

CONTEXTE

→ Selon Carter et al. (2015), la mortalité des fumeurs actuels est **2 à 3 fois plus élevée** que celle des personnes n'ayant jamais fumé. Les données du gouvernement recensent un nombre de fumeurs au quotidien s'élevant à **14 millions d'individus**. Parmi ces derniers **24% sont des femmes** et **30% sont des hommes** (Mildeca, 2019). D'après l'étude des risques associés au tabagisme maternel pendant la grossesse **17% des femmes enceintes françaises au 3^{ème} trimestre fumaient** ce qui équivaut à l'exposition de 141 576 embryons (Berlin, 2019). Pendant la grossesse, le **tabagisme maternel** induit du tabagisme passif au niveau du **fœtus**. Les divers composants de la fumée de tabac sont transmis par le liquide amniotique qui représente la circulation foetale (Torchin, 2020). Effectivement, le monoxyde de carbone est un **composant du tabac** qui peut provoquer une vascularisation défectueuse, une hypertrophie placentaire et/ou une hypoxie locale, ce qui réduit la circulation sanguine, augmente le risque de **complications et limite la croissance du fœtus** (Pereira et al. 2020). La consommation de tabac pendant la grossesse peut également engendrer des troubles cognitifs, comportementaux, des difficultés de croissance et le risque d'adopter des comportements additifs (Lamy et al. 2015). Pour Guérin et al. (2006), il est ainsi essentiel de prendre en compte le **tabagisme passif** qui engendre de nombreux impacts sur la grossesse, puisque c'est un facteur qui peut entraîner un accouchement prématuré, l'insuffisance du poids à la naissance et un syndrome de mort subite du nourrisson (Guérin et al. en 2006 in Guyon et al. 2007).

→ **La théorie fonctionnelle de la cognition (TFC)** est particulièrement pertinente pour étudier les jugements d'acceptabilité sur la consommation de tabac pendant la grossesse puisque cette théorie permet **d'observer les lois cognitives** mises en place par le processus de traitement de l'information (Anderson, 1996). Appliquer la TFC, notamment dans les problématiques éthiques permettant de mieux les comprendre (Mullet et al. 2012), pour ensuite pouvoir proposer des actions de santé publique,

→ L'**objectif** de la présente étude est d'observer les jugements d'acceptabilité de la consommation de tabac pendant la grossesse.

→ **Hypothèses:** il est supposé que **certaines facteurs** comme « l'âge de la future mère », « la période de consommation », « la personne qui consomme » et « la fréquence de consommation ». Il est également supposé les **caractéristiques biopsychosociales** des individus peuvent avoir un impact sur les jugements d'acceptabilité de la consommation de la future mère pendant la grossesse.

MÉTHODE

Population

N=132 participants => 52 hommes (39,4%) et 80 femmes (60,6%) âgés de 18 à 89 ans (M=52,5, ET=19,2). Les participants sont majoritairement hétérosexuels (77,3%) ; 43,9% sont en couple, et 56% ont au moins un enfant. Pour 94,7% le style éducatif démocratique est à privilégier.

Matériel

- Un carnet de 64 scénarii construit selon le plan expérimental:
- Age de la femme (2)* Période (3)* identité du Fumeur (3)* Fréquence de consommation (3)**
- **Test de Fagerström** élaboré par Karl Fagerström
- **Questionnaire anamnestique** pour recueillir les caractéristiques bio-psycho-sociales.

Madame X a **23 ans**.

En couple depuis plus de trois ans, elle est actuellement enceinte de huit mois et attend son premier enfant. Elle bénéficie d'un suivi obstétrical régulier et sérieux par un médecin spécialiste depuis le début de la grossesse. Durant les **six premiers** mois de sa grossesse, il est arrivé **qu'avec son compagnon, ils consomment occasionnellement une cigarette**.

Dans quelle mesure cette situation vous paraît-elle acceptable ?

Pas du tout acceptable ----- Tout à fait acceptable

Procédure

- **Déclaration de conformité** à une méthodologie de recherche au registre de la CNIL (n°2020RPSY067)
- Les participants sont majeurs et ont donné leur consentement éclairé
- La passation en 3 phases - Durée moyenne: M = 14,32 (ET = 11,31)

→ Phase de familiarisation

→ Phase expérimentale.

→ Fagerström + Questionnaire anamnestique.

RÉSULTATS PRINCIPAUX : Analyses de variance à mesures répétées

Effets Principaux:

- ♦ « **fréquence de la consommation** »
 $F(1.37) = 118.71$ $p < .001$, $\eta^2p = 0.337$
- ♦ « **identité du fumeur** »
 $F(1.09) = 75.264$, $p < .001$, $\eta^2p = 0.243$
- ♦ « **période de consommation** »
 $F(1.37) = 118.71$ $p < .001$, $\eta^2p = 0.132$

Interactions entre les facteurs:

- ♦ « **identité du fumeur** » X « **fréquence de la consommation** »
 $F(2.05) = 11.702$ $p < .001$, $\eta^2p = 0.048$

Interactions avec les caractéristiques bio-psycho-sociales

- ♦ **Effet de l'interaction entre le facteur « fréquence » et l'estimation de la possibilité de fumer pendant la grossesse :**
 $F(2.87) = 27.413$ $p < .001$, $\eta^2p = 0.191$
- ♦ **Effet de l'interaction du facteur « période de consommation » et le degré de dépendance du participant :**
 $F(1.30) = 10.368$, $p < .001$, $\eta^2p = 0.043$

Figure 1.

Interaction entre le facteur « identité du fumeur » et « fréquence de consommation ».

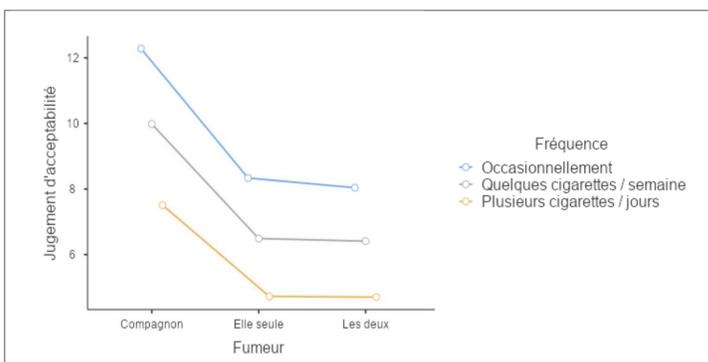


Figure 2.

Interaction entre la possibilité de fumer pendant la grossesse et le facteur « la fréquence de consommation »

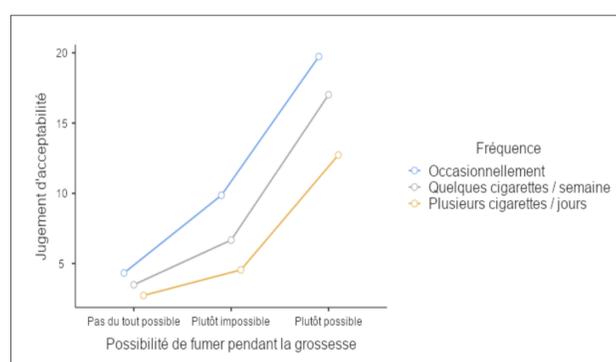
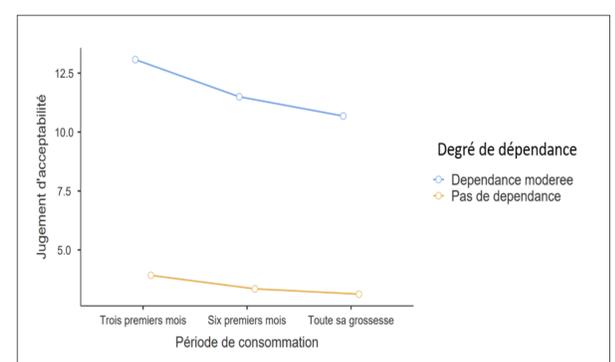


Figure 3.

Interaction entre le degré de dépendance au tabac des répondants et le facteur « période de consommation »



seuil de significativité retenu: ps .001

DISCUSSION & CONCLUSION

Les résultats ont montré que plus la consommation de tabac était faible plus le jugement d'acceptabilité était élevé. Effectivement, l'augmentation du risque d'une **dose-dépendante** est présente à partir d'une cigarette consommée par jour (Dumas et al., 2014). De plus, le degré d'acceptabilité est plus élevé lorsque le conjoint est la personne qui consomme. Dans l'étude de Dumas (2015), 40,1% des femmes enceintes avaient un partenaire fumeur; dans la présente étude, 9,1% des femmes ont précisé avoir été exposé à la fumée en partie ou pendant la totalité de leur grossesse. Ensuite, le niveau du jugement d'acceptabilité est plus important lorsque la personne fume pendant les trois premiers mois de grossesse plutôt que tout au long de la grossesse ou les six premiers mois, ce qui est congruent avec les travaux de Dumas (2015).

Le moment de la grossesse pourrait être une période tout à fait privilégiée pour instaurer ou réinstaurer un dialogue entre la femme consommant du tabac, ou même une substance psychoactive, et le monde médical, permettant la mise en place d'une prise en charge médico-sociale pour la mère et également pour le père.

Du point de vue **éthique**, il semblerait que limiter le sentiment de culpabilité que pourraient ressentir les femmes qui consomment du tabac pendant leur grossesse serait un facteur important à prendre en compte. En effet, les interventions prénatales sont efficaces auprès de 20% des femmes mais le sont moins pour les fumeuses enceintes qui ont une consommation élevée (Orléans et al., 2000 in Wakschlag et al. 2003). De plus, selon l'étude de Hamulka et al. (2018) auprès de 104 mères ayant un enfant de moins de 2 ans, les femmes ne dévoilent souvent pas leur tabagisme actif pendant la grossesse.

Du point de vue **clinique**, le renforcement des dispositifs d'informations existants pourrait améliorer les connaissances de la femme pour les risques encourus. En effet, la majorité des participants ne connaissent pas ou peu les conditions d'un sevrage tabagique (53,62%) et donc ne peuvent pas envisager d'entreprendre l'arrêt du tabac en étant accompagné.

RÉFÉRENCES

- Anderson, N.H. (1996). A Functional Theory of Cognition (1re éd.). New-York, USA : Psychology Press
- Berlin, I. (2019). Risques associés au tabagisme maternel pendant la grossesse. Attention particulière aux conséquences postnatales. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 203(7), 528-534.
- Carter, B. D., Abnet, C. C., Feskanich, D., Freedman, N. D., Hartge, P., Lewis, C. E., ... & Jacobs, E. J. (2015). Smoking and mortality—beyond established causes. *New England journal of medicine*, 372(7), 631-640.
- Dumas, A., Lejeune, C. & Simmat-Durand, L. (2014). Tabac, alcool et cannabis pendant la grossesse : qui sont les femmes à risque ? *Santé Publique*, 5(5), 603-612. <https://doi.org/10.3917/spub.145.0603>
- Dumas, A. (2015, 29 mai). *Tabac, grossesse et allaitement : Exposition, connaissances et perceptions des risques*. HAL-SHS - Sciences de l'Homme et de la Société. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01182475/>.
- Guyon, L., Audet, C., April, N., & De Koninck, M. (2007). Tabagisme et grossesse. Représentations sociales chez des mères québécoises. *Drogues, santé et société*, 6(1), 105-142.
- Hamulka, J., Zielinska, M. A., & Chadzynska, K. (2018). The combined effects of alcohol and tobacco use during pregnancy on birth outcomes. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*, 69(1).
- Lamy, S., Laqueille, X., & Thibaut, F. (2015). Conséquences potentielles de la consommation de tabac, de cannabis et de cocaïne par la femme enceinte sur la grossesse, le nouveau-né et l'enfant: revue de littérature. *L'Encéphale*, 41, S13-S20.
- Les consommations de substances psychoactives en population générale*. (2019, 1 octobre). Mildeca. <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/chiffres-cles/en-population-generale>.
- Mullet, E., Morales Martinez, G. E., Makris, I., Roge, B., & Munoz Sastre, M. T. (2012). Functional Measurement: An Incredibly Flexible Tool. *Psicologica: International Journal of Methodology and Experimental Psychology*, 33(3), 631-654.
- Pereira, B., Figueiredo, B., Pinto, T. M., & Miguez, M. C. (2020). Effects of Tobacco Consumption and Anxiety or Depression during Pregnancy on Maternal and Neonatal Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 8138.
- Torchin, H., Le Lous, M., & Houdouin, V. (2020). Tabagisme pendant la grossesse: impact sur l'enfant, de la naissance à l'âge adulte—Rapport d'experts et recommandations CNGOF-SFT sur la prise en charge du tabagisme en cours de grossesse. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 48(7-8), 567-577.
- Wakschlag, L. S., Pickett, K. E., Middlecamp, M. K., Walton, L. L., Tenzer, P., & Leventhal, B. L. (2003). Pregnant smokers who quit, pregnant smokers who don't: does history of problem behavior make a difference?. *Social science & medicine*, 56(12), 2449-2460.