavorisées ; l'OMS les classe dans un groupe à haut risque : « les fumeuses se recrutent le plus souvent chez les femmes qui ont reçu une instruction limitée, qui occupent un emploi subalterne ou sont sans emploi [...] »

Le milieu social est reconnu comme influençant le tabagisme. Certains auteurs expliquent ce fait : jusqu'alors, le tabagisme était considéré comme vecteur d'insertion sociale et de réussite professionnelle, d'où une forte prévalence chez les cadres et professions intermédiaires (31% en 1992, donnée INSEE); or la forte médiatisation récente sur les effets toxiques et cancérigènes du tabac a sensibilisé ce public « intellectuel » devenu plus abstinent : 13,3% dans notre étude.

3.1.1.3. Suivi en Procréation Médicale Assistée

La durée de suivi en PMA est un élément important à prendre en compte. En effet, cette étude met en avant deux populations où le taux de fumeuses dépasse les 30% : ce sont les femmes suivies depuis moins d'un an et celles dont le suivi en PMA est de plus de 5 ans.

Dans notre enquête, la cause d'infertilité est féminine dans 35% des cas et masculine pour 60% des cas (ne sont comptabilisés ici que les cas où la cause de l'infertilité est connue). Même si ce travail est axé au départ sur la prise en charge des femmes, ce fait ne peut être négligé. La sensibilisation du couple aux dangers du tabac et leur prise en charge sont donc primordiaux.

3.1.1.4. Tentatives d'arrêts

Cette étude révèle aussi une proportion importante de femmes diminuant leur consommation lors du désir de grossesse ou pendant leur suivi en PMA : plus de 50%. Cette diminution doit faire l'objet de félicitations et d'encouragements de la part de l'équipe soignante, dans le but de motiver la patiente à se sevrer complètement et à persister dans son sevrage.

45 % des fumeuses poursuivent une consommation identique lors de la PMA; elles n'ont pas de profil type : âge, catégorie socioprofessionnelle et durée de suivi en PMA sont très variables.

Près de 75% des fumeuses ont déjà tenté d'arrêter le tabac; à l'heure actuelle, elles envisagent toutes d'arrêter. Même si leur degré de motivation à l'arrêt est variable, il est supérieur à 6 (sur une échelle de 0 à 10) pour 61% d'entre elles.

Leurs craintes rejoignent celles de la population générale, à savoir la peur de prendre du poids, le stress, et la crainte de rechuter.

La demande d'aide, via une consultation d'aide au sevrage, semble nécessaire et souhaitée par près de la moitié des patientes (45%). Le travail du personnel soignant est donc primordial afin de les orienter au mieux dans cette démarche de sevrage. Une notion intéressante aurait

pu être abordée dans cette enquête : la substitution nicotinique n'étant pas remboursée, le problème financier serait-il un obstacle au sevrage ?

3.1.2. Enseignements à tirer des anciennes fumeuses

Il est encourageant d'observer chez ces femmes un arrêt corrélé au désir de grossesse ou à l'entrée en PMA : 64% des interrogées. Ces événements paraissent donc source de motivation pour la patiente et doivent encourager les fumeuses à stopper.

Néanmoins, certaines femmes — dont l'arrêt est relativement récent — ont spontanément soulevé le fait que le maintien de l'arrêt était difficile et qu'elles craignaient une rechute. Ces femmes ont donc besoin d'un accompagnement dans le temps et devraient être dirigées vers une consultation d'aide au sevrage.

3.1.3. Tabagisme passif

Le tabagisme masculin est lui aussi important : 28,8% bien qu'en dessous de celui de la population générale (35,7%). Il a été peu exploité dans ce questionnaire mais il aurait été intéressant de connaître le comportement du fumeur depuis le suivi en PMA, de savoir si le sevrage était envisagé.

Le problème du tabagisme passif est réel. D'après nos données, 15 % des femmes et 7% des hommes subissent le tabagisme de leur conjoint. Ce phénomène encore trop peu connu mérite notre attention, et il y a nécessité de faire prendre conscience au sujet fumeur des effets néfastes qu'il engendre dans son entourage et en particulier envers son conjoint.

Seconde donnée inquiétante : 10% des femmes déclarent travailler dans un environnement fumeur, et ce, en dépit d'une réglementation interdisant strictement le tabagisme dans les locaux professionnels (Loi Evin, chap. Aspects législatifs du tabagisme).

3.1.4. Information des femmes

Notre enquête met en avant le problème du manque de connaissance de la population, tous statuts confondus, des dangers du tabac sur la fertilité du couple : 28,8% ignorent s'il existe un risque et 15,4% affirment qu'il n'y a pas de lien entre tabac et infertilité. Chez les fumeuses, l'ignorance ou le déni du problème est encore plus important : 35% déclarent ne pas savoir s'il y a un lien entre tabac et infertilité.

Ce manque d'information met en cause tous les professionnels de santé puisque seules 26 % des femmes (fumeuses et ex-fumeuses confondues) déclarent avoir reçu des conseils, une sollicitation à cesser leur tabac, conseils émanant de leur médecin traitant ou de leur gynécologue. Le seul point encourageant est le nombre de fumeuses ayant reçu des conseils d'arrêt : 46% contre seulement 9% des ex-fumeuses. Ces lacunes d'informations se combleraient-elles avec le temps ?

Ce manquement à l'information concerne évidemment le personnel du service de PMA mais aussi l'ensemble des professionnels de santé auquel la femme a pu avoir recours ; tous doivent donc se sentir concernés par ce qui relève d'un problème de santé publique.

En outre tous ces résultats permettent de soulever plusieurs hypothèses quant à la diffusion de l'information :

- L'information est-elle délivrée ?
- Si NON, pourquoi ?
- Si OUI, comment ? Pourquoi n'est-elle pas comprise par la patiente ?

Dans l'hypothèse du OUI, la nécessité d'une brochure d'information et d'adresses, donnée systématiquement en mains propres à chaque consultante, s'impose. Il est en effet reconnu qu'un support écrit marque plus l'esprit qu'un simple conseil oral. Cette brochure est d'ailleurs souhaitée par 62% des patientes de notre enquête.

3.2. PRISE EN CHARGE AU NIVEAU DU SERVICE

3.2.1. Nécessité d'un conseil minimal

Le conseil minimal doit être donné par un professionnel de santé quel qu'il soit (médecin, sage-femme, infirmier...), lors de toute consultation pour un motif autre que le tabagisme (24).

Il consiste à poser deux, voire trois questions au maximum :

– Fumez-vous ? OUI / NON

– Si OUI, souhaitez-vous arrêter ? OUI / NON

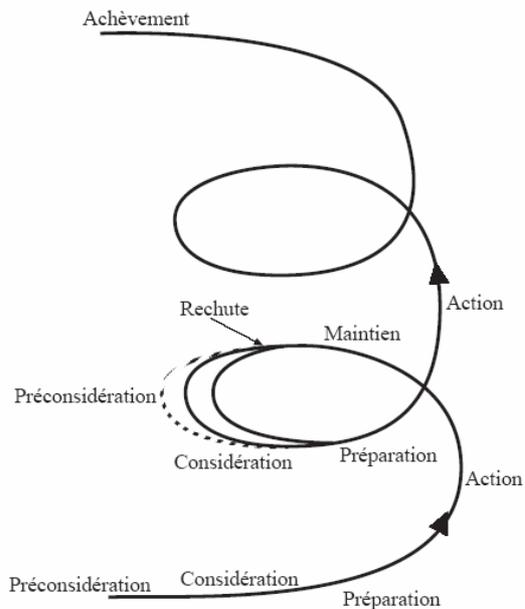
– Si NON, avez-vous des craintes qui vous empêchent d'arrêter ? Lesquelles ?

Cette conseil minimal répété permet à lui seul d'obtenir un taux d'arrêt à un an de 2 à 5% dans l'ensemble de la population des fumeurs.

Ce conseil minimal dure environ deux minutes et doit être réitéré lors de chaque consultation ou entrevue avec la patiente. Il a pour but de permettre une maturation dans la décision d'arrêt, ou de renforcer une motivation à poursuivre un sevrage déjà débuté. Il devrait d'ailleurs être utilisé lors de toute rencontre avec une femme fumeuse, en âge de procréer : prescription d'une contraception, frottis cervico-vaginal (33).

A la suite de ce conseil, le professionnel se devra d'informer brièvement le patient des risques liés au tabac et des bénéfices obtenus lors de son arrêt, ainsi que d'identifier les éventuels obstacles à une tentative de sevrage.

Il semble judicieux de rappeler ici les différents changements de comportement d'un fumeur au cours d'une dépendance. Prochaska les définit selon le modèle suivant (19):



Modèle en spirale des différentes étapes de changements de comportement au cours d'une dépendance

- Stade de **préconsidération** (sujet non conscient de son problème et n'ayant aucune intention d'arrêter) : conseil minimal.
- Stade de **considération** (sujet conscient de l'existence d'un problème mais n'ayant pas encore décidé d'agir) : aide à la maturation de la motivation.
- Stade de **préparation** (sujet envisageant de passer à l'action dans les prochains mois et ayant déjà fait une tentative de sevrage) : information sur le sevrage.
- Stade d'**action** (sujet ayant modifié son comportement avec réussite sur une période de 1 jour à 6 mois) : aide au sevrage.
- Phase de **maintenance** (sujet s'efforçant de prévenir une rechute et de consolider la phase d'action) : prévention des rechutes.

Le discours et les conseils fournis par les professionnels doivent être adaptés au stade de comportement où se situe la patiente, afin qu'elle puisse maturer sa motivation et évoluer dans cette spirale de Prochaska.

3.2.2. Remise d'une brochure

Tout conseil doit être accompagné de la remise d'une brochure dans laquelle le fumeur doit trouver :

- Les risques liés au tabac et inhérents à sa santé ou à son état (infertilité, grossesse ...).
- Les bénéfices liés à son arrêt.
- Les conseils hygiéno-diététiques pour débiter son sevrage.
- Les adresses et numéros de téléphone des centres d'aide au sevrage tabac.

Cette brochure doit être claire, précise, et si possible ludique afin de toucher toutes les catégories sociales et socioprofessionnelles (30).

Une brochure d'aide à l'arrêt vient d'être réalisée en janvier 2005 en collaboration avec le Dr Humeau M.P., tabacologue pneumologue à la maternité du CHU de Nantes, et le Dr Chaplot S., tabacologue gynécologue obstétricien à la clinique Jules Verne; elle va être largement diffusée dans tous les services de l'Hôpital Mère-Enfant afin de sensibiliser au mieux toutes les personnes fréquentant l'établissement (femmes en PMA, enceintes, hospitalisées en grossesses à haut risque ou en suites de couches). (Annexe 2)

3.2.3. Mesure du taux de CO

Le monoxyde de carbone (CO) est dosé dans l'air expiré à l'aide d'un CO testeur. Ce petit appareil, d'utilisation facile est muni d'embouts jetables. Les résultats sont donnés en particules de CO par millions de particules d'air (ppm), lus directement sur l'appareil. Chez une non-fumeuse non exposée, cette valeur est comprise entre 0 et 5 ppm. En cas de tabagisme actif, elle peut atteindre 30 à 40 ppm, parfois plus. Ces chiffres rejoignent la valeur normale en quelques heures. (28) (30)

L'utilisation de ce marqueur non spécifique devrait maintenant faire partie des mesures essentielles lors d'une consultation, au même titre que le poids ou la prise de tension artérielle. Il permet aux patientes de prendre conscience de leur niveau d'intoxication et d'avoir un impact psychologique sur une éventuelle décision d'arrêt. Il sensibilise aussi le fumeur au tabagisme passif qu'il engendre pour son entourage (6).

Le taux de CO renseigne aussi le thérapeute sur l'importance de l'inhalation et donc sur la manière de fumer. En effet, le taux de CO augmente avec la force d'inhalation. Or, il est fréquent d'observer des patients diminuer leur consommation et garder un taux de CO identique, car ils aspirent plus fortement pour obtenir le même taux de nicotine, nécessaire à leur satisfaction (30).

3.2.4. Formation du personnel soignant

La formation des soignants à la mesure du CO et au conseil minimal d'aide au sevrage doit se faire pour tous. Les médecins, sages-femmes et infirmières du service, mais aussi les externes, les pharmaciens, et l'ensemble des soignants devraient pouvoir bénéficier de quelques heures sur les aspects pratiques de la prise en charge de l'aide au sevrage et sur l'utilisation du CO testeur (30).

Pour les personnes souhaitant approfondir le sujet et s'impliquer encore davantage dans l'aide au sevrage, un Diplôme Inter Universitaire de Tabacologie peut être réalisé dans la région ; il est nécessaire qu'un nombre suffisant de personnes, dont les sages-femmes, s'y impliquent.

3.2.5. Orientation vers une consultation d'aide au sevrage

3.2.5.1. Principes généraux

La consultation d'aide au sevrage s'adresse non seulement à des patientes motivées et volontaires, mais aussi aux autres afin de travailler leur motivation, de les déculpabiliser, de comprendre et prendre en considération les freins au sevrage. Elle consiste en un programme

d'aide établi sur plusieurs mois, avec des rendez-vous plus ou moins espacés selon les besoins du patient ; la durée des consultations est de 45 minutes pour la première, et d'environ 20 minutes pour les suivantes. Cette consultation peut être pluridisciplinaire (tabacologue, psychologue, diététicien, acupuncteur...) si cela s'avère nécessaire, et associée ou non à un traitement pharmacologique (24) (29).

Il faudrait envisager qu'une première consultation d'aide au sevrage soit systématiquement proposée par le gynécologue du service aux fumeurs et fumeuses lors d'un entretien, au même titre que la consultation d'anesthésie est obligatoire avant toute intervention. Le couple serait ensuite totalement libre de poursuivre ou non cette aide au sevrage.

3.2.5.2. Déroulement des consultations

La première consultation permet la constitution du dossier « Dossier de Tabacologie » réalisé par l'INPES et utilisé à l'échelon national par les professionnels. (30)

Lors de l'entretien, le tabacologue doit se renseigner sur :

- La situation personnelle et l'environnement du patient (familial, professionnel).
- Ses antécédents médicaux.
- Son degré de dépendance tabagique, évalué par le test de Fagerström (Annexe 3) qui repose essentiellement sur la connaissance du nombre de cigarettes quotidiennes et le délai de la première prise après le lever.
- Ses habitudes alimentaires (nombre de repas, tendance au grignotage, consommation de cafés).
- Sa consommation habituelle d'alcool et de toxiques afin de détecter des comorbidités éventuelles.
- Les raisons de son tabagisme et le niveau de sa motivation à l'arrêt.
- Le niveau d'anxiété et/ou dépressif par le questionnaire HAD (Hospital Anxiety Depression Score) comprenant 14 questions dont 7 explorant l'anxiété et 7 la dépression (Annexe 4). Il

permet de dépister un possible état dépressif, qui peut être sous-jacent et se révéler lors d'un sevrage, et d'adapter le traitement.

– La confiance qu'a le patient en lui-même.

Sur un plan clinique, le tabacologue mesure le taux de CO.

La surveillance doit être régulière : 2 à 3 séances dans un laps de temps court de 3 à 4 semaines sont nécessaires chez un patient débutant un sevrage. Les effets de manque doivent être prévenus autant que possible et atténués via des thérapeutiques. Par la suite, la patiente, ou le couple est suivi régulièrement afin d'éviter les rechutes, qui sont présentes dans 80% des cas au bout d'un an (29).

L'arrêt complet et brutal, au jour choisi par le patient est souhaitable, et observé dans plus de 95% des cas. En cas d'échec, et après utilisation de toutes les thérapeutiques à disposition, une diminution du risque relatif (association de substituts nicotiques et d'une consommation réduite de cigarettes) sera envisagée par le tabacologue ; elle doit rester exceptionnelle.

3.2.5.3. Principales thérapeutiques utilisées (24)

Les traitements de substitution nicotiques (TSN)

Un sevrage sans substitution nicotique peut être proposé dans un premier temps ; les traitements ne seront instaurés qu'en cas de nécessité.

Le choix de la dose de nicotine doit être guidé par le besoin d'une dose suffisante pour obtenir et maintenir l'abstinence tabagique. L'utilisation de formes orales (gommes, inhaleurs, comprimés) permet de contrôler les envies irréprouvables et l'exposition nicotinique est considérablement moindre que celle résultant du tabagisme (1/3 à 1/2 de la nicotémie usuelle). Les patchs ont une durée d'utilisation d'environ 1 mois; leur dosage est diminué par palier, chaque mois.

L'efficacité de ces traitements de substitution est d'autant meilleure qu'elle s'accompagne d'une thérapie comportementale.

Certains fumeurs ne souhaitent pas recourir aux TSN par peur de devenir dépendant. Il faut alors rappeler que le pouvoir addictif de la nicotine dépend de la forme sous laquelle il est administré. L'absorption de nicotine via les TSN est beaucoup plus lente qu'avec la cigarette, et les pics de nicotémie atteints ne le seront jamais avec les TSN en particulier au niveau artériel et cérébral. En résumé, les TSN atténuent les symptômes du sevrage et présentent beaucoup moins de dangers que la cigarette (15).

Le Bupropion®, antidépresseur agissant sur le recaptage de la dopamine et de la noradrénaline est considéré très efficace. Cependant, il semble peu judicieux de le prescrire à une femme suivie en PMA car le Bupropion® est déconseillé, en France, chez les femmes enceintes.

Les thérapies comportementales et cognitives, sont une approche intéressante mais peu de personnes y sont, à ce jour, formées en France.

Ces thérapies visent à modifier les comportements de l'individu :

- En étudiant les composantes tabagiques du dit fumeur : entourage, causes de rechute...
- En proposant des stratégies permettant d'éviter le comportement tabagique.
- En recherchant des renforcements positifs en cas de succès de sevrage.

Les médicaments à visée psychologique, comme la clonidine ou les anxiolytiques ne seront utilisés qu'en cas de troubles anxiodépressifs détectés lors de l'interrogatoire ou bien apparus lors du sevrage, et prescrits après consultation spécialisée.

Les méthodes non médicamenteuses : acupuncture, homéopathie... sont utilisables dans l'aide au sevrage. Dans la littérature, ces méthodes n'ont pas fait la preuve de leur efficacité contre placebo mais peuvent néanmoins être proposées.

3.2.6. Prise en charge du conjoint

Ce travail a volontairement été axé sur la prise en charge de la femme fumeuse ayant recours à la Procréation Médicale Assistée. La place du conjoint est primordiale dans cette démarche

spécifique (30). Son rôle dans le sevrage est essentiel, aussi bien pour aider sa conjointe dans son propre sevrage, que pour sa santé personnelle. Il est en effet plus difficile pour un fumeur de cesser le tabac si son conjoint persiste à fumer. En outre, le tabagisme actif de l'un entraîne un tabagisme passif pour l'autre.

Le simple fait de mesurer le taux de CO chez les deux personnes du couple permettra au conjoint fumeur de prendre conscience du tabagisme qu'il fait subir à son ou sa partenaire.

Si les deux personnes fument, une prise en charge du couple sera envisagée et pourra se faire en parallèle ou en association selon leur désir.

3.3. IMPLICATION INDISPENSABLE DE L'HOPITAL MERE ENFANT

La prise en charge de nos patientes passe aussi par une politique volontariste de l'hôpital quant à l'aide au sevrage. Deux événements notables dans l'histoire de l'Hôpital Mère-Enfant témoignent de l'investissement de ses dirigeants dans la lutte contre le tabagisme.

3.3.1. 2001, création d'une consultation d'aide au sevrage tabagique

En 2001, l'Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes a ouvert une consultation d'aide au sevrage. Celle-ci a vu le jour grâce à un financement spécifique accordé par le gouvernement, dans le cadre du Plan de Périnatalité. Cette consultation est dispensée par le Docteur M.P. Humeau, pneumologue et tabacologue au CHU de Nantes. Mme Humeau effectue une vacation hebdomadaire dans l'enceinte du HME. Les consultations sont prises en charge par la Sécurité Sociale.

Initialement, elle n'effectuait que des consultations externes. Depuis l'intégration des nouveaux locaux, elle effectue, en plus des consultations, une visite systématique dans les

services de Suites de Couches et de Grossesses à Haut Risque. Enfin, elle met en place des formations au conseil minimal pour le personnel.

3.3.2. 2004, ouverture de la « Maternité sans Tabac »

En intégrant les nouveaux locaux de l'Hôpital Mère Enfant en septembre 2004, les membres du CLOPT (Comité Local de Prévention du Tabagisme) du CHU de Nantes, sur proposition du Docteur Humeau, ont opté pour l'ouverture d'une « Maternité sans Tabac » (comme 28 autres maternités en France actuellement). Ainsi, la salle d'attente « Fumeurs » initialement prévue dans les plans, a volontairement été transformée en espace non-fumeur.

Le CHU de Nantes est déjà membre du Réseau Européen Hôpital Sans Tabac depuis 2000. En adhérant à ce Réseau, et en signant la Charte (Annexe), les établissements s'engagent à remplir leur mission de soins, de promotion de la santé et leurs obligations dans la prévention du tabagisme afin de prévenir les effets nocifs du tabac sur la santé. Ces obligations imposent non seulement un environnement sans tabac pour les patients et tous les non-fumeurs, mais aussi l'apport d'une aide effective aux fumeurs susceptibles d'entreprendre un sevrage (40). Nous allons tenter d'évaluer brièvement l'efficacité de ces mesures au niveau du HME, et les points à améliorer, 6 mois après l'ouverture de la structure.

3.2.2.1. Politique à l'égard de la structure

Une signalétique appropriée doit être adoptée par l'établissement : la Charte Hôpital Sans Tabac est bien affichée dans le hall mais un logo spécifique « Maternité Sans Tabac » manque encore ; celui-ci est en cours de réalisation actuellement, sous la houlette du Réseau, et devrait bientôt être diffusé à l'échelon national.

Le HME a souhaité l'ouverture d'une maternité sans tabac et a donc supprimé tout espace fumeur intérieur. Il est cependant prévu d'aménager un espace fumeur au niveau de l'entrée du SMUR pédiatrique (36); celui-ci paraît souhaitable car à ce jour, l'entrée du HME semble le point de ralliement des fumeurs : consultants, patiente hospitalisées, visiteurs... et cela décrédibilise la politique de l'hôpital.

La lutte contre le tabagisme passe aussi par l'acquisition du matériel nécessaire à la prise en charge des fumeurs, et notamment l'acquisition de CO testeurs. A ce jour, l'hôpital n'en possède qu'un seul, situé au niveau des Consultations. Cependant, pour une couverture optimale des patientes fumeuses, il est souhaitable que plusieurs appareils soient en service (un au rez de chaussée pour les Consultations, un au premier étage pour le Planning et la PMA, et enfin un pour les Grossesses à Risque et les Suites de Couches), d'autant plus que ces appareils nécessitent un étalonnage annuel, réalisé seulement en région parisienne. En 2005, le prix moyen d'un CO testeur et de 1000 embouts est de 590 €(10).

3.3.2.2. Politique à l'égard du personnel

Le « Baromètre tabac personnel hospitalier, 2003 » a révélé une diminution de la prévalence du tabagisme parmi les hospitaliers : 24% contre 32% en 2002, tendance qui devrait se poursuivre (5). Si le personnel hospitalier a, en majorité, conscience de son exemplarité, ni la consommation, ni le degré de dépendance n'ont diminué en 2003.

Le HME, sur les recommandations de la Charte, s'est prononcé en faveur d'une interdiction stricte de tout tabagisme dans l'enceinte de la nouvelle structure (36). D'autre part, il souhaite qu'une aide au sevrage soit proposée à l'ensemble des agents. Ainsi, chaque année, au mois de juin, des groupes de sevrage sont organisés au sein du CHU, en plus de consultations individuelles, et ce, depuis 2002. En 2003, seules 45 personnes y ont participé (37).

La Charte exige la mise en place d'un plan de formation des personnels à l'abord des fumeurs. En 2004, l'Hôpital a formé 8 personnes, issues de la Médecine du Travail et de la Pharmacie. En 2005, le CLOPT (Comité Local de Prévention du Tabagisme) souhaite axer la formation sur la Faïencerie (37). En effet, à ce jour, seules 3 sages-femmes exerçant dans le service des Consultations sont formées à la sensibilisation du tabagisme et à l'utilisation du CO testeur. En outre, une sage-femme des Grossesses à Haut Risque envisage de préparer le Diplôme Inter Universitaire de Tabacologie en septembre 2005. Cependant, pour une prise en charge optimale des patientes, un poste de sage-femme tabacologue est indispensable au sein de l'établissement, le sevrage faisant partie du soin.

Enfin, la formation du personnel passe aussi par la sensibilisation et la formation des étudiants sages-femmes et infirmiers. Cette formation s'avère nécessaire, tant pour les conseils qu'ils

dispenseront à leurs futurs patients, que pour leur propre tabagisme : en 2003, le Baromètre retrouvait 39% d'étudiants fumeurs (41). Ce module est actuellement dispensé en deuxième année de première phase pour les étudiants sages-femmes ; mais, une seconde sensibilisation, en fin d'étude, serait peut-être souhaitable.

3.3.2.3. Politique à l'égard des patientes et de leurs accompagnants

L'opportunité de la naissance peut constituer l'occasion d'une prise de conscience des méfaits du tabagisme ; mais cette politique de prévention doit aussi s'appliquer à l'ensemble des consultantes du HME (Planning familial, Biologie du Développement et de la Reproduction, Gynécologie). Ainsi, la direction a prévu des brochures d'information sur le tabagisme, disponibles dans les salles d'attente de consultation ; une aide au sevrage tabagique doit être proposée aux futures parturientes par les médecins et sages-femmes; enfin, une prise en charge spécifique des parturientes hospitalisées en Grossesses à Haut Risque est à l'étude (36).

3.4. PRISE DE CONSCIENCE COMMUNAUTAIRE

Le tabagisme est un véritable problème de santé publique qui nécessite une prise de conscience collective. Les professionnels de santé doivent se mobiliser mais la population est elle aussi invitée à modifier ces comportements, notamment en matière de tabagisme passif.

Nous nous intéresserons ici aux actions récentes menées par les pouvoirs publics, en relation avec le plan Cancer (43), ainsi qu'aux actions encore à l'étude actuellement et aux efforts qu'il faudra encore fournir.

Nous nous concentrerons volontairement, et exclusivement sur les mesures les plus susceptibles d'améliorer l'environnement de la population que nous venons d'étudier : les femmes en désir de grossesse.

3.4.1. Actions réalisées depuis 2003

La **Mesure 05** du plan Cancer consiste à « **faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs** ». L'application de cette loi s'est renforcée dans les transports publics : en décembre 2004, la SNCF a décidé de rendre la totalité des TGV non fumeur, suite à une expérimentation concluante en 2003 sur les rames Atlantique. Visiblement cette mesure a été bien accueillie par les voyageurs. Il en va de même pour les transports aériens, où l'interdiction de fumer s'applique à tous les vols à l'intérieur du territoire français et à ceux dont la durée est de moins de deux heures. Des substituts nicotiques sont à disposition des voyageurs dans certaines compagnies.

En outre, l'article 36 de la loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique donne compétence à de nombreux fonctionnaires (médecins de santé publique, inspecteurs du travail...) de faire respecter cette interdiction dans les moyens de transport et de constater les infractions.

Cette mesure du plan Cancer s'adresse aussi aux entreprises. Une circulaire, envoyée à toutes les entreprises françaises, les invite à veiller au respect des mesures de protection des non-fumeurs et à susciter des actions de formation et d'information sur les effets néfastes du tabagisme, y compris passif. Là aussi, certains fonctionnaires sont habilités à faire respecter ces mesures et à constater les infractions (article 36 de la loi du 09 août 2004).

Sur un plan plus professionnel, le gouvernement a souhaité « **l'intégration d'un module prévention et éducation à la santé, avec un volet tabac, dans le tronc commun de première année des études médicales** » (**Mesure 09**). Dès la rentrée universitaire 2004-2005, un module tabac a donc été intégré dans le sous-chapitre « prévention, hygiène et vigilance » dans le tronc commun des études de médecine.

3.4.2. Efforts à poursuivre et actions en cours d'évaluation

Dans la **Mesure 05** de son Plan (« **Faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs** »), le gouvernement souhaite développer un label « Entreprises sans tabac »

distinguant les entreprises faisant une démarche d'interdiction totale du tabac sur le lieu de travail. Une première action d'évaluation a été réalisée en juin 2003 dans 154 établissements de santé volontaires avec fourniture gratuite de substituts nicotiniques et accompagnement médico-psychologique si nécessaire : 7000 personnes se sont inscrites dans un programme de sevrage, bien au-delà des prévisions (3000 à 5000). Actuellement un groupe d'études travaille à la mise en œuvre de ce label, ce qui permettra de fournir un outil méthodologique aux entreprises.

La cinquième mesure souhaite aussi « renforcer les lieux non-fumeurs dans les hôtels et restaurants » via des contrôles par les inspecteurs du travail. L'INPES va aussi inciter les bars restaurants à mieux respecter la loi Evin en leur envoyant la signalétique tabac (espace fumeur / espace non-fumeur).

Cependant, les mesures de prévention françaises restent très en deçà de celles de nos voisins européens. Prenons l'exemple récent de l'Italie : le 11 janvier 2005, une loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics (bars, restaurants) est entrée en vigueur. Elle concerne 240 000 établissements puisque seuls 5% d'entre eux sont équipés d'une salle isolée pour fumeurs. L'Italie a été précédée par l'Irlande et la Norvège en mars et juin 2004, et sera rejointe par l'Angleterre en 2006.

La **Mesure 06** du Plan Cancer consiste à « **mettre en place des écoles sans tabac** » en établissant des programmes de prévention et d'éducation à la santé en partenariat avec la médecine scolaire, les enseignants et les établissements, et la DRASS. Un contrat cadre a été signé en juillet 2003 ; dans ce cadre, 22 lycées pilotes ont été retenus pour expérimenter la prévention et le sevrage tabagique, avec l'objectif de devenir « lycées non-fumeurs ». Un nombre croissant d'établissements souhaite s'inscrire dans cette expérimentation, d'autres développent des initiatives dans ce sens.

La **Mesure 09** consiste à « **aider à l'arrêt du tabac par des actions volontaristes d'éducation à la santé** ». Une expérimentation sur la base d'un remboursement unique est actuellement à l'étude dans trois régions françaises afin d'évaluer l'intérêt d'une prise en charge partielle par l'Assurance Maladie. Les personnes en situation précaire bénéficient déjà de cette aide.

La **Mesure 11** du Plan consiste à « **financer des campagnes grand public et établir des chartes de bonne conduite avec les médias pour jeunes** ». Cette mesure s'est traduite en octobre 2004 par la diffusion de spots sur le tabagisme passif avec mise en avant des quantités de cigarettes inhalées par les non-fumeurs. Toutes ces campagnes doivent se poursuivre afin de sensibiliser au maximum la population, de dissuader les jeunes de commencer et d'inciter les fumeurs à arrêter. Tous les médias (radio, télévision, Internet) doivent être impliqués dans la diffusion de ces messages.

CONCLUSION

A ce jour, le tabagisme touche plus d'une femme sur quatre durant sa période de fertilité. Même si une décroissance semble s'amorcer depuis quelques années, la prévalence reste préoccupante. En effet, par sa fréquence, ses effets délétères sur la fertilité et ses complications pergravidiques, le tabagisme constitue un réel problème de Santé Publique.

Or, ces conséquences graves sont évitables, et nécessitent d'être prises en compte lors du suivi d'une patiente en PMA.

Le tabagisme est aujourd'hui reconnu comme une drogue, induisant une conduite addictive sous l'effet de la nicotine, à laquelle s'ajoutent des facteurs psychologiques et environnementaux, faisant toute la complexité du comportement fumeur.

Notre enquête a mis en avant la réalité de l'intoxication tabagique chez les couples suivis en PMA, et les difficultés des patientes à se sevrer, malgré un réel désir d'arrêt. Des populations plus à risque de tabagisme se dégagent aussi de ce travail et méritent toute l'attention des professionnels.

Les médecins, sages-femmes et infirmières du service ont un rôle prépondérant à jouer auprès des patientes et de leurs conjoints, par la confiance et la compétence qu'ils suscitent. Ils doivent inciter les couples à cesser le tabac en les informant des risques du tabac inhérents à leur fertilité et lors d'une future grossesse. Ils doivent aussi les renseigner sur l'aide à l'arrêt proposée à l'hôpital.

Ceci suppose aussi l'investissement des établissements hospitaliers qui doivent honorer au mieux leurs missions d'éducation, de prévention et de soins envers les patients.

Enfin, la lutte contre le tabagisme implique, et ce, en premier lieu, la société qui doit modifier ses comportements, notamment en matière de tabagisme passif. De réels progrès s'observent depuis quelques mois ; ils sont le résultat d'une politique de santé publique assidue de la part du gouvernement, qui a fait de la lutte contre le tabagisme, l'une de ses priorités.

BIBLIOGRAPHIE

Articles de périodiques

- 1 ARWIDSON Pierre, LEON Christophe, LYDIE Nathalie, *et al.*
Evolutions récentes de la consommation de tabac en France.
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, juin 2004, n° 22-23, numéro thématique « Journée mondiale sans tabac », p. 95-96.
- 2 AUGOOD C., DUCKITT K., TEMPLETON A.A.
Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis.
Human Reproduction, 1998, vol. 13, n° 6, p. 1532-1539.
- 3 BARBIERI ROBERT L., McSHANE PATRICIA M., KENNETH RYAN J.
Constituents of cigarette smoke inhibit human granulosa cell aromatase.
Fertility and Sterility, août 1986, vol. 46, n° 2, p. 232-236.
- 4 BOUYER Jean, COSTE Joël, SHOJAEI Taraneh, *et al.*
Risk Factors for Ectopic Pregnancy: A Comprehensive Analysis Based on a large Case-Control, Population-based Study in France.
American Journal of Epidemiology, vol. 157, n° 3, p. 185-194.
- 5 CHIEZE François, DAUTZENBERG Bertrand, DEBERDT Jean-Patrick, *et al.*
Résultats du Baromètre tabac personnel hospitalier, 2003.
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, juin 2004, n° 22-23, numéro thématique « Journée Mondiale Sans Tabac », p. 92-94.
- 6 DAUTZENBERG B.
La mesure du CO expiré : une formidable arme de lutte contre le tabagisme.
Sevrage tabagique pratique, mars 2004, n° 4, p. 1-2.

- 7 EL-NEMR A., AL-SHAWAF T., SABATINI L., *et al.*
Effect of smoking on ovarian reserve and ovarian stimulation in in-vitro fertilization and embryo transfer.
Human Reproduction, 1998, vol. 13, n° 8, p. 2192-2198.
- 8 HUGHES Edward, BRENNAN Barbara.
Does cigarette smoking impair natural or assisted fecundity ?
Fertility and Sterility, novembre 1996, vol.66, n° 5, p. 679-689.
- 9 HULL Michael G.R., NORTH Kate, TAYLOR Hazel, *et al.*
Delayed conception and active and passive smoking.
Fertility and Sterility, octobre 2000, vol. 74, n° 4, p. 725-733.
- 10 JOESBURY K.A., EDIRISINGHE W.R., PHILLIPS M.R., *et al.*
Evidence that male smoking affects the likelihood of a pregnancy following IVF treatment: application of the modified cumulative embryo score.
Human Reproduction, 1998, vol. 13, n° 6, p. 1506-1513.
- 11 KLONOFF-COHEN Hillary, NATARAJAN Loki, MARRS Richard, *et al.*
Effects of female and male smoking on success rates of IVF and gamete intra-Fallopian transfer.
Human Reproduction, 2001, vol. 16, n° 7, p. 1382-1390.
- 12 KOLD JENSEN Tina, BRINK HENRIKSEN Erik, HJOLLUND Niels Henrik, *et al.*
Adult and Prenatal Exposures to Tobacco Smoke as Risk Indicators of Fertility among 430 Danish Couples.
American Journal of Epidemiology, 1998, vol. 148, n° 10, p. 992-997.
- 13 LAGRUE G.
Tabagisme : toxicologie, dépendance.
Enycl Méd Chir, Toxicologie- Pathologie Professionnelle, 16-001-G-40, 1999, 7 pages.

- 14 LAURENT Sherry L., THOMPSON Shirley J., ADDY Cheryl, *et al.*
An epidemiologic study of smoking and primary infertility in women.
Fertility and Sterility, mars 1992, vol. 57, n° 3, p. 565-571.
- 15 LE HOUEZEC J.
Pharmacocinétique de la nicotine: comparaison de la cigarette et des
traitements de substitution nicotiques (TSN).
Sevrage tabagique pratique, mars 2004, n° 4, p. 6-7.
- 16 MAGUY J.F., *et al.*
Evolution de l'activité des consultations de tabacologie 2000-2003.
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2003, 108, p. 22-23.
- 17 ODDOUX Karina, L'HUILLIER Antoine.
Tabac info service : analyse des appels reçus entre décembre 2003 et mars
2004.
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, juin 2004, n° 22-23, numéro
thématique « Journée mondiale sans tabac », p. 99-100.
- 18 OLSEN Jorn.
Cigarette smoking, Tea and Coffee Drinking, and Subfecundity.
American Journal of Epidemiology, 1991, vol. 133,n° 7, p. 734-739.
- 19 PROCHASKA, *et al.*
Modèle en spirale des différentes étapes de changements de comportement au
cours d'une dépendance.
Am. Psychol., 1992, n°47, p. 1102-1114.
- 20 STERGACHIS Andy, SCHOLES Delia, DALING Janet R., *et al.*
Maternal Cigarette Smoking and the Risk of Tubal Pregnancy.
American Journal of Epidemiology, 1991, vol. 133, n° 4, p. 332-337.

- 21 WAINER R.
Tabagisme et fertilité ovarienne.
Gynécol Obstét Fertil, 2001, vol. 29, p. 881-887.
- 22 WESTHOFF Carolyn, MURPHY Patricia, HELLER Debra, *et al.*
Predictors of ovarian follicle number.
Fertility and Sterility, octobre 2000, vol. 74, n° 4, p. 624-628.
- 23 WINTER Esther, WANG Jim, DAVIES Michael J., *et al.*
Early pregnancy loss following assisted reproductive technology treatment.
Human Reproduction, 2002, vol. 17, n°12, p. 3220-3223.
- 24 WIRTH N., RAYMOND S., SPINOSA A., *et al.*
Tabagisme et maladies respiratoires.
Encycl Méd Chir, Pneumologie, 6-020-A-50, 2003, 10 pages.
- 25 ZENZES Maria Teresa, KRISHNAN Sivaram, KRISHNAN Bhuma, *et al.*
Cadmium accumulation in follicular fluid of women in in vitro fertilization-embryo transfer is higher in smokers.
Fertility and Sterility, septembre 1995, vol. 64, n° 3, p. 599-603.
- 26 ZENZES Maria Teresa, REED T. Edward, WANG Peng, *et al.*
Cotinine, a major metabolite of nicotine, is detectable in follicular fluids of passive smokers in in vitro fertilization therapy.
Fertility and Sterility, octobre 1996, vol. 66, n° 4 p. 614-619.
- 27 ZENZES Maria Teresa, WANG Peng, CASPER Robert F.
Cigarette smoking may affect meiotic maturation of human oocytes.
Human Reproduction, 1995, vol. 10, n° 12, p. 3213-3217.

Ouvrages

- 28 LAGRUE G.
Arrêter de fumer ?
Editions Odile Jacob, 1998, 274 p.
- 29 PERRIOT J.
Tabacologie.
Deuxième édition Masson, 195 p.

Conférences

- 30 ADLER Marion, DAUTZENBERG Edwige, GARELIK Daniel, *et al.*
Quelles sont les modalités de mise en oeuvre des différentes techniques efficaces d'aide à l'arrêt du tabac ?
Conférence de consensus Grossesse et Tabac, Lille, 7 et 8 octobre 2004, p. 209-225.
- 31 BERTRAND M.L., VEGEZZI M.P., ECOE R., *et al.*
Quel est le rôle des différents professionnels de santé dans l'aide à l'arrêt du tabac pendant la grossesse ? Le gynécologue-obstétricien et l'équipe obstétricale.
Conférence de consensus Grossesse et Tabac, Lille, 7 et 8 octobre 2004, p. 133-143.
- 32 DUCRET Lucette.
Quelles sont les données épidémiologiques concernant le tabagisme et les co-addictions pendant la grossesse ?
Conférence de consensus Grossesse et Tabac, Lille, 7 et 8 octobre 2004, p. 2-24.

- 33 ERRARD-LALANDE G., HALIMI A.
Quelles sont les mesures susceptibles de réduire le nombre d'adolescentes et de femmes fumeuses ?
Conférence de consensus Grossesse et Tabac, Lille, 7 et 8 octobre 2004, p. 110-132.
- 34 SEPANIAK S., FORGES T., MONNIER-BARBARINO P., *et al.*
Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la fertilité masculine ?
Conférence de consensus Grossesse et Tabac, Lille, 7 et 8 octobre 2004, p. 82-96.

Mémoires

- 35 POINTEL Skleren.
L'aide à la désaccoutumance tabagique materno-foetale.
Mémoire Sage-Femme, Nantes, 2000.

Rapports

- 36 BECQUE P.
Note de synthèse : Projet Maternité sans Tabac 2004, CHU de Nantes.
- 37 CLOPT (Comité Local de Prévention du Tabagisme) DU CHU DE NANTES.
Rapport d'activité 2002-2004.
11 pages.
- 38 INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé).
Enquête sur la prévalence du tabagisme en décembre 2003.
Note de synthèse Enquête INPES/IPSOS Février 2004.

Sites électroniques

- 39 <http://www.drogues.gouv.fr/>
- 40 <http://www.ensh.aphp.fr/>
- 41 <http://www.hopitalsanstabac.org/>
- 42 <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- 43 <http://www.plancancer.fr/>
- 44 <http://www.sante.gouv.fr/>

ANNEXES

Annexe 1 : Enquête

Annexe 2 : Brochure d'information destinée aux patientes du HME

Annexe 3 : Test de Fagerström

Annexe 4 : Questionnaire Hospital Anxiety Depression

Annexe 1 : Enquête

De nombreuses études scientifiques tentent encore à l'heure actuelle d'établir un lien entre infertilité et consommation tabagique. Actuellement étudiante en quatrième année à l'école de sages-femmes du CHU de Nantes, je réalise mon mémoire de fin d'études sur le tabagisme et sa prise en charge chez les femmes suivies pour infertilité. J'ai donc réalisé un questionnaire que je vous demande de bien vouloir remplir, en espérant que celui-ci pourra améliorer la prise en charge des patientes. Je vous remercie par avance pour le temps et l'attention portés à mon travail.

BONNIN Séverine

NB : ce questionnaire est anonyme

QUESTIONNAIRE

Merci de bien vouloir compléter ou entourer les réponses.

Quel est votre âge ? : ...

Quel est votre niveau d'études ? :

Brevet des collèges / CAP / BEP / Baccalauréat / Etudes supérieures : Bac +

Exercez-vous une profession ? : OUI NON

Si oui, laquelle :

Depuis combien de temps êtes-vous suivie pour infertilité ? :

Votre infertilité est-elle d'origine : Féminine Masculine Ne sait pas

Combien de cycles de fécondation avez-vous effectué ? :

Quel est le nombre maximal d'ovocytes obtenus lors d'un cycle ? :

Avez-vous déjà été enceinte (fausses couches et IVG incluses) ? : OUI NON

Si oui, combien de fois ? :

Avez-vous des enfants ? : OUI NON

Si oui, combien ? : ...

Prenez-vous des traitements réguliers en dehors de ceux prescrits pour votre infertilité ? :

OUI NON

Si oui, lesquels ? :

.....
.....
.....

Où se situe votre moral actuellement ? : (entourez le chiffre)

0 _____ 2 _____ 4 _____ 6 _____ 8 _____ 10
pas du tout le moral Très bon moral

Votre conjoint est-il :

Non-fumeur

Ex-fumeur depuis quand : ...

Fumeur nombre de cigarettes par jour : / jour

Travaillez-vous dans un environnement fumeur ? : OUI NON

Actuellement, êtes-vous : non-fumeuse ex-fumeuse fumeuse
Pensez-vous que le tabac influe sur la fertilité du couple ? : OUI NON NE SAIT PAS

*Si vous êtes **ex-fumeuse**, merci de compléter la **page 2**.*

*Si vous êtes **fumeuse à l'heure actuelle**, merci de passer directement à la **page 3**.*

*Si vous êtes **non-fumeuse**, merci de bien vouloir remettre le questionnaire à la personne concernée (sage-femme, infirmière).*

SI VOUS ETES EX-FUMEUSE :

A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? : ...

A quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ? : ...

Nombre de cigarettes par semaine ? : / semaine

Combien de cigarettes fumiez-vous par jour avant votre désir d'enfant ? : ... / jour

Aviez-vous fait des tentatives d'arrêt du tabac avant ce désir d'enfant ? : OUI NON

Si oui, combien ? : ...

durée maximale de l'arrêt ? : ...

Depuis combien de temps avez-vous arrêté de fumer ? :

Un professionnel de santé vous a-t-il conseillé d'arrêter le tabac ?

OUI NON

Si oui, le(s)quel(s) ? :

Par quelle(s) méthode(s) avez-vous arrêté (seule, patchs, gommes, acupuncture,...) ? :

.....
.....
.....

Avez-vous bénéficié de l'aide d'un tabacologue ? : OUI NON

Si oui, qu'en avez-vous pensé ? :

.....
.....
.....

A l'arrêt du tabac, avez-vous :

Pris du poids ? : OUI NON

Observé un changement de votre comportement ? : OUI NON

Comment avez-vous vécu cet arrêt du tabac ? :

.....
.....
.....
.....

Vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ? : OUI NON

Si oui, Est-ce : Tous les jours Occasionnellement

Précisez le type d'alcool consommé (bière, apéritif, vin, ...) ? :

Vous arrive-t-il de consommer des substances illicites (cannabis, ...) ? : OUI NON

Merci de bien vouloir remettre ce questionnaire à la personne concernée (sage-femme, infirmière)

Avec tous mes remerciements pour l'attention portée à mon travail.

BONNIN Séverine

SI VOUS ETES FUMEUSE A L'HEURE ACTUELLE :

A quel âge avez-vous fumé votre première cigarette ? : ...

A quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ? : ...

Nombre de cigarettes par semaine ? : / semaine

Combien de cigarettes fumiez-vous par jour avant votre désir d'enfant ? : ... / jour

Aviez-vous fait des tentatives d'arrêt du tabac avant ce désir d'enfant ? : OUI NON

Si oui, combien ? : ...

durée maximale de l'arrêt : ...

Avez-vous diminué votre consommation depuis votre suivi pour infertilité ? : OUI NON

Lors de vos différentes consultations pour infertilité, un professionnel vous a-t-il conseillé d'arrêter de fumer ? :

OUI NON

Si oui, le(s)quel(s) ? :

Avez-vous trouvé ces conseils adaptés à votre cas ? : OUI NON

Comment avez-vous ressenti ces conseils ? :

.....
.....
.....
.....

Auriez-vous souhaité de la documentation, une brochure sur l'arrêt du tabac ? :

OUI NON

Envisagez-vous d'arrêter de fumer ? : OUI NON

Quel est votre degré de motivation pour arrêter de fumer ? :

0 _____ 2 _____ 4 _____ 6 _____ 8 _____ 10
Aucune envie Désir très fort

Vous a-t-on parlé d'une consultation d'aide au sevrage tabagique dans le service ? :

OUI NON

Souhaiteriez-vous en bénéficier ? : OUI NON

Pourquoi ? :

.....
.....
.....

Quelles sont vos craintes à l'arrêt du tabac ? :

.....
.....
.....
.....
.....

Vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ? : OUI NON

Si oui, Est-ce : Tous les jours Occasionnellement

Précisez le type d'alcool consommé (bière, apéritif, vin, ...) ? :

Vous arrive-t-il de consommer des substances illicites (cannabis, ...) ? : OUI NON

Merci de bien vouloir remettre ce questionnaire à la personne concernée (sage-femme, infirmière)

Avec tous mes remerciements pour l'attention portée à mon travail.

BONNIN Séverine

Prête ou Non, vous vous posez des questions...

Pour que ce soit plus facile d'arrêter :

◆ **CHU de Nantes**
MATERNITE : HOPITAL MERE-ENFANT

- Hôtel Dieu
 - HGR Laënnec
 - Hôpital St Jacques
- ☎ : **02.40.16.52.37** l'après-midi

◆ **Maison de la Naissance**

Clinique Jules Verne
2-4 route de Paris - NANTES
☎ : **02.51.17.17.24**

◆ **Dispensaire Jean V**

6 rue Hippolyte Durand Gasselin - NANTES
44000 NANTES
☎ : **02.40.73.18.62**

◆ **Centre Sevrage Tabac-Alcool CHS**

55 rue Jean Jaurès - REZE
☎ : **02.40.04.10.19**

◆ **ST NAZAIRE**

* Dispensaire ST NAZAIRE
Bd de l'Hôpital
44600 ST NAZAIRE
☎ : **02.40.90.63.66**

* CPAM ST NAZAIRE
☎ : **0 800 44 00 33**

◆ **TABAC INFO SERVICE**

☎ : **0 825 309 310**
8h00-20h00 du Lundi au Samedi (0,15€/min)

SC, MPH, janv 05

4

S

E

M

M

E

F

En désir d' enfant

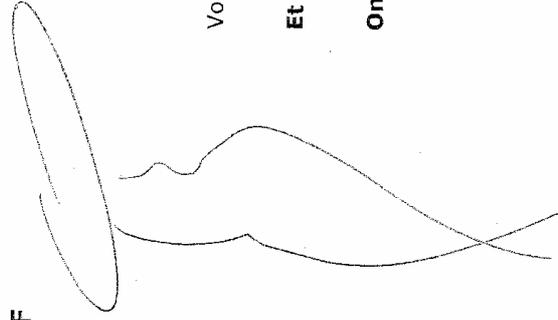
Enceinte

Venant d'accoucher

Vous fumez...

Et si vous arrêtez ?

On est là pour vous aider ...



**Avant, pendant (quelque soit le terme)
et après la Grossesse,
il y a toujours un bénéfice à arrêter de fumer...**

1

Pour Vous et Votre Enfant, l'arrêt du Tabac n'a que des Avantages

Pour votre Grossesse et Votre Enfant

- Amélioration de la fécondité
- Plus de grossesses menées à terme et meilleur poids de naissance
- Amélioration de la circulation dans le placenta pour une meilleure oxygénation du bébé
- Moindre risque de mort subite du nourrisson
- Allaitement plus facile
- Moins d'infections respiratoires du nourrisson

Pour vous

- Mieux respirer
- Retrouver : le goût, l'odorat
une jolie peau,
une haleine plus fraîche
une liberté nouvelle
- Disparition de la dépendance
- Un gain d'argent
- ...

Pour votre conjoint

S'il arrête à l'occasion du désir d'enfant ou de la venue de celui-ci, il trouvera les mêmes avantages et d'autres encore...

2.

Il n'y a pas de recette miracle, mais c'est possible Mettez toutes les chances de votre côté !

- Repérez les cigarettes « **Envies** » des cigarettes « **Besoins** »
- Privilégiez un **environnement non fumeur**
(aucune cigarette à l'intérieur de votre domicile, ni dans la voiture)
- Fixez-vous une **date d'arrêt**
- Imaginez ce que **vous pourriez faire à la place** :
 - . buvez un grand verre d'eau
 - . croquez un fruit
 - . brossez-vous les dents
 - . relaxez-vous (musique, prenez un bain)
 - . prenez l'air, faites un tour
 - . demeurez occupée (mots croisés, jardinage, bricolage, décoration...)
 - . massez vous

Faites vous aider par votre médecin et/ou une consultation spécialisée d'Aide au Sevrage Tabagique (tabacologue, accompagnement, diététique, soutien psychologique, acupuncture, substituts nicotiniques etc...)

3

Annexe 3

Test Fagerström de dépendance à la nicotine*

Pour vous, le tabagisme est-il une habitude ou une dépendance? Répondez à ce test pour connaître votre niveau de dépendance à la nicotine.

1. Combien de temps s'écoule entre votre réveil et votre première cigarette?

- ◆ Plus de 60 minutes (0)
- ◆ Entre 31 et 60 minutes (1)
- ◆ Entre 6 et 30 minutes (2)
- ◆ Moins de 5 minutes (3)

2. Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer là où c'est interdit?

- ◆ Non (0)
- ◆ Oui (1)

3. Quelle cigarette auriez-vous le plus de mal à ne pas fumer?

- ◆ La première de la journée (1)
- ◆ N'importe quelle autre (0)

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

- ◆ 10 ou moins (0)
- ◆ Entre 11 et 20 (1)
- ◆ Entre 21 et 30 (2)
- ◆ Plus de 31 (3)

5. Fumez-vous davantage durant les premières heures suivant le réveil qu'au cours du reste de la journée?

- ◆ Non (0)
- ◆ Oui (1)

6. Fumez-vous même quand vous êtes malade au lit presque toute la journée?

- ◆ Non (0)
- ◆ Oui (1)

* Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. *The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addictions* 1991;86:1119-27

Vous avez obtenu : . Votre niveau de dépendance à la nicotine est le suivant :

0 à 2 Très faible dépendance 6 à 7 Forte dépendance

3 ou 4 Faible dépendance 8 à 10 Très forte dépendance

5 Dépendance moyenne

[Moins de 5 points : « Votre dépendance à la nicotine est encore faible. Vous devriez agir dès maintenant avant qu'elle n'augmente. »

[Entre 5 et 7 points : « Votre niveau de dépendance à la nicotine est modéré. Si vous ne cessez pas de fumer prochainement, votre dépendance à la nicotine augmentera jusqu'à un niveau élevé.

Agissez maintenant pour briser votre dépendance à la nicotine. »

[Plus de 7 points : « Votre dépendance à la nicotine est forte. Vous ne contrôlez pas votre tabagisme : c'est le tabagisme qui vous contrôle! Quand vous déciderez de cesser de fumer, consultez votre médecin pour discuter de thérapie de remplacement de la nicotine et d'autres médicaments susceptibles de vous aider à vous libérer. »

Annexe 4

Echelle HAD** : Hospital Anxiety and Depression scale

Quand une personne veut cesser de fumer, il importe de connaître son état psychologique. La dépression est en effet une contre-indication au sevrage.

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). Le test :

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

5. Je me fais du souci :

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

6. Je suis de bonne humeur :

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Additionnez les points des réponses : **1, 3, 5, 7, 9, 11, 13** : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation :

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

** Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr. Scand., 1983, 67, 361-370.

Traduction française : J.F. Lépine

« L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie » sous la direction de J.D. Guelfi, éditions Pierre Fabre.

Présentée également dans : Pratiques Médicales et thérapeutiques, Avril 2000, 2, 31.

RESUME

Le tabagisme constitue un véritable problème de Santé Publique, par sa fréquence, ses effets délétères sur la fertilité et ses complications pergravidiques. Cette étude montre que l'intoxication tabagique des couples suivis en Procréation Médicale Assistée est réelle. Le personnel soignant se doit de les informer des méfaits du tabagisme sur leur fertilité ; il doit aussi les inciter à cesser le tabac et les orienter, si besoin, vers une consultation d'aide au sevrage. Ces obligations des professionnels nécessitent aussi l'implication des établissements hospitaliers qui doivent mettre en œuvre les moyens nécessaires, et honorer ainsi leurs missions de prévention, d'éducation et de soins. Mais la lutte contre le tabagisme requiert avant tout, une prise de conscience collective et des changements de comportements de la société, notamment en matière de tabagisme passif.

Mots-clés : tabagisme ; fertilité ; prévention ; sevrage.