

# DOSSIERS TECHNIQUES

N° 1

## JEUNES FEMMES

## ET TABAC

Pistes pour l'action



Septembre 2010



# Jeunes femmes et tabac

## Pistes pour l'action

### Réalisation

Sabrina DESCHAMPS, IREPS de Bourgogne, documentaliste

Delphine LHUILLIER, École de Cadres Sages Femmes, documentaliste

Agathe SANDON, CODES de Côte d'Or, documentaliste

*Document réalisé dans le cadre du groupe de travail du Programme Régional de l'Assurance Maladie  
« Femmes et tabac »*



## Présentation du dossier technique et de la recherche documentaire

L'objet de ce dossier technique est de contribuer à répondre aux questionnements du groupe de travail du PRAM « Jeunes femmes et tabac » à l'égard de la problématique du tabagisme des **jeunes femmes** (de la jeune fille à la mère), avec un intérêt particulier pour les **populations en situation de précarité** et les **femmes enceintes**.

Ce dossier a pour objectifs d'informer sur les dernières données épidémiologiques locales, régionales et nationales, réaliser un point sur la question, présenter des exemples d'actions développées dans le domaine dans d'autres régions ou à l'international, et les stratégies d'intervention jugées efficaces.

### Stratégie de recherche

---

- Phase préparatoire : recherche réalisée dans les fonds documentaires de l'ORS, de l'IREPS, du CODES 21 et de l'école de cadres sages-femmes (revues et ouvrages spécialisés)
- Recherche documentaire utilisant les différentes bases de données accessibles sur Internet (revues en ligne, catalogues de bibliothèques en ligne, Bases de données spécialisées dans le domaine de la santé),
- Contact avec Mme Conchita Gomez, Sage-femme tabacologue à l'APPRI (Association Périnatalité Prévention Recherche Information)

### Objectifs

---

- Caractériser l'évolution épidémiologique de la consommation de tabac à l'adolescence, chez les femmes et pendant la grossesse en France et en Bourgogne en réalisant une synthèse des données,
- Réaliser une synthèse des connaissances sur les effets et conséquences suite à la consommation et les représentations sociales du tabagisme chez les femmes,
- Lister et décrire les campagnes de prévention francophones menées sur le sujet et préciser l'impact des messages
- Décrire des exemples d'actions développées sur le sujet et jugées efficaces - *Données probantes : Une donnée probante est un fait ou une donnée utilisée, ou qui pourrait être utilisée, afin de prendre une décision, prononcer un jugement ou résoudre un problème. (Butcher, 1998).*
- Réaliser une synthèse des recommandations d'auteurs sur le sujet.

### Bases de données interrogées

---

**Pubmed** : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

PubMed comprises more than 19 million citations for biomedical articles from MEDLINE and life science journals back to 1948. PubMed includes links to full-text articles which may be found in other databases such as PubMed Central or at publisher web sites.

**EMConsult** : <http://www.em-consulte.com/>

Regroupe l'intégralité des articles publiés dans les revues Elsevier Masson ainsi que dans l'ensemble des traités EMC. Ce fonds documentaire en langue française, unique par sa taille et par la qualité de son contenu, est accessible en quelques clics.

**BDSP** : <http://www.bdsp.ehesp.fr/>

La BDSP est un réseau de coopération pour la mise en ligne de sources d'information en santé publique. Elle couvre l'information scientifique et technique produite en France et à l'étranger depuis 1978.

**Cochrane Library** : <http://www.cochrane.org/>

The Cochrane Library contains high-quality, independent evidence to inform healthcare decision-making. It includes reliable evidence from Cochrane and other systematic reviews, clinical trials, and more. Cochrane reviews bring you the combined results of the world's best medical research studies, and are recognised as the gold standard in evidence-based health care.

**CISMeF** : <http://www.chu-rouen.fr/cismef/>

Indexe les principaux sites et documents francophones (ressources concernant l'enseignement, la médecine factuelle (recommandations pour la bonne pratique clinique et conférence de consensus) et les documents spécialement destinés aux patients et au grand public, dans le but de participer à l'amélioration de l'éducation sanitaire dans le monde francophone...)

**ARTICLE@Inist** : <http://services.inist.fr/public/fre/conslt.htm>

Permet de consulter les catalogues de l'Institut de l'Information Scientifique et Technique pour retrouver la référence d'un article, une revue, un ouvrage, un rapport ou un congrès.

**NLM Gateway** : <http://gateway.nlm.nih.gov/gw/Cmd>

The National Library of Medicine Gateway allows users to search in multiple retrieval systems at the US National Library of Medicine.

**Cairn** : <http://www.cairn.info/accueil.php?PG=START>

67 957 articles parus depuis 2001 dans 203 revues de sciences humaines et sociales de recherche et de débat.

**BMA Library** : [http://www.bma.org.uk/library\\_medline/index.jsp](http://www.bma.org.uk/library_medline/index.jsp)

The BMA Library provides expert medical information services to members and staff. They specialise in current clinical practice, medical ethics and education.

**Science Direct** : <http://www.sciencedirect.com>

ScienceDirect is a leading full-text scientific database offering articles/chapters from more than 2 500 peer-reviewed journals and more than 11,000 books. There are currently more than 9.5 million articles/chapters, a content base that is growing at a rate of almost 0.5 million additions per year.

### **Mots-clefs utilisés (recherche booléenne)**

---

Adolescente, allaitement, Bourgogne, Canada, campagne prévention, conférence de consensus, consommation, contraception, Dijon, femme enceinte, formation, France, grossesse, jeune fille, législation, maternité, précarité, prévention, recommandation, représentation, sage femme, sevrage, tabac, tabacologue, tabagisme, tabagisme passif, campagne de prévention, efficacité

Smoking cessation, tobacco use, tobacco dependence, pregnancy, tobacco use cessation, pregnancy outcome(s), postpartum, smoking, relapse, women, woman, pregnant, mass media, antismoking campaign.

### **Couverture géographique**

---

France et pays francophones

### **Couverture chronologique**

---

1990 - 2009

# SOMMAIRE

## Jeunes femmes et tabac

<b>DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES .....</b>	<b>8</b>
EN FRANCE .....	8
<i>A l'adolescence chez les jeunes filles</i> .....	8
<i>Chez les femmes</i> .....	9
<i>Consommation pendant la grossesse</i> .....	9
EN BOURGOGNE.....	9
<i>A l'adolescence chez les jeunes filles</i> .....	9
<i>Chez les femmes</i> .....	9
<i>Consommation pendant la grossesse</i> .....	10
<b>EFFETS, CONSÉQUENCES SUITE À LA CONSOMMATION DE TABAC ET FACTEURS DE RISQUE CHEZ LA FEMME.....</b>	<b>11</b>
CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ .....	11
<i>En période contraceptive</i> .....	12
<i>En phase pré-conceptionnelle</i> .....	12
<i>Pendant la grossesse</i> .....	12
<i>Après la grossesse</i> .....	14
<i>Pendant l'allaitement</i> .....	15
CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES .....	15
<b>TREPRÉSENTATIONS ET CONNAISSANCES DES EFFETS .....</b>	<b>17</b>
<b>REPRÉSENTATIONS ET CONNAISSANCES DES EFFETS .....</b>	<b>17</b>
<b>CAMPAGNES DE PRÉVENTION MENÉES DANS LES PAYS FRANCOPHONES ET IMPACT DES MESSAGES.....</b>	<b>19</b>
EN FRANCE .....	20
EN BELGIQUE.....	23
IMPACT .....	24
EFFICACITÉ DES CAMPAGNES .....	26
RAPPORT COÛT EFFICACITÉ DES CAMPAGNES MÉDIATIQUES .....	27
CARACTÉRISTIQUES D'UNE CAMPAGNE MÉDIATIQUE DE MASSE EFFICACE.....	27
<b>CADRE LÉGISLATIF .....</b>	<b>29</b>
<b>COMMENT INTERVENIR ?.....</b>	<b>32</b>
EXEMPLES D' ACTIONS CONCRÈTES .....	32
- <i>En milieu hospitalier</i> .....	32
- <i>En milieu défavorisé</i> .....	37
MÉTHODES DE PRÉVENTION EFFICACES .....	39
- <i>En milieu scolaire</i> .....	39
- <i>Auprès des femmes enceintes</i> .....	41
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>44</b>
- <i>Jeunes femmes</i> .....	44
- <i>Femmes</i> .....	44
- <i>Femmes enceintes</i> .....	45
- <i>Femmes précaires</i> .....	47
- <i>Professionnels de santé</i> .....	47
- <i>Femmes allaitantes</i> .....	47
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>49</b>

<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>50</b>
<b>LEXIQUE .....</b>	<b>57</b>

# Données épidémiologiques

## En France

Selon le projet ITC (février 2009)<sup>1</sup> la prévalence du tabagisme en France ne cesse de diminuer depuis le début des années 90.

La prévalence des fumeurs n'a cessé de diminuer depuis le début des années 90, pour atteindre 30% de fumeurs (quotidiens ou occasionnels) chez les 18 à 75 ans (34% chez les hommes et 25% chez les femmes) en 2007. Cette baisse a commencé il y a une quarantaine d'années chez les hommes, mais seulement vingt ans chez les femmes.

- La prévalence est la plus élevée chez les jeunes, puis diminue avec l'âge
- La prévalence par sexe était de 30% chez les hommes et de 23% chez les femmes. L'écart important entre les hommes et les femmes autour de 30 ans s'explique par les projets de grossesse ou par la grossesse elle-même, ou par la présence des nourrissons ou enfants en bas âge arrivés dans le foyer : ces périodes de la vie constituent d'excellentes motivations pour les femmes qui souhaitent arrêter de fumer, au moins temporairement.

En France, un peu moins de la moitié (47%) des fumeurs quotidiens fument 10 cigarettes par jour ou moins. La consommation moyenne quotidienne est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes d'âge.

## A l'adolescence chez les jeunes filles

✓ Selon le Baromètre santé 2005<sup>2</sup>, entre 2000 et 2005, la prévalence du tabagisme pour les jeunes femmes a notablement diminué pour les 12-15 ans (18,1% à 10,9%) et dans une moindre mesure pour les 16-25 ans (44,2% à 38%). L'usage quotidien chez les filles de 17 ans a baissé de 40% à 37% entre 2000 et 2003. La prévalence du tabagisme reste marginale avant 16 ans (10,9% de fumeuses dont la moitié occasionnelles).

### - *Scores de santé et tabagisme*

Entre 12 et 25 ans, parmi les filles, le score de santé physique et le score de santé mentale s'avèrent toujours plus élevés pour les non-fumeuses.

### - *Expérimentation et entrée dans le tabagisme*

La précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans le tabagisme quotidien sont des facteurs de risque très importants pour l'installation durable dans la consommation et la dépendance.

### - *Déterminants socio-démographiques*

Les scolarisées fument moins souvent : parmi les élèves ou étudiantes, 22,6% des jeunes femmes fument versus 44,8% de celles qui travaillent ainsi que 50,5% de celles qui sont à la recherche d'un emploi.

La séparation des parents et le fait de ne plus vivre chez eux favorisent le tabagisme.

Les jeunes qui ne vivent avec aucun de leurs deux parents fument plus souvent que les autres : 44,1% vs 25,3% pour les jeunes femmes.

<sup>1</sup> INPES, INCa, OFDT. Rapport national ITC France. Paris : INPES, 2009.

<sup>2</sup> INPES. Baromètre santé 2005 : premiers résultats. Saint Denis : INPES, 2006, 170 p.



En outre, les jeunes dont les parents sont séparés ont deux fois plus de chances de fumer que les autres.

## **Chez les femmes**

✓ Selon le Baromètre santé 2005<sup>3</sup>, pour les femmes de 16 à 45 ans, la prévalence du tabagisme oscille entre 35% et 38%.

### *- Déterminants socio-démographiques*

Les femmes titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur sont moins enclines que les autres à fumer.

Les employées sont un peu moins enclines à fumer. En revanche, les chômeuses se distinguent par une forte prévalence du tabagisme (39,2%).

Les personnes qui vivent en couple déclarent moins souvent fumer que les célibataires (27,1% vs 45,3%). Les personnes divorcées ou séparées sont les plus enclines à fumer.

### *- Motifs de l'arrêt*

Parmi les femmes, celles qui ont réussi à arrêter mentionnent plus fréquemment la peur de tomber malade et la prise de conscience des conséquences du tabagisme, mais moins souvent la naissance d'un enfant, une grossesse ou le prix des cigarettes. Cela suggère que ces deux derniers motifs incitent à l'arrêt, mais suscitent des tentatives qui ont moins de chances d'être couronnées de succès.

## **Consommation pendant la grossesse**

Environ **2 femmes enceintes sur 10 déclarent fumer** tous les jours au troisième trimestre de leur grossesse, cette part est toutefois en baisse depuis 1995<sup>4</sup>. Les femmes jeunes, moins diplômées, ou encore celles qui résident en France métropolitaine apparaissent davantage concernées par ce comportement.

## ***En Bourgogne***

### **A l'adolescence chez les jeunes filles**

Selon l'enquête de l'ORS<sup>5</sup> réalisée en septembre 2009 auprès de 1107 femmes en Bourgogne sur les connaissances et comportements des femmes enceintes en matière de nutrition, tabac et alcool, 50,2% des moins de 25 ans fument.

## **Chez les femmes**

Selon cette même enquête, plus du tiers des femmes (33,9%) fumaient avant la grossesse, sans variation significative selon les pays.

---

<sup>3</sup> Ibid. (voir note n°2)

<sup>4</sup> Ibid. (voir note n°2)

<sup>5</sup> ORS de Bourgogne. Connaissances et comportements des femmes enceintes en matière de nutrition, tabac et alcool. Dijon : ORS Bourgogne, 2009, 67 p.

Le tabagisme est plus répandu chez les femmes les moins diplômées ([...] 46,6% des non diplômées et 47,3% des femmes de niveau BEP/CAP). Les femmes primipares présentent également une fréquence plus élevée de tabagisme que les multipares.

## **Consommation pendant la grossesse<sup>6</sup>**

### L'exposition à un environnement tabagique

Plus de la moitié des femmes enceintes (58,1%) sont exposées à un environnement fumeur.

- L'entourage fumeur peut se comporter de plusieurs façons : dans trois quarts des cas, ils s'abstiennent systématiquement (43,6%) ou le plus souvent (30,0%) en présence de la femme enceinte ; 19,0% ne s'abstiennent pas toujours et 7,6% ne le font jamais.
- L'existence d'un entourage fumeur est plus fréquente chez les femmes jeunes et moins diplômées.
- Par ailleurs, le comportement de l'entourage fumeur en présence de la femme enceinte varie selon le niveau d'études de cette dernière. 60,5% des femmes de niveau post-bac ayant un entourage fumeur déclarent que celui-ci s'abstient systématiquement en leur présence, alors que ce comportement n'est observé que pour 25,8% de l'entourage fumeur chez les femmes non diplômées.

### Le statut tabagique de la femme enceinte

Parmi les femmes étant enceintes depuis plus de 6 mois, 17,5% ont fumé pendant la grossesse.

Parmi les femmes qui fumaient avant d'être enceintes :

- 48,1% ont arrêté pendant la grossesse ;
- 38,2% ont réduit leur consommation quotidienne ;
- 13,4% ont maintenu leur niveau de consommation.

### Arrêt du tabac pendant la grossesse

66,1% des conseils d'arrêt émanent des professionnels de santé, 27,5% des proches, 16,9% de la volonté propre des futures mamans.

Lorsqu'on prend tous les facteurs en compte simultanément, l'arrêt du tabac est favorisé par un entourage non fumeur ou qui s'abstient en présence de la femme enceinte, par une faible consommation journalière, ainsi que par la connaissance du risque de retard de croissance. En analyse univariée, les femmes qui n'identifient le seuil de risque qu'à une consommation élevée ont de plus faibles chances d'arrêter de fumer pendant leur grossesse.

### *Exemple d'une étude sur le Châtillonnais<sup>7</sup>*

Une enquête sur la consommation de substances psycho actives des femmes enceintes du territoire châtilonnais a été réalisée en milieu hospitalier et en ambulatoire sur une durée de 9 mois (août 2005-avril 2006) par une infirmière puéricultrice de Protection Maternelle et Infantile<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> Ibid. (voir note n°7)

<sup>7</sup> ORS BOURGOGNE, CIRDD BOURGOGNE. Les addictions en Bourgogne. Dijon : ORS Bourgogne, 2008.

<sup>8</sup> BETTINGER B. Protection Maternelle et Infantile et prévention des conduites d'abus et de dépendances (d'après une enquête réalisée auprès des femmes enceintes du Châtillonnais sur leur consommation de Tabac/Alcool et autres substances psycho-actives pendant leur grossesse). Mémoire du Diplôme d'Études Universitaires « Conduites d'Abus et de Dépendances ». Faculté de Médecine de Dijon, 2006.

En 2005-2006, 31% des femmes enceintes du territoire châillonnais se déclaraient fumeuses. Seule 1 fumeuse sur 6 avait cessé sa consommation de tabac à l'occasion de cette grossesse.

## Effets, conséquences suite à la consommation de tabac et facteurs de risque chez la femme

### Conséquences sur la santé

Le tabac a de multiples effets sur le fumeur et en l'occurrence sur la fumeuse. Cependant, pour les femmes, les conséquences du tabagisme se constatent tout au long de leur vie de femme et plus spécialement en amont et en aval d'une grossesse. La prévalence élevée du tabagisme féminin induira un décuplement des morts liés à la consommation de tabac chez les femmes d'ici à 2025<sup>9</sup>.

### Chez la femme

De multiples études ont mis en évidence que la vulnérabilité des femmes vis à vis du tabagisme était au moins égale à celle des hommes en matière de cancers broncho-pulmonaires, des voies aéro-digestives supérieures ou de la vessie comme de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Alors que le taux standardisé de décès par **cancer du poumon** a diminué de 14% chez les hommes entre 1990 et 2005, il a quasiment doublé chez les femmes (+81%) sur cette même période.

Chez la femme fumeuse sous contraception orale, le risque d'**hémorragie méningée** est multiplié par 22 et le risque d'**infarctus du myocarde** par 10.

Les fumeuses sont également plus exposées au **cancer de col de l'utérus** : la cotinine, un marqueur de l'exposition au tabac, se retrouve dans le fluide cervical des fumeuses ainsi que chez les femmes exposées au tabagisme passif.

Le tabagisme favorise également le **cancer du sein** (RR = 1,5 à 2); le tabagisme pendant la grossesse favoriserait pour sa part, l'apparition du cancer du sein dans la pré-ménopause, ce risque paraît dose dépendant du tabagisme. L'usage du tabac est un facteur de dysfonctionnement de la sphère génitale touchant ovaires et trompes. C'est aussi un facteur d'**endométriase**. Enfin, il augmente la prévalence globale du cancer de l'ovaire.

L'âge de la **ménopause** est plus précoce chez les fumeuses (une à deux années) et le risque d'ostéoporose est augmenté.

Enfin, le tabagisme favorise l'apparition des rides faciales et influence l'aspect général de la peau et des dents<sup>10</sup>.

### A l'adolescence

Le tabagisme des jeunes favorise l'apparition future de problèmes respiratoires, c'est en effet cette dépendance qui intervient dans la période juvénile qui fait le terrain des maladies liées qui apparaîtront à l'âge adulte. De plus il semble que le tabagisme des jeunes serait parfois lié à l'apparition de troubles psychiatriques divers comme les

<sup>9</sup> HILL C. Le tabagisme des femmes. *Revue de Pneumologie Clinique*, 1999, n° 55, p. 283-289.

<sup>10</sup> PERRIOT J. Tabagisme maternel et paternel : l'excès de risque lié au tabagisme chez la femme enceinte. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol. 34 (Hors série n° 1), p. 3S95-3S100.

troubles du comportement, les déficits d'attention, l'anxiété, la dépression, l'hyperactivité et des abus ou dépendances à diverses substances psychoactives et à l'alcool<sup>11</sup>.

### **En période contraceptive**

Le tabac a des conséquences nocives sur les femmes sous contraceptif oral et cela est encore plus vrai chez les plus de 35 ans.

En effet l'association pilule/tabac accroît la mortalité féminine notamment en augmentant le risque coronarien et le risque de cancer du col de l'utérus, les accidents vasculaires cérébraux, les infarctus du myocarde, les risques de phlébites, les thromboses veineuses, les accidents artériels et favorisent les troubles de la coagulation<sup>12</sup>. Cette combinaison est fortement contre-indiquée chez les femmes de plus de 35 ans fumant 15 cigarettes ou plus par jour, les risques cardio-vasculaires étant majorés.

Cette association dangereuse pilule/tabac a également des conséquences sur la qualité de vie de la femme : modification de la réponse au stress, risques d'ostéoporose, de problèmes bucco-dentaires, spottings plus fréquents à cause d'une carence en œstrogènes, etc.

### **En phase pré-conceptionnelle**

Lorsque la fumeuse désire un enfant, la grossesse peut se faire d'avantage attendre que chez une non-fumeuse. En effet, le tabac causant une fragilisation des ovocytes, un ralentissement du transport de l'embryon, une diminution plus rapide de la réserve ovarienne et donc une avancée de l'âge de la ménopause, les chances de grossesse sont diminuées.

En ce qui concerne les femmes suivant des protocoles en Procréation Médicalement Assistée\* (PMA), les chances de réussite d'une Fécondation In Vitro\* (FIV) sont diminuées de 50%.

En règle générale, il faut six mois à un an de plus à une fumeuse pour tomber enceinte que pour une non-fumeuse<sup>13</sup>.

### **Pendant la grossesse**

L'exposition chronique à la fumée de tabac durant la période prénatale représente un risque majeur pour le développement de l'enfant. De nombreux problèmes d'ordre physique, cognitif et social y ont été associés, problèmes dont **la magnitude augmente avec l'intensité du tabagisme maternel prénatal** <sup>14</sup>.

Les études récentes, prenant en compte les facteurs de confusions (génétiques, socio-environnementaux, niveau intellectuel des parents, stimulation de l'enfant, autres expositions : alcool, plomb...) confirment pour la plupart le lien entre tabagisme pendant la grossesse et **troubles du développement cognitif** (baisse du QI, performances vocales inférieures à l'âge de 8 mois, déficit de

<sup>11</sup> INSERM. Tabac : comprendre la dépendance pour agir [en ligne]. Paris : INSERM, 2004, 488 p. Disponible sur : <<http://ist.inserm.fr/basisrapports/tabac2/>> (consulté le 08/07/09).

<sup>12</sup> JAMIN C. La pilule et le tabac : JTA (janvier 2003) [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.gyneweb.fr/Sources/contraception/pilule-tabac.htm>> (consulté le 08/07/09).

<sup>13</sup> SEPANIAK S., FORGES T., MONNIER-BARBARINO P. Tabac et fertilité chez l'homme et la femme. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2006, n°34, p. 945-949.

<sup>14</sup> LAW, K.L., STROUD, L.R., LAGASSE, L.L. Smoking during pregnancy and newborn neurobehavior. *Pediatrics*, 2003, n°111, p.1318-1323.

l'apprentissage verbal, de la mémoire, de la résolution des problèmes) voire réponse plus lente à un test de coordination œil-main ; enfin, dans bien des cas de retard mental d'origine inconnue, un tabagisme de la mère pendant la grossesse a été retrouvé. La plupart des études retrouvent ainsi un lien entre tabagisme pendant la grossesse et **perturbations comportementales** (troubles de la conduite, hyperactivité), voire délinquance à l'adolescence.<sup>15</sup>

L'ensemble des études confirment la notion, depuis longtemps admise, que le tabac n'a pas un effet tératogène important puisqu'il n'augmente pas la fréquence globale des malformations (à titre de comparaison, l'alcool multiplie par 10 cette fréquence pour les enfants exposés à une forte imprégnation alcoolique tout au long de la grossesse<sup>16</sup>). En ce qui concerne les **malformations spécifiques**, le tabac augmente leur fréquence de survenue.

L'enfant peut, au stade fœtal, avoir de graves malformations, des fentes labiopalatines (en relation avec le degré de consommation), être victime d'une hypotrophie et naître prématurément. Le poids de naissance d'un bébé de fumeuse est en moyenne de 200g à 300 g inférieur à la norme. Le monoxyde de carbone et la nicotine diminue l'oxygénation du fœtus d'où un ralentissement du rythme cardiaque. La croissance fœtale est retardée par le monoxyde de carbone et par la nicotine. De plus, le risque de mort in utero est deux fois plus important chez les fumeuses<sup>17</sup>.

L'augmentation du risque de **fentes labiales** associé au tabagisme maternel pendant le 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse semble réelle mais faible. Un effet dose apparaît dans plusieurs études et vient appuyer cette conclusion.<sup>18</sup> D'après les études, l'augmentation de la fréquence serait d'environ 30%, soit si l'on applique ces chiffres à la France, environ une centaine de fentes labiales « dues » au tabac sur 800 000 naissances.

En ce qui concerne les anomalies réductionnelles de membres, les cranioschisis et les gastroschisis, si l'augmentation de risque existe avec le tabac, elle est faible. Sept études ont relevé une augmentation significative de la fréquence des pieds bots (odd ratio inférieur à 2 sauf pour l'une d'entre elles où il est de 2,2). Ce risque est plus élevé chez les femmes ayant fumé tout au long de leur grossesse et non significatif chez celles n'ayant fumé qu'au 1<sup>er</sup> trimestre.<sup>19/20/21</sup>

Certains **examens biologiques** sont notablement **perturbés** au cours de la grossesse à cause du tabagisme. Le VGM des globules rouges est augmenté, même en l'absence de carence en folates, le taux des plaquettes reste plus élevé que chez la non fumeuse et l'hyperagrégabilité physiologique de la grossesse s'accroît. On relève également des anomalies du métabolisme des lipides liées au tabagisme (augmentation du cholestérol total, du LDL cholestérol, des triglycérides alors que le HDL cholestérol est diminué), tous ces facteurs pouvant conduire à une atteinte des parois artérielles.

<sup>15</sup> LAROQUE B. L'exposition prénatale au tabagisme retentit-elle sur le développement cognitif et le comportement de l'enfant ? Exposition prénatale au tabac et développement cognitif : études épidémiologiques. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 2003, n° 32 (Suppl 1)p.1S23-1S29.

<sup>16</sup> KOREN G., NULMAN I., CHUDLEY A. Fetal alcohol spectrum disorder. *Canadian Medical Association journal*, 2003, n° 169, p. 1181-1185

<sup>17</sup> Ibid. (voir note n°16)

<sup>18</sup> COURNOT M.P., ASSARI-MERABTENE F., VAUZELLE-GARDIER C. Quels sont les risques d'embryo-fœtopathie liés à l'exposition au tabagisme pendant la grossesse ? *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 04/2005, vol 34, Hors série, p. 124-129

<sup>19</sup> LITTLE J. Congenital anomalies and smoking. London : United Kingdom Department of Health, 2003.

<sup>20</sup> VAN DEN EEDEN S.K., KARAGAS M.R., DAILING J.R. A case-control study of maternal smoking and congenital malformations. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 1990, n°4, p. 147-155

<sup>21</sup> HONEIN M.A., PAULOZZI L.J., WATKINS M.L. Maternal smoking and birth defects : validity of birth certificate data for effect estimation. *Public Health Reports*, 2001, n°166, p. 327-335

Les taux de nombreuses vitamines sont abaissés chez la femme enceinte fumeuse (vitamines C, E, A, B12 et folates). La constatation de ces anomalies lors d'une grossesse chez une femme fumeuse peut être un outil précieux de motivation à l'arrêt.<sup>22</sup>

La grossesse et la mise au monde d'un enfant s'accompagnent de remaniements psychologiques qui peuvent induire des situations de stress douloureuses, l'apparition, la réactivation ou la révélation de **troubles psychologiques**<sup>23</sup>

La corrélation entre le tabagisme pendant la grossesse et l'existence d'une **dépression** a été démontrée. Ainsi, dans une étude portant sur 487 femmes âgées de 17 à 44 ans, ont été identifiés à la 18<sup>e</sup> semaine de grossesse, 12,4 % de dépression chez les non-fumeuses, 25,1 % chez les ex-fumeuses et 37,5 % chez les fumeuses<sup>24</sup>. Une autre étude estime pour sa part que la fréquence des dépressions pendant la grossesse serait sous évaluée et dépasserait 10 %<sup>25</sup>. Leur retentissement pourrait être important et induire des petits poids de naissance et des troubles du développement psychomoteur de l'enfant<sup>26</sup>

Le tabagisme passif pendant la grossesse, comme le tabagisme passif domestique, altère le développement de la fonction pulmonaire de l'enfant. Il favorise l'apparition d'obstruction bronchique et d'infections sévères des voies respiratoires.<sup>27</sup>

## Après la grossesse

Si sa mère a fumé pendant toute sa grossesse, le nouveau-né naît fumeur, le sevrage intervenant à partir du 3<sup>ème</sup> jour de sa naissance. Les conséquences d'un faible poids de naissance dû au tabagisme maternel durant la grossesse peuvent entraîner une sensibilité accrue à certaines maladies ou infections.

De même, des études ont mis en évidence que ce type de tabagisme, est le plus important facteur de risque identifié de mort subite du nourrisson ce risque augmentant avec la consommation.<sup>28</sup>

L'enfant grandissant il peut être victime d'hyperactivité, de difficultés scolaires notamment en ce qui concerne le langage, d'une intelligence un peu diminuée, de troubles du comportement, de comportement oppositionnel. Leur développement général (taille, poids, psychomotricité) s'en trouve également altéré ou ralenti<sup>29</sup>.

Si l'enfant est élevé dans un milieu où les parents sont fumeurs, il encourt beaucoup plus de risques qu'un autre enfant (asthme, otites, troubles cardio-vasculaires, cancers, mort subite, performances intellectuelles amoindries) mais en plus le tabagisme parental pourrait lui apparaître comme un modèle à suivre. L'enfant devient un fumeur potentiellement plus dépendant d'autant plus qu'il aura été allaité par une mère qui aura fumé pendant la période d'allaitement car le goût du tabac passe dans le lait maternel.

<sup>22</sup> DAUTZENBERG M.D. Perturbations des examens biologiques liés au tabagisme chez la femme enceinte, une porte d'entrée pour parler du tabac : le point de vue d'un biologiste clinicien. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 34, 2005.

<sup>23</sup> DURAND B. Troubles psychiatriques de la grossesse et du postpartum. *Revue du Praticien*, 2001, n°51, p. 1259-1264.

<sup>24</sup> CHU S.H., VALBO A. Depression and smoking during pregnancy. *Addictive Behaviors*, 2002, n°27, p.649-58.

<sup>25</sup> FERRERI M., FERRERI F., NUSS P. La dépression au féminin. Paris : John Libbey Eurotext, 2003.

<sup>26</sup> GERARDIN P., RIVIERE V., THIBAUT F. Dépressions maternelles et développement de l'enfant. *Acta Medica Interna Psychiatrie*, 2003, n° 20, p.8-11.

<sup>27</sup> STOCKS J., DEZATEUX C. The effects of parental smoking on lung function and development during infancy. *Respirology*, 2003, n° 8, p.266-85.

<sup>28</sup> LITTLE LR, PETERSON DR. Sudden infant death syndrome epidemiology: a review and update. *Epidemiologic Reviews*, 1990, n°12.

<sup>29</sup> Ibid. (voir note n°16)



## **Pendant l'allaitement**

Même si seulement 37% des fumeuses allaitent (contre 60% chez les non-fumeuses), il leur est tout de même recommandé d'allaiter<sup>30</sup> car la protection apportée par le lait maternel est encore plus importante pour les enfants de mères fumeuses.

Les mères fumeuses sont en effet encouragées à allaiter puisque l'incidence des problèmes respiratoires est moindre chez les bébés allaités par des mères fumeuses que chez les bébés nourris au biberon subissant la fumée secondaire des parents fumeurs<sup>31 32</sup>. Les effets bénéfiques de l'allaitement pourraient atténuer les risques du tabac chez le bébé allaité<sup>33</sup>

Toutefois, la présence de nicotine dans le lait, à petite ou forte dose, peut jouer sur la qualité (lait moins riche en calories et graisses) et la quantité des tétées. Le tabac diminue d'abord le taux de prolactine (hormone qui déclenche la production de lait). Les mamans qui fument produisent 1/3 de lait en moins que les non-fumeuses et sevrant généralement plus tôt leur enfant<sup>34</sup>. Les bébés tètent donc avec difficulté, se nourrissent moins et prennent peu de poids. Le tabac contient un grand nombre de polluants (nitrate, nitrites, pesticides etc.), qui passeront dans le lait maternel. Le lait des mères fumeuses contient aussi davantage de dioxines, de cadmium et de plomb. Le tabac induit aussi des carences en certaines vitamines (B12, C etc.)<sup>35</sup>

D'autres auteurs questionnent cette diminution de la production du lait causée par la nicotine et pensent qu'il s'agit plutôt d'une perception subjective de la diminution de la production. Des facteurs psychosociaux agiraient davantage dans la décision d'allaiter ou celle de sevrer<sup>36 37</sup>.

## **Conséquences économiques**

### **Prix et taxation**

Selon le projet ITC (février 2009) La hausse des taxes sur les produits du tabac est considérée comme l'une des mesures les plus efficaces dans la stratégie globale de la lutte antitabac, en particulier vis-à-vis des jeunes (OMS 2007). La Cclat (Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac) incite à la mise en place de politiques de taxation et de prix, de restrictions à la vente et de limitations imposées aux voyageurs internationaux important des produits du tabac en duty free. La France a augmenté le prix des cigarettes manufacturées de 8% en janvier 2003, de 18% en octobre 2003 et de 9% en janvier 2004. La dernière augmentation est intervenue en août 2007, faisant passer le prix du paquet le plus vendu de 5 euros à 5,30 euros.

Suite aux augmentations de prix de 2003 à 2004, les ventes de cigarettes manufacturées en 2004 ont été inférieures d'un tiers à celles de 2002,12 et la prévalence du tabagisme

<sup>30</sup> INPES. Grossesse et tabac [en ligne]. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/626.pdf> (consulté en novembre 2009)

<sup>31</sup> AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, 2001, vol. 3, n° 108, p. 776-89.

<sup>32</sup> AMIR L.H., DONATH S.M. Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? The epidemiological evidence. *Birth*, 2002, vol.2, n° 29, p. 112-23.

<sup>33</sup> COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL CENTRE. La prévention et l'abandon du tabagisme. Montréal: Lignes directrices, 1999.

<sup>34</sup> SLAMA K., GREMY I. Quelles sont les données épidémiologiques concernant le tabagisme maternel et l'allaitement maternel ? *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, n°34 HS1, p. 3S67-3S73

<sup>35</sup> LISTON J. *Le coin du prescripteur*, 1998, vol. 6 n°2. (Dossiers de l'allaitement N° 43)

<sup>36</sup> AMIR LH. Maternal smoking and reduced duration of breastfeeding: a review of possible mechanisms. *Early human development*, 2001, n° 64, p. 45-67.

<sup>37</sup> LEPAGE M.C., DORE N., CARIGNAN G. Étude sur l'alimentation du nourrisson et sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement. Québec : Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, 2000.

qui était de 35% en 2000 est tombée à 30% en 2005. Les conséquences imprévues de ces augmentations de prix ont été la hausse des achats transfrontaliers, l'augmentation de 15% de la consommation de cigarettes roulées et, dans une moindre mesure, une augmentation de la contrebande en France<sup>38</sup>.

### Coût social

En France, le coût social du tabagisme, qui inclut l'ensemble des coûts supportés par la collectivité (dépenses de santé, campagnes de prévention, pertes de revenus et de production, etc.) moins les pertes de bien-être et les dépenses pour l'achat de tabac, s'élève approximativement à 14 milliards d'euros, soit plus de 1 % du PIB et environ 230 euros par habitant et par an, pour des recettes fiscales avoisinant les 9 milliards d'euros en 2000.<sup>39</sup>

≠

### Coût sanitaire

Les coûts des soins arrivent en tête des dépenses publiques pour un montant de 18 254,22 millions d'euros qui se répartit entre soins hospitaliers (8 731,72 millions d'euros) et médecine de ville (9 522,50 millions d'euros). À noter que les dépenses de santé constituent le premier poste du coût social du tabac.

Vient ensuite le coût social engendré par les pertes de prélèvements obligatoires (3 737,80 millions d'euros), soit 7,83 % du coût social total du tabac. Les autres coûts sont peu significatifs (< 0,01 %) : 2,82 millions liés à la prévention ; 1,78 million à la lutte contre les feux de forêts<sup>40</sup>

tableau 2

**Coûts sociaux des drogues en France, 2000 (millions d'euros)**

Types de dépenses	Tabac		Alcool		Drogues illicites	
	Rang	Montant	Rang	Montant	Rang	Montant
Dépenses de santé	[1]	18254,22	[3]	6155,88	[3]	723,32
dont : - soins hospitaliers		8731,72		4345,59		280,26
- médecine de ville		9522,50		1810,29		443,06
Dépense des administrations		-	[7]	87,00	[2]	740,15
Dépenses de prévention	[5]	2,82		-		-
Cnam		-	[6]	522,95		-
Perte de prélèvements obligatoires	[4]	3737,80	[5]	3488,79	[5]	179,70
Incendies	[6]	1,78		-		-
Pertes de revenus des consommateurs (décès maladies)	[3]	7657,84	[2]	7147,71	[4]	368,17
Dépenses des assurances		-	[4]	3524,62		-
Pertes de productivité	[2]	18085,16	[1]	16097,57	[1]	812,29
Associations privées		nd	[9]	0,87		nd
Autres coûts privés		-	[8]	5,52	[6]	0,80
<b>Coût social</b>		<b>47739,62</b>		<b>37030,91</b>		<b>2824,43</b>

nd : non disponibles.

<sup>38</sup> Ibid. (voir note n°1)

<sup>39</sup> ETILE F. Les politiques publiques de prévention du tabagisme face à l'hétérogénéité des agents. *Revue économique*, vol. 5, n° 55, 09/2004, p. 947-972

<sup>40</sup> KOPP P. FENOGLIO P. PAREL V. Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en 2000. *Actualités et Dossiers en Santé Publique*, n°55, 2006, p. 69-74



## Représentations et connaissances des effets

Les conséquences néfastes du tabagisme pendant la grossesse ont été largement documentées. On sait également que pendant cette période, les mères sont plus susceptibles de réduire ou cesser leur consommation de tabac. En dépit de l'information transmise sur les conséquences du tabagisme, certaines femmes maintiennent cette habitude pendant la grossesse et cette situation se retrouve plus souvent chez les mères de milieux défavorisés socio-économiquement.

### Risques liés au tabac pour la santé du fœtus<sup>41</sup>

- La consommation de tabac au cours de la grossesse est jugée potentiellement dangereuse pour le fœtus par 95,1% des femmes enquêtées ; 3,9% déclarent ne pas savoir et 11 femmes soit 1% de la population interrogée, considèrent que le tabac ne présente pas de danger pour l'enfant.
- Six femmes sur dix considèrent que le risque tabac existe dès une consommation occasionnelle.
- Les jeunes femmes de moins de 25 ans jugent plus souvent que le seuil de risque tabac correspond à une consommation élevée alors que les femmes entre 30 et 35 ans se prononcent davantage pour une consommation occasionnelle. De la même façon, les femmes non diplômées semblent davantage méconnaître le risque tabac.
- Les femmes ne fumant pas pendant leur grossesse semblent mieux connaître le risque associé au tabac : 64,6% d'entre elles estiment qu'il existe dès une consommation occasionnelle, contre seulement 35,2% des fumeuses.
- Parmi les problèmes de santé induits par le tabac qui ont été évoqués dans le questionnaire, les femmes citent d'abord les problèmes respiratoires (80,6%) puis la prématurité (72,6%), le retard de croissance (72,5%) et enfin, la mort subite du nourrisson (34,6%).
- Le risque de prématurité est moins connu des femmes non diplômées.
- La connaissance des problèmes de santé que peut rencontrer l'enfant d'une mère fumeuse varie selon l'âge et le niveau d'études.
- La connaissance du rôle du tabac dans l'apparition de problèmes respiratoires est semblable quelque soit le niveau d'études.
- **la connaissance de ces risques varie aussi selon que la femme fume ou non pendant la grossesse**, en ce qui concerne la mort subite du nourrisson d'une part. Ce risque est connu par 27.1% des femmes fumeuses contre 36,0% des non fumeuses. De même pour le retard de croissance, 59,7% des fumeuses le citent, contre 75.1% des non-fumeuses.

### Connaissance sur les substituts nicotiques

- Depuis 1997, les traitements de substitution nicotique sont déclarés par l'OMS comme préférables au tabac pendant la grossesse. Ils sont pourtant considérés comme équivalents au tabac pour une petite majorité des femmes enquêtées.

---

<sup>41</sup> ORS de Bourgogne. Connaissances et comportements des femmes enceintes en matière de nutrition, tabac et alcool. Dijon : ORS Bourgogne, 09/2009, 67 p.

- La fréquence de connaissance des substituts nicotiques comme moins dangereux que le tabac est plus élevée chez les femmes qui citent les médias dans leurs sources d'information.
- Les femmes fumant pendant leur grossesse connaissent mieux les substituts nicotiques.

Une étude canadienne<sup>42</sup> sur ce sujet a permis d'identifier les représentations sociales du tabagisme pendant la grossesse de femmes enceintes ainsi que leurs perceptions des messages qu'elles reçoivent à cet effet.

Les données ont été recueillies à partir d'entrevues semi dirigées avec des femmes enceintes de milieux socioéconomiques variés.

- Toutes les femmes rencontrées ont affirmé que le tabagisme pendant la grossesse était nocif et qu'il devait être évité, quoique plusieurs d'entre elles ne semblaient pas en mesure d'en identifier avec précision les conséquences pour l'enfant à naître.
- Au-delà des connaissances véhiculées et intégrées sur les aspects nocifs du tabagisme pendant la grossesse, c'est bien plus l'identité sociale et ses fondements qui vont déterminer la perception du risque et, de là, le comportement tabagique, mais aussi, la représentation sociale dominante du tabagisme pendant la grossesse.
- Les normes sociales, mais aussi les rapports sociaux, les expériences personnelles et celles de l'entourage, construisent la perception du risque de ces femmes et agissent sur leur potentiel à modifier leurs comportements.

En France, le tabagisme féminin se différencie nettement du tabagisme masculin par sa signification culturelle tout autant que par ses effets pathologiques. La culture féministe dominante continue à encourager le tabagisme féminin et à exalter son potentiel émancipateur : le tabac libère la femme d'une féminité devenue impraticable. La fumeuse doit se voir proposer, plus qu'un sevrage, une augmentation de son être, une réappropriation de son identité sexuée<sup>43</sup>.

#### Des descriptifs perçus comme signalant une toxicité réduite

Selon le projet ITC (février 2009) un quart des fumeurs pensent que certains types de cigarettes ou certaines marques de tabac à rouler pourraient être moins nocifs que d'autres. Parmi eux, plus des quatre cinquièmes (83 %) croient que les taux de goudron et de nicotine, qui figurent sur le côté des paquets de cigarette en France, sont un indicateur de nocivité. Environ un tiers d'entre eux pensent que les mentions « légère » ou « ultra légère » sur le paquet de cigarettes désignent des cigarettes moins nocives. Or, on le sait, il n'y a en réalité pas de différence de nocivité démontrée entre les différentes marques de cigarettes<sup>44</sup>.

<sup>42</sup> GUYON L, AUDET C, APRIL N. Tabagisme et grossesse : représentations sociales chez des mères québécoises. Centre québécois de documentation en toxicomanie, Montréal, CANADA (2002)

<sup>43</sup> SLEDZIEWSKI E. L'image du tabagisme féminin en France. In « Grossesse et tabac, conférence de consensus », Lille, France, 2004.

<sup>44</sup> Ibid. (voir note n°1)

## Campagnes de prévention menées dans les pays francophones et impact des messages

Il est important de mentionner que la réduction du tabagisme dans la population dépend non seulement des programmes d'intervention ciblée mais également des campagnes publicitaires à grande échelle. L'impact réel de ces campagnes reste difficile à évaluer et demeure dans tous les cas modeste.

Il est également possible que la proportion de femmes ne voulant pas admettre avoir fumé durant la grossesse ait augmenté au cours des dernières années, principalement à cause des campagnes soulignant l'impact du tabagisme sur la santé des femmes et des fœtus.

La diffusion régulière de campagnes de prévention dans les médias (télévision, affichage, Internet, radio, cinéma, presse, etc.) est pertinente pour plusieurs raisons :

- les campagnes antitabac contrecarrent l'impact des publicités pour les marques de cigarettes qui sont bien présentes sur le marché français. Des chercheurs estiment que pour anéantir les efforts marketing des fabricants, un ratio du type 1 message anti-tabac pour 4 messages pro tabac est nécessaire<sup>45</sup>. Force est de constater qu'en France, nous sommes loin du compte. Une partie des recettes fiscales du tabac devrait être mobilisée pour réaliser des campagnes de prévention (comme cela se fait dans d'autres pays) ;
- les campagnes anti-tabac sont nécessaires pour faire évoluer les mentalités et améliorer le niveau d'information de la population sur le problème du tabac. En effet, si une grande majorité de Français sait que la consommation de tabac est nocive, ils ne sont pas conscients de l'ampleur réelle des risques encourus et méconnaissent certains méfaits (lien entre tabac et cécité, problèmes dentaires, stérilité, impuissance, maladies cardiovasculaires). Ils ignorent aussi le coût du tabagisme pour un fumeur (un fumeur régulier dépense environ 1 800 euros par an) et pour la société (3% du PIB en France), les stratégies de manipulation des industriels du tabac sur les jeunes, etc.
- quand elles sont bien menées et suffisamment diffusées, les campagnes de prévention sont efficaces pour motiver les fumeurs à diminuer ou à arrêter leur consommation de tabac et inciter les non fumeurs à le rester<sup>46</sup>

Par exemple, quelques heures après la diffusion à la télévision de la campagne « Révélation » réalisée par l'INPES en 2002, près d'un million de spectateurs ont appelé le numéro de téléphone indiqué sur le spot et, outre des scores de mémorisation et d'agrément élevés, 17% des fumeurs en pré-contemplation ont eu envie d'arrêter de fumer suite à la diffusion de ce message<sup>47</sup>

Le même type de réaction a été engendré par la campagne australienne « *Every cigarette is doing you damage* » (chaque cigarette fumée vous cause des dégâts)<sup>48</sup>. Six spots télévisés intitulés « artère, poumon, goudron, yeux, tumeur, accident cardiovasculaire » montraient concrètement les dommages causés par le tabac sur l'organisme des fumeurs (dépôt de substances toxiques dans les artères, dans le cerveau, sur les poumons, éclatement de vaisseaux sanguins, etc.). A la fin des spots, un numéro d'aide à l'arrêt et l'adresse d'un site Internet étaient proposés aux fumeurs. A l'issue de cette campagne, 50% des fumeurs ont eu envie d'arrêter de fumer et 56% des anciens fumeurs ont eu envie de le rester ;

<sup>45</sup> LEWIT E.M., COATE D., GROSSMAN M. The effects of government regulation on teenage smoking. *Journal of Law and Economics*, 12/1981, n°12, pp. 545-569.

<sup>46</sup> NATIONAL CANCER INSTITUTE. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. *Tobacco Control Monograph*, 06/2008, n°19

<sup>47</sup> GALLOPEL-MORVAN K. Comment réaliser des communications publicitaires efficaces?, in GALLOPEL-MORVAN K., BIRAMBEAU P., LARCENEUX F., RIEUNIER S. « *Le marketing et la communication des associations* ». Dunod : 2008, pp. 177-210.

<sup>48</sup> WAKEFIELD M., FREEMAN J., DONOVAN R. Recall and response of smokers and recent quitters to the Australian National Tobacco Campaign. *Tobacco Control*, 2003, n°12(Supplement 2 ), pp. 15-22.

Un an après le lancement de la campagne « *Truth* » menée aux USA sur la manipulation des cigarettiers<sup>49</sup>, 29 000 adolescents fumeurs de moins ont été dénombré en Floride.

- sur la cible particulière des jeunes, il est important d'accompagner les actions d'éducation à l'école par des campagnes dans les médias. En effet, des études ont montré que l'éducation à l'école n'est pas suffisante pour convaincre les jeunes que fumer n'est pas « cool, glamour, ou à la mode »<sup>50</sup>. Ce sont les campagnes anti-tabac dans les médias qui créent cette image négative de la cigarette.

Ainsi, l'impact des messages de proximité diffusés par les enseignants et animateurs à l'école est amplifié et renforcé par les campagnes nationales qui relaient une mauvaise image sociale de la cigarette et en détruisent l'image positive véhiculée par les publicités des industriels du tabac.

Une étude menée en 2005 a comparé les politiques de prévention du tabagisme dans quelque 30 pays européens. **Les champions en matière de prévention du tabagisme sont la Grande-Bretagne, l'Irlande, l'Islande et la Norvège, tandis que l'Autriche, le Luxembourg, la Grèce et l'Allemagne sont les lanternes rouges.**

## En France

Les orientations retenues pour les stratégies de communication envers les femmes visent à renforcer les motivations des femmes à ne pas fumer, en les sensibilisant au fait que la cigarette comporte des risques spécifiquement féminins (comme l'association pilule tabac), mais aussi qu'elle altère considérablement la beauté. En outre il apparaît important de lutter contre les représentations positives de la cigarette l'associant à l'univers de la séduction et du glamour.

La dimension esthétique représente chez la femme un élément significatif de motivation au sevrage. Cette notion renvoie à une multiplicité de dimensions, du simple souci esthétisant aux signaux d'alerte que constituent certains stigmates. Des partenariats avec des marques de cosmétiques et de soins ont ainsi été développées afin d'informer sur les dommages du tabagisme et valoriser le fait de ne pas fumer.

La presse écrite et audiovisuelle doit constituer un véritable relais de l'action publique permettant de créer un climat favorable à l'évolution des représentations liées au tabagisme féminin dans l'opinion.

En direction des femmes enceintes, il faut veiller à ne pas faire peser sur les femmes qui ne parviennent pas à s'arrêter une culpabilité trop forte, et accompagner l'information qui leur est délivrée d'actions de conseil, d'aide à l'arrêt et surtout de soutien psychologique.<sup>51 52</sup>. Ces dernières sont en effet souvent culpabilisées par ce qu'elles pensent être un manque de volonté.

Les politiques de prévention à l'égard des femmes ne doivent pas être entièrement tournées vers les femmes enceintes mais doivent informer de manière générale sur les risques encourus par l'ensemble des fumeurs (notamment les méfaits souvent méconnus de l'association pilule cigarette).

Les politiques de santé publique en matière de lutte contre le tabagisme ne prennent en compte la spécificité féminine que depuis peu de temps et de manière assez incomplète.

<sup>49</sup> SLY D.F., HEALD G.R., RAY S. The Florida "truth" anti-tobacco media evaluation: design, first year results, and implications for planning future state media evaluations. *Tobacco Control*, 2001, n°10, pp.9-15

<sup>50</sup> PECHMANN C. Does anti-smoking advertising combat underage smoking? A review of past practices and research. In GOLDBERG M.E., FISHBEIN M., MIDDLESTADT SE. *Social marketing, Theoretical and practical perspectives*. SL : Lawrence Erlbaum Associates, 1997, pp. 189-216

<sup>51</sup> INPES. Programme de prévention du tabagisme 2003-2004. Saint Denis : INPES, 2003, 35 p.

<sup>52</sup> ENSP. Le tabagisme féminin, priorité de santé publique. Mémoire ENSP du Module Interprofessionnel de Santé Publique. (M.I.P.), 2000, 31 p.

Cette prise en compte est d'autant plus difficile qu'elle doit aller à l'encontre de la représentation traditionnelle qui tend à valoriser la femme fumeuse.

La 1<sup>ère</sup> campagne du CFES, lancée en **1976**, s'attache à souligner les dangers du tabac de manière globale.

**De 1978 à 1983**, les campagnes cherchent à briser les représentations positives de maturité liées à la cigarette, en s'appuyant pour la première fois sur des études de motivation qui mettent en évidence cet aspect de la consommation de tabac. Durant cette période, les campagnes s'adressaient aux jeunes ou aux adultes sans distinguer la population féminine.

**A partir de 1983**, le CFES choisit successivement d'attaquer l'image mythique du fumeur, de mettre en avant le statut de non fumeur et d'exposer les bénéfices de l'arrêt du tabac.

**En 1997**, une rupture dans la mise en œuvre des actions de prévention du tabagisme a lieu : élaboration de plans stratégiques à 3 ans, programmes nationaux d'éducation pour la santé, diversification des modes et des approches de communication vis-à-vis du tabac. C'est dans ce contexte que voit le jour la **première action ciblée en direction des femmes** soutenue **en 1999** par le plan de lutte contre le tabagisme contenant un programme d'envergure en faveur des femmes<sup>53</sup>.

**En 2000**<sup>54</sup>, le programme court "Zone non fumeuse" a été diffusé sur deux chaînes télévisées pendant deux mois les samedis et dimanches soir. Centré sur des témoignages féminins spontanés et concrets, l'ensemble de ces saynètes prouve qu'il est possible de s'arrêter : des femmes de tous âges et horizons y parlent de leur expérience de l'arrêt du tabac. Cette campagne télévisée a été accompagnée d'une campagne dans la presse féminine comprenant 4 annonces presse sur les effets du tabagisme.

**En 2001**<sup>55</sup>, la campagne presse de 2000 a été rediffusée dans la presse féminine en reprenant les deux annonces les plus intimistes : « cigarette et vie amoureuse » et « cigarette et beauté ». Les 2 autres annonces (« cigarette et environnement » et « cigarette et goût ») visuellement plus fortes ont été déclinées sous forme d'affichage municipal).

La charte « Pages sans fumées » a été signée par 12 titres de la presse féminine et cette opération valorisée lors d'une conférence de presse en présence du Ministre de la Santé. Cette charte engageait les titres signataires à ne pas véhiculer une image positive de la cigarette et à informer sur les risques inhérents au tabagisme.

Un nouveau partenariat a été établi pour la diffusion de la brochure « *Fumer adieu santé, adieu beauté* » avec le *Club des créateurs de beauté*, des chaînes nationales de coiffeurs, de supermarchés, etc.

Les témoignages du programme court « Zone non fumeuse » ont été mis en ligne sur des portails féminins et santé de webzines.

Les brochures « Femmes et tabac » et « Vous êtes enceinte ... » ont été diffusées tout au long de l'année

Un dossier de presse sur le thème « Tabac et prise de poids » a été adressé à la presse féminine afin que les rédactions puissent proposer des articles sur ce thème à leurs lectrices.

**En novembre 2002**, seize titres phares de la presse féminine (*Marie-Claire, Côté Femme, Avantages, Votre beauté, Elle, Madame Figaro, Femme actuelle, Vital, Isa, Prima, Marie-France, 20 ans, Version Fémina, Vivre au Féminin, Maxi, Modes & travaux*)

<sup>53</sup> MINISTERE DE LA SANTE. Plan triennal de lutte contre le tabagisme. 05/1999

<sup>54</sup> INPES. Zone non fumeuse : communiqué de presse. [en ligne], 10/2000. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/00/CP001013.htm#top> (consulté en janvier 2010)

<sup>55</sup> INPES. Prévention du tabagisme : dispositif de communication 2001. Vanves : INPES, 27/03/2001, 4p.

se sont à nouveau mobilisés contre le tabagisme féminin en publiant un magazine de prévention en partenariat avec le Ministère de la Santé, l'Assurance maladie et l'INPES.

Ce numéro hors - série intitulé "Femmes sans fumée" proposait à ses lectrices une information complète, accessible et agréable à lire sur les dangers du tabagisme féminin. Soucieux de s'impliquer encore davantage, les seize titres de presse ont publié un article destiné à être repris dans le magazine " Femmes sans fumée ". Ces articles apportaient des réponses aux principales questions que les femmes peuvent se poser sur le tabagisme. Edité à 400 000 exemplaires, le magazine "Femmes sans fumée" a été diffusé dans près de 15 000 salons de coiffure, chez les gynécologues et dans les réseaux de l'Assurance maladie et de l'INPES<sup>56</sup>.

**En mars 2005**, cette opération a été renouvelée avec la publication d'un nouveau magazine féminin totalement dédié au tabagisme des femmes « *Femme sans tabac* ». A travers le ton employé, la diversité des angles et l'ensemble des cas de figures abordés, les articles publiés dans ce magazine ont permis de toucher au plus près les femmes, de les alerter sur les risques du tabac, et de les encourager dans leur démarche d'arrêt. Le magazine abordait le tabagisme sous des aspects très différents et apportait des réponses aux principales questions que les femmes pouvaient se poser sur le tabagisme : les femmes ont-elles plus de mal à arrêter que les hommes, à ne pas reprendre, à faire face aux situations à risque, etc.

Edité à plus d'un million d'exemplaires, ce magazine a été distribué chez 70 000 professionnels de santé (généralistes, gynécologues.) mais aussi dans 51 500 salons de coiffure et dans plus de 10 000 centres de beauté et dans les relais habituels de l'INPES (CODES, CRES, DDASS, DRASS, Assurance Maladie, etc.)<sup>57</sup>

**En 2009**, l'INPES a mis en place, sur le site Internet **Tabac info services**, des conseils et des messages personnalisés adaptés aux femmes.

Les résultats de l'évaluation du plan périnatalité 2005-2009 ainsi que l'analyse de l'enquête périnatalité que coordonnera la DRESS à partir d'octobre 2009 permettront de réorienter les actions du gouvernement dans ce domaine.<sup>58</sup>

**En mars 2009**, l'APRI a lancé une campagne régionale en Pas de Calais « *Grossesse et tabac : en finir avec les idées reçues* » en partenariat avec la société *Family service*, et l'association nationale des sages femmes tabacologues françaises.

A cette occasion, le dossier maternité remis à chaque future mère était labellisé « APRI-maternité sans tabac » et complété par un DVD « *Une nouvelle vie sans tabac* » (présentation en 13 mn des dangers du tabac pour la mère et son enfant) et de deux dépliants d'information sur les risques du tabagisme pendant la grossesse. Cette action visait à sensibiliser 25 000 futures mères du Nord Pas de Calais.

Un coffret double DVD a également été adressé à tous les directeurs d'établissement, chef de service et sages femmes cadres de France afin de les informer sur le sevrage tabagique pendant la grossesse.

Enfin une campagne d'information (affiche de sensibilisation) a été mise en place afin d'accompagner les mères fumeuses dans leur désir d'allaitement.<sup>59</sup>

<sup>56</sup> INPES. Journée mondiale sans tabac : dossier de presse. 05/2009 [en ligne]. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/09/dp090531.pdf> (consulté en janvier 2010)

<sup>57</sup> INPES. Femmes sans tabac : le magazine féminin gratuit qui aide à arrêter de fumer. 2005 [en ligne]. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/05/cp050308.asp> (consulté en janvier 2010)

<sup>58</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Santé des femmes : discours de Roselyne Bachelot-Narquin [en ligne]. Disponible sur <http://www.sante-sports.gouv.fr/actualite-presse/presse-sante/discours/conference-presse-sante-femmes-discours-roselyne-bachelot-narquin.html> (consulté en janvier 2010)

<sup>59</sup> APPRI-MATERNITE SANS TABAC, ASSOCIATION NATIONALE DES SAGES-FEMMES TABACOLOGUES, FAMILY SERVICE Lancement de la 1ère grande campagne d'information et de sensibilisation « Grossesse et tabac : en finir avec les idées reçues » : dossier de presse. 24/03/2009, 9 p.



## En Belgique

Peu de campagnes médiatiques d'adressent directement aux femmes, qui ne sont pas toujours identifiées comme une cible prioritaire alors qu'elles encourent des risques spécifiques.

En **1989**, à l'occasion de la 2<sup>e</sup> journée mondiale sans tabac consacrée aux femmes et au tabac, une campagne à destination de cette population a été initiée par le FARES (Fond des Affections Respiratoires).

Une affiche et un dépliant « *Je m'appelle Florence, je ne fume pas et ça me va* » ont été diffusés à cette occasion, et un spot de prévention réalisé.<sup>60</sup>

En **1998**, une campagne « *Naitre et grandir sans tabac* » a été à nouveau lancée à l'occasion de la journée mondiale sans tabac. Cette dernière comprenait :

- une journée de réflexion à destination des professionnels de santé
- la diffusion d'un dépliant « *Bien plus qu'une histoire d'amour* » auprès des jeunes parents et des structures d'accueil de jeunes enfants.
- des modules de formation sur la prévention et le sevrage tabagique

En **2001**, une campagne d'information sur le thème du tabagisme passif ciblant plus particulièrement les familles, les femmes enceintes et les futurs parents a été mise en œuvre. Elle comprenait une campagne télévisée « *bébé olympique* » ainsi que des supports d'information (brochures et affiches) et des actions de sensibilisation dans différentes structures hospitalières à l'occasion de la journée mondiale sans tabac.

En **2004**, un spot télévisé sur le tabagisme et la femme enceinte « Comment se faire aider ? A qui s'adresser » a été réalisé (conception SCPS Question Santé)

Le FARES, l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité) et le Service public fédéral « Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement » ont développé en **2005** un **site Internet** à l'intention des femmes enceintes et de leur entourage sur le thème du tabagisme : [www.grossessesanstabac.be](http://www.grossessesanstabac.be).

Il propose des informations sur les risques liés à la consommation de tabac pendant la grossesse, les aides financières au sevrage, les substituts nicotiniques, la dépendance, les recommandations, ainsi qu'un annuaire de tabacologues belges. Des documents à destination des professionnels sont également disponibles au téléchargement (diaporama, matériel de sensibilisation, etc.)

---

<sup>60</sup>FONDATION CONTRE LES AFFECTIONS RESPIRATOIRES ET POUR L'ÉDUCATION À LA SANTÉ ASBL, SECTION TABAC. Historique des campagnes de prévention du tabagisme de 1983 à 2001. [en ligne] Disponible sur <http://www.fares.be/documents/Historiquedecampagneprevention.PDF> (consulté en janvier 2010)

## Impact

Des chercheurs français ont testé l'impact des messages sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes en Europe et ailleurs. Cette enquête conclut notamment que les nouveaux messages, plus durs, sont bien reçus, à condition qu'ils permettent au public visé de se sentir impliqué et qu'ils soient accompagnés d'un message d'aide à l'arrêt. Des disparités ont également été relevées selon l'âge, le sexe et la motivation à arrêter. Ainsi les femmes interrogées au cours des entretiens sont plus réceptives que les hommes aux messages concernant les enfants, la grossesse et l'influence de la cigarette sur la peau. Elles sont également beaucoup plus sensibles que les hommes aux avertissements accompagnés de photos <sup>61</sup>

Selon le projet ITC (février 2009) dans le groupe des 14 pays ITC, les fumeurs français sont les plus nombreux (69%) à déclarer avoir très souvent ou souvent remarqué les avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes ou de tabac à rouler. Environ 30% des fumeurs français ont indiqué n'avoir jamais lu, ni examiné attentivement les avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes.

La moitié (50%) des fumeurs affirment que les avertissements sur les paquets de cigarettes leur rappellent « beaucoup » les risques du tabagisme sur la santé, auxquels s'ajoutent 31% qui déclarent que les avertissements leur rappellent « un peu » ces risques. Plus d'un fumeur sur 4 (28%) estiment que les avertissements sur les paquets de cigarettes augmentent « un peu » ou « beaucoup » leurs chances d'arrêter de fumer. Les avertissements ont conduit 21% des fumeurs à ne pas prendre une cigarette au moins une fois au cours du dernier mois alors qu'ils étaient sur le point de le faire.

De nombreuses études réalisées dans différents pays (Canada, Australie, Grande-Bretagne, etc.) ont confirmé que les mises en garde sanitaires apposés sur les produits du tabac ont un impact significatif sur la connaissance et la compréhension des risques. En ce qui concerne l'influence des avertissements sanitaires sur l'arrêt du tabac, il est délicat d'établir un lien direct, car d'autres variables interfèrent (prix, interdiction de fumer dans les lieux publics, etc.). Néanmoins, des recherches semblent révéler un impact positif des messages sanitaires sur les intentions de diminuer et d'arrêter de fumer. Des études menées en Grande-Bretagne, Nouvelle-Zélande, Australie et Brésil ont également montré une augmentation des appels vers la ligne nationale d'aide à l'arrêt du tabac, dès lors que le numéro de téléphone de cette ligne apparaît sur les paquets de cigarettes. <sup>62</sup>

La télévision et les paquets de cigarettes sont les sources d'information antitabac les plus fréquemment signalées par les personnes interrogées. Il est particulièrement intéressant de noter que le pourcentage de fumeurs et de non fumeurs qui ont remarqué les avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes est pratiquement aussi élevé que celui pour la télévision. Cette information est d'autant plus intéressante que les campagnes à la télévision sont très coûteuses tandis que les avertissements sanitaires sont gratuits. Pour le tabagisme passif également, la télévision et les paquets de cigarettes sont les sources d'information les plus couramment citées <sup>63</sup>.

<sup>61</sup> DEBENEDETTI S. Efficacité des avertissements sanitaires dans la lutte contre le tabagisme : synthèse théorique et résultat d'une enquête qualitative. In Actes du XX<sup>e</sup> congrès de l'AFM, 6 et 7/05/2004, Saint Malo, 30 p.

<sup>62</sup> GALLOPEL-MORVAN K. Les avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes : quelle efficacité dans la lutte contre le tabagisme ? *BEH*, 27/05/2008, n°21-22, p.201-204

<sup>63</sup> Ibid. (voir note n°1)



**Tableau 2 Résultats de l'enquête ITC (International Tobacco Control Survey) 2002**  
**Table 2 Results from the 2002 International Tobacco Control Survey**

	Canada	Australie	Grande-Bretagne	États-Unis
Avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes en 2002	16 messages visuels, 50 % du paquet	6 messages textuels, 25 % pour la face avant et 33 % au dos	6 messages textuels en noir et blanc, 6 % de la face avant du paquet	4 messages textuels noir et blanc sur le côté du paquet
<b>Sources d'informations sur les dangers du tabac ? (en %)</b>				
Télévision	88,2	90,4	83,9	86,2
Avertissements sanitaires	84,3	69,3	56,1	46,7
Journaux	66,1	34,4	62,8	62,8
<b>Connaissance des maladies liées au tabac ? (en %)</b>				
Cancer poumons fumeurs	94,8	94,3	94,3	93,7
Maladies cardiovasculaires	90,8	88,7	85,8	89,5
Crise cardiaque	82,7	80,8	73,3	70,3
Cancer poumons non-fumeurs	76,6	69	68,1	75,2
Impuissance	59,5	35,8	34,3	36,1
NB : les chiffres en gras indiquent les risques présentés sur les avertissements sanitaires du pays considéré. Source : [2].				

Afin d'optimiser l'impact des messages sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes, les chercheurs ont mis en lumière un certain nombre de règles à suivre (voir tableau ci dessus) Des études réalisées dans différents pays (Thaïlande, Australie, France, Nouvelle-Zélande, Grande-Bretagne, Brésil, Canada, Mexique, États-Unis, etc.) ont montré que les **visuels** sont **plus efficaces** que le texte seul, car ils attirent plus l'attention, sont plus remarqués, plus lus par les fumeurs, des croyances plus fortes naissent par rapport aux risques liés au tabac et la motivation à arrêter de fumer est supérieure.

Les visuels qui génèrent des émotions négatives de peur ont souvent été critiqués : certains acteurs de santé publique estiment qu'ils entraînent des réactions défensives qui, au final, réduisent l'envie d'arrêter de fumer. Dans les pays qui ont adopté de tels messages, rien de tel n'a cependant été constaté. Des précautions sont tout de même prises pour limiter d'éventuelles réactions négatives<sup>64</sup>; au Canada par exemple, les visuels chocs sont combinés avec des informations destinées à augmenter la confiance du fumeur quant à sa capacité à arrêter (self-efficacy) : conseils pour le sevrage, encouragements, bénéfices liés à l'arrêt, numéro de téléphone gratuit, adresse Internet, etc.<sup>65</sup>

Enfin, l'utilisation de ces visuels n'entraîne pas une augmentation du nombre de fumeurs chez les jeunes et aucun phénomène de collection des paquets n'a été constaté. Au contraire, parmi les 23 pays ayant mis en place cette mesure, le Canada connaît aujourd'hui l'un des taux de tabagisme chez les jeunes les plus faibles (15% des 15-19 ans contre plus du double en France)<sup>66</sup>.

En effet, une étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de personnes entre 15 et 45 ans montre que ces visuels réduisent fortement l'envie de commencer à fumer chez les adolescents et renforcent la volonté de ne pas commencer<sup>67</sup>.

<sup>64</sup> GALLOPEL-MORVAN K. Peur et persuasion sociale : état de l'art, limites et voies de recherche. *Recherches et Application en Marketing*. 2006, n° 21, p. 41-60.

<sup>65</sup> Ibid. (voir note n°77)

<sup>66</sup> CNCT. Les avertissements sanitaires visuels sur les paquets de cigarettes sont plus efficaces pour prévenir le tabagisme des jeunes. [En ligne] Disponible sur [http://www.cnct.org/site/article.php?id\\_article=748](http://www.cnct.org/site/article.php?id_article=748) (consulté en janvier 2010)

<sup>67</sup> GALLOPEL-MORVAN K. Les avertissements sanitaires et les paquets génériques : quelle efficacité en France ? Paris : INCA, 2008

On peut ainsi douter de l'effet des messages qui sont présents depuis 2003 sur les paquets en France. Les messages visuels tels ceux utilisés en Belgique ou au Canada ont certainement plus d'impact que les messages textuels actuellement utilisés en France<sup>68</sup>.

## **Efficacité des campagnes**

La sensibilisation du public aux questions de santé constitue un élément essentiel à la réussite de programmes globaux de lutte antitabac. Les preuves scientifiques de l'efficacité des campagnes de sensibilisation du public sont solides et ne cessent de croître.

Aux Etats Unis, a été étudié l'impact sur la prévention du tabagisme et l'arrêt du tabac des campagnes diffusées dans les médias de masse en comparaison avec d'autres méthodes de prévention et d'arrêt du tabac. L'efficacité des campagnes de sensibilisation diffusées dans les médias de masse et caractérisées par des messages forts, frappants et à long terme contre le tabac, associées à d'autres interventions, a ainsi été mise en évidence dans la diminution du nombre de nouveaux fumeurs, la réduction de la consommation des produits du tabac et l'augmentation des arrêts du tabac parmi les consommateurs<sup>69</sup>

### **Les campagnes de sensibilisation du public permettent de réduire le tabagisme**

Une étude a mis en évidence de fortes corrélations entre l'exposition à des spots télévisés antitabac et le souvenir général des publicités antitabac, les attitudes et croyances antitabac et la prévalence du tabagisme. En d'autres termes, plus les personnes avaient été exposées à des campagnes antitabac, plus leurs attitudes et croyances antitabac étaient fortes et plus la prévalence du tabagisme était faible.<sup>70</sup>

En Angleterre, le taux de tabagisme chez les adultes a chuté de 28 % en 1998 à 25 % en 2004, soient 1,2 millions de fumeurs en moins. La campagne permanente menée par le Ministère de la Santé anglais est la première raison citée par les fumeurs britanniques pour expliquer leur décision d'essayer d'arrêter de fumer<sup>71</sup>

### **Les campagnes de sensibilisation du public entraînent une augmentation des tentatives pour arrêter de fumer et du taux de sevrage**

Les preuves montrant l'efficacité des messages diffusés dans les médias de masse en tant que mécanisme de promotion de l'arrêt du tabac sont légion, et de nombreux programmes de lutte antitabac dans le monde ont inclus des campagnes d'arrêt du tabac dans leur démarche globale de réduction du tabagisme. Ces campagnes cherchent à faire connaître les conséquences négatives de l'usage du tabac et les solutions disponibles en matière d'aide à l'arrêt du tabac, à faire évoluer les attitudes et les croyances concernant le tabagisme et le fait de se sentir prêt à s'arrêter de fumer, et à changer les comportements liés au tabac. Des preuves recueillies dans plusieurs pays suggèrent que les campagnes pour l'arrêt du tabac se traduisent par une acquisition de connaissances, une évolution des croyances et des attitudes, une augmentation du nombre d'appels aux associations d'aide à l'arrêt du tabac, et qu'elles contribuent à la diminution totale de la

<sup>68</sup> GALLOPEL-MORVAN K, RIEUNIER S, DION D [et al.]. Impact des avertissements sanitaires dans la lutte contre le tabagisme : synthèse théorique et résultats d'une étude qualitative. *Revue Française du Marketing*, 2006, n°26, p.7-25.

<sup>69</sup> THE GUIDE TO COMMUNITY-PREVENTIVE SERVICES. The effectiveness of mass media campaigns to reduce initiation of tobacco use and to increase cessation. n° 3, 01/2003. [en ligne] Disponible sur <http://www.thecommunityguide.org/tobacco/tobac-int-mass-media.pdf> (consulté en janvier 2010)

<sup>70</sup> EMERY, S. [et al.] Televised state-sponsored anti-tobacco advertising and youth smoking beliefs and behavior in the United states, 1999-2000. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 07/2005.

<sup>71</sup> DEPARTMENT OF HEALTH ENGLAND <http://www.dh.gov.uk/en/index.htm> (consulté en janvier 2010)

consommation de tabac et à l'augmentation des taux d'arrêt du tabagisme chez les consommateurs.

Il a été montré que les spots télévisés antitabac étaient la source d'aide la plus fréquemment mentionnée par les personnes ayant récemment arrêté de fumer<sup>72</sup>. Une étude également a démontré que plus l'exposition aux campagnes médiatiques de lutte antitabac était importante, plus le taux d'arrêt du tabac était élevé, même après vérification des autres facteurs susceptibles d'avoir une influence sur l'arrêt du tabac. Les chercheurs ont notamment mis en évidence que le taux d'arrêt du tabac chez les fumeurs adultes augmentait de 10 % pour 5 000 PCB (points de couverture brute) de publicités antitabac auxquelles ils ont été exposés sur une période de deux ans (soit deux expositions supplémentaires par personne et par mois)<sup>73</sup>

## **Rapport coût efficacité des campagnes médiatiques**

Les campagnes de sensibilisation du public qui aident les adultes et les jeunes à s'arrêter de fumer, motivent les anciens fumeurs à ne pas reprendre le tabac et empêchent les jeunes d'essayer, permettront de réaliser des économies en matière de coûts de soins de santé grâce à la diminution des maladies et des décès imputables au tabac<sup>74 75</sup>. Les campagnes diffusées dans les médias de masse peuvent avoir un rapport coût-efficacité très positif par rapport à d'autres interventions sanitaires, et parfois même par rapport à d'autres interventions de lutte antitabac<sup>76</sup>

Le coût moyen des soins de santé pour un fumeur au cours de sa vie représente au moins 16 000 US\$ (11 000 €) de plus que pour un non fumeur, malgré une durée de vie plus courte pour le premier. En revanche, le *U.S. Guide to Community Preventive Services* (guide américain des services communautaires de prévention) a estimé que le coût des campagnes en faveur de l'arrêt du tabac diffusée dans les médias de masse était compris entre à peine 298 et 1 593 US\$ (200 et 1100 euros) par personne s'arrêtant de fumer.<sup>77</sup>

## **Caractéristiques d'une campagne médiatique de masse efficace**

Les études disponibles et l'expérience montrent que, pour être efficaces, une campagne de sensibilisation du public devrait inclure les caractéristiques suivantes<sup>78</sup>:

- Les campagnes diffusées dans les médias de masse doivent **être omniprésentes** : les annonces doivent être vues et entendues suffisamment souvent pour générer une évolution des croyances, des attitudes et des comportements. La prise de conscience liée à une campagne n'est pas suffisante. Les taux d'efficacité des campagnes les plus fréquentes et les plus longues sont meilleurs que ceux des campagnes ponctuelles et courtes. D'après une analyse conjointe de l'OMS et du CDC des campagnes médiatiques en faveur de l'arrêt du tabac dans le monde, le poids des médias (en termes de portée et de fréquence)

<sup>72</sup> BIENER L., REIMER R., WAKEFIELD M. [et al.] Impact of smoking cessation aids and mass media among recent quitters. *American Journal of Preventive Medicine*, 03/2006, vol. 30, n° 3, p. 217-224.

<sup>73</sup> HYLAND, A. Anti-tobacco television advertising and indicators of smoking cessation in adults: a cohort study. *Health Education Research*, 06/2006, n° 1

<sup>74</sup> HODGSON, T.A. cigarette smoking and lifetime medical expenditures. *The Millbank Quarterly*, 1992, n°70, vol. 1

<sup>75</sup> STEVENS W, THOROGOOD M, KAYIKKI S. Cost-effectiveness of a community anti-smoking campaign targeted at a high risk group in London. *Health Promotion International*, 2002, n°17, vol.1, p.43-50

<sup>76</sup> SECKER-WALKER R.H., WORDEN J.K., HOLLAND R.R. A mass media programme to prevent smoking among adolescents: costs and cost effectiveness. *Tobacco Control*, 1997, n°6, p.207-12

<sup>77</sup> TOBACCO FREE CENTER. De l'efficacité des campagnes de sensibilisation du public. 11/2007, 8 p.

<sup>78</sup> Ibid. (voir note n°92)

et la durée de la campagne sont des éléments essentiels pour garantir une réduction continue des taux de tabagisme<sup>79</sup>

- La campagne devrait comprendre une **grande diversité de messages ciblés** et sans cesse **renouvelés** pour motiver différentes catégories de personnes à essayer d'arrêter le tabac à des périodes différentes
- Les campagnes efficaces incluent généralement une **combinaison d'actions médiatiques payantes, d'opérations de relations publiques, de manifestations exceptionnelles** et de promotions dans un effort coordonné avec les programmes scolaires et communautaires, et d'autres éléments d'un plan global de réduction du tabagisme<sup>80 81</sup> Des **spots télévisés** doivent toujours faire partie du programme d'une campagne, car les preuves collectées à ce jour indiquent clairement qu'ils jouent un rôle essentiel dans les résultats obtenus.
- Une campagne doit refléter les leçons apprises à l'échelle internationale dans **l'identification des messages les plus efficaces** et le développement de stratégies créatives. Elle doit être organisée et appliquée en **totale indépendance**, loin de l'influence de l'industrie du tabac<sup>82 83</sup>
- Une campagne doit se fonder sur des études d'efficacité rigoureuses et récentes. Étude et évaluation formatives et évaluation du processus et des résultats doivent être associées pour garantir le plus de chances possibles d'obtenir une campagne efficace en matière de prise de conscience et d'acquisition de connaissances, et d'évolution des attitudes et des comportements dans le sens souhaité.<sup>84</sup>

---

<sup>79</sup> SCHAR E., GUTIERREZ K. Smoking cessation media campaigns from around the world: recommendations from lessons learned. Genève : CDC, OMS, 2001 [en ligne] Disponible sur <http://www.euro.who.int/document/e74523.pdf> (consulté en janvier 2010)

<sup>80</sup> VARTUAUNEN E, PAAVOLA M. [et al.] Fifteen-year follow-up of smoking prevention effects in the north karelia youth project. *American Journal of public health*, 1998, n°88, p.81-85

<sup>81</sup> SIEGEL M. Mass Media antismoking campaigns: a powerful tool for health promotion. *Annals of internal medicine*, n°129, 1998, p.128-132

<sup>82</sup> SCHAR E, GUTIERREZ K, MURPHY-HOEFFER. Tobacco use prevention media campaigns: lessons learned from youth in nine countries. Atlanta : Centers for disease control and prevention, National center for chronic disease prevention and health promotion, Office on Smoking and Health, 2006 [en ligne] Disponible sur [http://www.cdc.gov/tobacco/youth/00\\_pdfs/YouthMedia.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/youth/00_pdfs/YouthMedia.pdf) (consulté en janvier 2010)

<sup>83</sup> Overview of evidence-based recommendations based on lessons learned from international literature review and unpublished data synthesis. In : Global dialogue for effective stop smoking campaigns, 2006 [en ligne] Disponible sur <http://www.stopsmokingcampaigns.org/uploads/OverviewofEvidence.pdf> (consulté en janvier 2010)

<sup>84</sup> FELTRACCO A, GUTIERREZ K. Campaign development tool kit: an international guide for planning and implementing stop smoking campaigns. In : Global Dialogue for Effective Stop Smoking Campaign, 2007.

## Cadre législatif



Source : Projet ITC (Février 2009). Rapport national ITC France. Université de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut national du cancer (INCa), et Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Paris, France.

### - **Loi du 9 juillet 1976 dite « loi Veil »**<sup>85</sup>

Ce texte interdit la publicité (sauf dans certains cas non précisés dans la loi) pour tous les produits du tabac, les articles pour fumeurs ainsi que tous les produits publicitaires portant le nom, la marque ou l'emblème d'un fabricant, distributeur ou producteur de tabac. De même qu'il est interdit à une marque de sponsoriser un évènement sportif sauf pour les sports mécaniques. Toute infraction est punie d'une amende de 30 000 à 300 000 F.

« Une information de nature sanitaire prophylactique et psychologique » doit être faite dans les écoles et les établissements militaires.

### - **Loi du 10 janvier 1991 dite « loi Evin » relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme**

Toute publicité est cette fois interdite sauf dans les débits de tabac à condition que les affiches ne soient pas visibles de l'extérieur. Les messages « Nuit gravement à la santé » et « Abus dangereux » ainsi que la composition apparaissent sur les paquets. Les infractions sont punies de 50 000 à 500 000 F. Il devient « interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif » (établissements scolaires, transports collectifs) « sauf dans les emplacements réservés aux fumeurs ». La Journée sans tabac est instaurée une fois par an (le 31 mai).

### - **Décret 2004-949 du 6 septembre 2004 relatif à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans**

Une pièce d'identité peut être demandée par le détaillant en cas de doute sur l'âge de l'acheteur potentiel.

### - **Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif**

Ce décret élargit l'interdiction de fumer dans les lieux publics à tous les « lieux fermés ou couverts accueillant du public ou constituant un lieu de travail », dans les établissements

<sup>85</sup> DNF. Observatoire de la législation française sur le tabac [Cd-rom]. Paris : DNF, 03/2009



de santé, dans l'ensemble des transports en commun et dans toute enceinte d'un établissement scolaire ou recevant des mineurs. Une signalisation apparente est apposée dans ces lieux en évidence. Des endroits réservés aux fumeurs peuvent être mis en place après avis favorable du conseil d'hygiène et sécurité. Une amende forfaitaire de 68€ peut être infligée aux personnes fumant dans les lieux clairement identifiés comme non-fumeurs. Ce décret s'applique également à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008 aux débits permanents de boissons à consommer sur place, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques, hôtels et restaurants.

- **Circulaire du 29 novembre 2006 relative à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif**

Cette circulaire apporte plus de précisions sur les lieux concernés ainsi que sur les lieux où la création d'emplacements fumeurs est possible, emplacements avec certaines particularités techniques (salles closes et ventilées). L'autre point important de ce texte est la mise en place du remboursement à hauteur de 50€ des traitements par substituts nicotiques par l'Assurance Maladie. Les consultations de sevrage doivent être doublées et le personnel recruté et formé en ce sens. De plus des agents de contrôle sont chargés de veiller à l'application du respect de l'interdiction mais aussi de l'application de la signalétique prévue à cet effet.

*NB : La mesure 10.2 du Plan cancer 2009-2013 prévoit de développer l'accès aux substituts nicotiques pour les femmes enceintes en augmentant à hauteur de 150€ le forfait financé par l'Assurance Maladie pour les produits utilisés dans le cadre du sevrage tabagique.*

- **Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en œuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé**

Par cette circulaire, les établissements de santé sont soumis à une interdiction totale de fumer. De ce fait, les établissements qui avaient aménagé des emplacements fumeurs doivent les supprimer. L'application de cette interdiction n'est cependant pas valable pour les chambres en longs séjours qui sont assimilables à des espaces privés. Les établissements auront le devoir d'apporter « à leurs personnels et à leur patients tout le soutien nécessaire ».

- **Circulaire DHOS/O2 n°2006-551 du 29 décembre 2006 relative aux mesures d'accompagnement du décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif**

En décembre 2006, on compte 225 consultations classiques et sur RDV dans les établissements publics de santé (contre 275 en établissements privés), l'objectif passe à 500 consultations créées pour fin 2007. Le personnel attaché à ces consultations doit être recruté et formé en conséquence.

- **Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac**

Ce texte prévoit que ces avertissements –des photos en couleurs accompagnées d'une phrase « choc »- occupent au moins 40% de la face arrière du paquet. Il en existe 14, comme « les fumeurs meurent prématurément », « Fumer peut entraîner une mort lente et douloureuse », etc.

En mettant en œuvre ces avertissements sanitaires graphiques, la Direction Générale de la Santé applique la mesure 10.1 du plan cancer 2009-2013, qui répond également à l'article 11 de la Convention-Cadre de Lutte Antitabac de l'OMS ratifiée par la France en 2004.

Les produits du tabac non conformes aux dispositions du présent arrêté peuvent encore être mis à la



consommation respectivement dans un délai d'un an pour les cigarettes et dans un délai de deux ans pour les autres produits du tabac suivant la date de publication de l'arrêté au Journal Officiel.

## Comment intervenir ?

L'article 14 du CCLAT<sup>86</sup> promeut la mise en œuvre de programmes destinés aux fumeurs souhaitant arrêter, et qui concernent en particulier le diagnostic, le conseil, la prévention et le traitement de la dépendance au tabac, ainsi que des traitements facilement accessibles et peu onéreux.

En France, ont été implantées 645 consultations de tabacologie, essentiellement basées dans des établissements hospitaliers, et une ligne nationale d'aide à l'arrêt du tabac (Tabac Info Service), gérée par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Les substituts nicotiques peuvent depuis 1999 être achetés en pharmacie sans ordonnance, tandis que le bupropion (*Zyban*) et la varenicline (*Champix*) sont disponibles sur présentation d'une ordonnance. Depuis le 1<sup>er</sup> février 2007, les substituts nicotiques (et désormais, la varenicline et le bupropion) sont remboursables à concurrence de 50 euros par an s'ils sont prescrits par un médecin ou une sage-femme.

En dépit du développement des centres de tabacologie et de l'accroissement de l'accès aux traitements, il reste encore de grands progrès à réaliser au niveau du traitement de la dépendance tabagique, tel qu'il est envisagé dans l'article 14 de la CCLAT.

D'après les résultats de l'étude ITC France, les conseils concernant l'arrêt et l'orientation vers des services spécialisés par les professionnels de santé restent relativement rares. Les pratiques basées sur des preuves doivent être systématiquement intégrées par tous les professionnels de santé. Cela doit faire l'objet d'un suivi rigoureux.

### Exemples d'actions concrètes

#### - En milieu hospitalier

##### Maternités sans tabac

L'APPRI avait, au départ, mis en œuvre le programme GEST'N (Grossesse Enfance Sans Tabac, région Nord Pas de Calais)<sup>87</sup> qui impliquait 17 maternités sur trois ans (1998-2001) et devait diminuer significativement la prévalence des femmes enceintes fumeuses dans cette région. C'est cette initiative qui a ouvert la voie aux « Maternités sans tabac ».

Pour se conformer à la mesure n°10 du Plan Cancer 2003-07 (« *Lutter contre le tabagisme des femmes enceintes (information dans les maternités, sensibilisation du personnel soignant, accès aux consultations de sevrage)* ») et à la suite des recommandations données lors de la conférence de consensus de Lille, a été mis en place l'opération « Maternités sans tabac » dans le cadre des réseaux « Hôpital sans tabac » en 2000.

Les partenaires de cette opération sont des maternités, privées ou publiques, signataires de la charte du même nom et qui s'engagent à mobiliser leur personnel pour une meilleure prise en charge et un meilleur suivi des fumeuses enceintes mais aussi des pères fumeurs.

Cette charte comprend 10 points :

---

<sup>86</sup> Ibid. (voir note n°1).

<sup>87</sup> GOMEZ C. Maternité sans tabac : quelle démarche ? *Vocation sage-femme*, 09/2005, n°34, p. 21-25



- 1 - Sensibiliser** tous les personnels de la périnatalité sur l'importance de la prévention et la prise en charge du tabagisme maternel et familial pour améliorer la qualité des soins.
- 2 - Informer** systématiquement dès la déclaration de grossesse et lors de la surveillance prénatale sur les possibilités de prévention et de prise en charge du tabagisme actif ou passif.
- 3 - Populariser** la mesure du monoxyde de carbone (CO expiré) pour toutes les femmes enceintes ou qui consultent pour stérilité et les futurs pères en mettant à disposition de tout professionnel qui le souhaite un analyseur de CO.
- 4 - Evaluer** l'impact du tabagisme sur les critères de qualité des soins périnataux de façon systématique et objective :
- Mesure du CO expiré au moins une fois lors de l'accouchement pour toutes les femmes.
  - Suivi du taux d'arrêt du tabagisme pendant la grossesse (nombre et pourcentage de femmes fumeuses, avant la grossesse et à l'accouchement).
- 5 - Définir** un plan stratégique d'actions applicables par toute maternité :
- Redéfinir le projet de service et de soins en intégrant la problématique tabac
  - Organiser un plan spécifique de formation pour les personnels concernés.
- 6 - Prendre en charge** médicalement en hospitalisation et en ambulatoire toute femme fumeuse présentant ou non une pathologie obstétricale (mesure du CO expiré, traitements nicotiques substitutifs à la disposition des femmes enceintes notamment).
- 7 - Etablir** un plan d'aménagement des différents locaux propice à la prévention du tabagisme passif, adapter une signalétique spécifique : panneaux, affiches, livrets appropriés.
- 8 - Promouvoir** l'éducation à la santé et l'allaitement maternel lors des séances de préparation à la naissance en intégrant la prévention du tabac.
- 9 - Former** des personnels volontaires à la prise en charge des femmes fumeuses, pendant la grossesse et l'allaitement.
- 10 - Encourager** l'exemplarité des professionnels de la périnatalité et les convaincre de leur rôle prioritaire pour une « maternité sans tabac ».

Chaque établissement signataire participe au projet (recueil et saisie de données liées au tabagisme, diffusion des résultats aux partenaires, création d'un outil d'évaluation des pratiques et des résultats, mise en place d'études) à son rythme et selon ses possibilités. Les actions mises en œuvre peuvent prendre différentes formes :

- informations systématiques sur le tabac et prise en charge dès la déclaration de grossesse
- mesure du monoxyde de carbone expiré pour une meilleure évaluation des risques sur l'enfant à naître
- formation du personnel
- aide personnalisée pour chaque femme enceinte
- encouragement à l'exemplarité du personnel, etc.

Il y a aujourd'hui **392 hôpitaux et maternités** membres de la Démarche Maternité Sans Tabac <sup>88</sup>

En mars 2007, 98 maternités possédaient une structure spécifique de consultation tabagique. Les intervenants de ces consultations sont le plus souvent des médecins tabacologues et des sages-femmes. Les entretiens sont menés soit de façon individuelle, soit en couple, soit en groupe.

<sup>88</sup> APPRI Maternité sans tabac en France [en ligne]. Disponible sur <http://www.appri.asso.fr/grand-public/actualite/maternites-sans-tabac> (consulté en juin 2010)

### - Maternité de Bayonne<sup>89</sup>

Cette consultation existe, dans sa version actuelle, depuis 2005. Elle est prise en charge principalement par deux sages-femmes formées en tabacologie et s'adresse aux femmes déjà suivies en consultation spécifique en période anténatale et aux femmes non suivies repérées en salle d'accouchement grâce à l'utilisation systématique l'analyseur de CO. Les consultations sont individuelles, la prise en charge personnalisée et peut faire intervenir une équipe pluridisciplinaire selon les besoins (diététicien, psychologues). Les conjoints sont orientés vers un centre spécifique.

### - Maternité sud du CHU de Grenoble<sup>90</sup>

En janvier 2001, suite à la mise en place du programme MAT'AB en 1999, une consultation de sage-femme tabacologue est créée ainsi qu'une séance de préparation à la naissance ciblée sur le sevrage. Ces services s'adressent à toutes les patientes ayant répondu qu'elles fumaient lors des 1<sup>ères</sup> consultations. En postnatal, les patientes sont orientées vers d'autres consultations en tabacologie.

MAT'AB, piloté par l'IRAT (Institut de Rhône-Alpes en Tabacologie), continue son activité : enquêtes épidémiologiques, formation des professionnels, documentation, journées scientifiques.

.

### - CHU de Montpellier<sup>91</sup>

#### *Maternité*

La première consultation en tabacologie spécialement dédiée aux femmes enceintes a été mise en place en 2001 mais jusqu'en 2006 seulement 1% des patientes fumeuses bénéficient des services de cette unité mobile en tabacologie (qui se déplace de service en service) – constituée des médecins tabacologues - par manque de temps et de moyens. Début 2007, de nouvelles mesures sont mises en place, notamment le recrutement d'une sage-femme tabacologue et la formation d'une seconde sage-femme ainsi que le changement de l'organisation des consultations. A présent les patientes peuvent bénéficier de consultations individuelles, de réunions d'information et de la mise à disposition de substituts nicotiques.

#### *Centre hospitalier*

Un programme éducatif/interactif sur cédérom et Internet, a été réalisé par le CHU de Montpellier en collaboration avec l'association *Vivre sans fumée* afin de faciliter le changement de comportement des femmes enceintes fumeuses.

Le contenu du programme s'appuie sur les principes de l'apprentissage pour acquérir de nouveaux comportements. Il se veut un outil pour augmenter l'efficacité de la prévention, offrant un travail de réflexion qui peut conduire les femmes enceintes à changer. Il contient une documentation scientifique, des témoignages, des questionnaires d'évaluation, des dépendances biologiques, comportementales et des exercices évolutifs pour amorcer un changement.

Après avoir expliqué aux jeunes femmes enceintes les objectifs du cédérom, elles étaient invitées à le découvrir. Trois séances étaient prévues pendant la grossesse et une autre après l'accouchement.

Cette action, d'après l'évaluation, demande du temps (50 mn à 1h30 par séance), une méthodologie rigoureuse et la mise en place de toute une dynamique.

<sup>89</sup> GEORGIEU S. Aide au sevrage tabagique : expériences françaises. Profession sage-femme, mars 2007, 133, p. 31-34

<sup>90</sup> BOURGIN D. Mise en place d'une action de prévention tabagique vers les femmes enceintes au sein d'une maternité in Grossesses et addictions : mieux connaître pour prévenir. Journées des étudiants cadres sages-femmes (4 ; 7 juin 2002 ; Dijon)

<sup>91</sup> DELMAS C. Tabac et grossesse. Vocation sage-femme, janvier 2005, 28, p. 17-18

## - Institut Mutualiste Montsouris à Paris<sup>92</sup>

Accueil « Grossesse tabac stop »

Cette méthode est basée sur le dialogue femmes enceintes / sage femmes, avec une approche comportementale et cognitive

### Objectifs

- Informer : définition de la dépendance, processus de dépendance, les méfaits du tabagisme sur la grossesse, sur le fœtus, sur l'accouchement et sur l'allaitement maternel
- Sensibiliser et motiver par la dynamique de groupe : groupes de 6 à 7 femmes dont les termes de grossesse sont différents (séances d'une durée de 1h15 avec une extension d'une demi heure lors de la 1<sup>ère</sup> séance)
- Déculpabiliser en positivant sans toutefois banaliser : diminution du nombre de cigarettes et si possible, arrêt du tabac soit à court, moyen ou long terme.

### Outils de travail

- Dossier remis à chaque femme comportant des explications sur la dépendance, le schéma d'évolution naturelle du tabagisme (*cycle de Prochaska*), le test de dépendance à la nicotine, des explications sur les méfaits du tabagisme sur la grossesse, la liste des « trucs et astuces » pour retarder la prise de la cigarette ou l'éliminer, et des conseils diététiques.
- analyseur de monoxyde de carbone
- répondeur téléphonique
- substituts nicotiniques

### Evaluation<sup>93</sup>

Ce service a été proposé d'octobre 1994 à avril 2002 : 275 femmes ont été accueillies cinq fois et plus en réunions, 75% d'entre elles ont atteint l'objectif de zéro tabac à la naissance de leur enfant. Bien que la majorité d'entre elles ait recommencé à fumer, l'incidence de l'aide apportée lors de ces réunions sur la modification du comportement de fumer à long terme a été vérifiée sur la base d'une observation faite sur 4 années.

Une évaluation réalisée sur un échantillon de 65 femmes via un questionnaire 6 mois après l'accouchement a montré :

- 15,38% d'arrêt du tabac sans reprise
- 35,58% d'arrêt du tabac avec reprise
- 49,24% sans arrêt du tabac

## - Centre Hospitalier du Havre<sup>94</sup>

### Objectifs :

- réduire de 25% la population de femmes enceintes fumeuses dans l'agglomération havraise
- aider les femmes enceintes qui ont arrêté de fumer à ne pas reprendre
- développer dans la région une politique de formation des professionnels de santé qui accompagnent les mères et les pères durant la grossesse, au moment de la naissance, après la naissance, et au cours de la première année de l'enfant.

### Contenu de l'action :

- Formation de 3 jours à l'Institut Pasteur de Lille des professionnels libéraux, salariés et territoriaux intéressés

<sup>92</sup> BOUYSSSET M.F. La femme enceinte et la désaccoutumance tabagique. Marseille : Solal, 2000. (Collection Sage femme)

<sup>93</sup> BOUYSSSET M.F. L'accueil « Grossesse tabac stop » à l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris. Education du patient et enjeux de santé, 2004, vol.22, n°2, pp 53-55.

<sup>94</sup> CHIARANDINI RIOU C. Projet de création de consultations d'aide au sevrage tabagique en maternité. D.E. de sage-femme. Dijon : Ecole de cadres sages-femmes, 2002, 115 p.

- Pendant les visites prénatales avec les professionnels impliqués : sensibilisation et motivation des femmes enceintes fumeuses, soutien psychologique et accompagnement permettant à la femme de développer sa propre motivation, déculpabilisation, recours à des substituts nicotiniques, etc.
- Mise en place d'un accompagnement du père et de la mère au moment de la naissance de l'enfant pour les aider à poursuivre l'abstinence
- Mise en place d'un accompagnement du père et de la mère durant la première année de l'enfant.

#### Outils

- mallette pédagogique de l'APRI
- CO testeur
- Affiches et brochures du Service Hygiène et Santé du Havre

Cette action a été développée dans deux établissements :

#### *Maternité Flaubert*

Une infirmière a suivi la formation de l'Institut Pasteur puis a ensuite préparé un DIU de tabacologie.

Cinq séances d'information collectives par mois ont été mises en place pour les femmes enceintes, les futurs pères et les jeunes parents. Un premier temps était réservé aux nouveaux arrivants (14h-14h45) puis ces derniers se joignaient au groupe déjà en place pendant 1h30.

Le recrutement s'est opéré suite aux consultations prénatales, aux séances de préparation à la naissance et par voie d'affichage.

#### *Maternité Jacques Monnod*

3 sages-femmes chargées de la préparation à la naissance ont suivi la formation de l'Institut Pasteur.

Cinq séances d'information collectives par mois (18h-20h) ont été programmées pour les femmes enceintes. Le recrutement a été réalisé par voie d'affichage ou au cours des consultations prénatales.

Cette activité a été abandonnée en septembre 2001 en raison d'une pénurie de participantes (2 à 3 femmes par séance) et d'un manque de motivation des obstétriciens et des sages femmes.

#### **- Centre Hospitalier du Belvédère de Mont Saint Aignan**

Création de consultations de sevrage en septembre 2000 d'abord proposées aux patientes de la maternité puis élargies à l'ensemble de l'agglomération rouennaise.

#### Déroulement de l'action

Les patientes assistent à une réunion d'information animée par un médecin et une sage-femme les informant des risques du tabagisme pendant la grossesse et des possibilités de prise en charge. A l'issue de cette séance, les patientes ont la possibilité de prendre rendez vous avec un médecin pour une consultation anti-tabac.

Ces consultations dites de « première ligne » ont pour objectif d'évaluer la dépendance grâce au CO testeur, au test de *Fagerström* et de *HAD*. A l'issue de cette consultation, une prise en charge personnalisée est proposée : entretiens individuels, consultation de groupe, autres méthodes (acupuncture ou homéopathie), ou association de plusieurs méthodes. Le soutien d'un psychologue ou d'une diététicienne pourra être proposé en fonction des besoins.

Les bénéficiaires de cette action sont les usagers (femmes enceintes, conjoints, femmes en suite de couche et consultant en gynécologie) et le personnel de la maternité (membres du personnel, conjoints, enfants) sur leur temps de travail et à titre gratuit.

Deux sages femmes ont suivi une formation de 2 jours à l'institut Mutualiste Montsouris, l'une d'entre elles ayant en outre préparé un DIU de tabacologie.

#### Outils

- CO testeur
- Carnet de suivi
- Substituts nicotiniques

#### Evaluation

Un bilan à 9 mois a été réalisé :

- Personnel : taux de réussite 48%, recours à des substituts nicotiniques dans 83,3% des cas
- Usagers : taux de succès 38,5% à court terme et 14% d'arrêt définitif

### - Maternité du CHU de Dijon

Les consultations ont lieu une fois par semaine (vendredi matin) et sont menées par un médecin tabacologue. En revanche, elles ne sont pas réservées aux patientes enceintes, elles s'adressent également au personnel. Ces consultations ne sont pas très fréquentées peut être, en partie, parce que les fumeuses doivent en faire la demande pour être prises en charge. La maternité n'a pas signé la convention « Maternité sans tabac ».

### - Centre périnatal de Tonnerre<sup>95</sup>

Des consultations d'aide au sevrage tabagique ont été mises en place en 2005 suite à l'émergence d'une demande de la part des patientes et face à la forte proportion de fumeuses parmi les femmes enceintes (42,9%) suivies au centre périnatal.

Une sage femme a donc suivi une formation d'une journée auprès de *Tab'agir* et a débuté les consultations.

Les résultats sont cependant quasi nuls pour 2005 quant au nombre de femmes ayant arrêté de fumer, cependant la motivation à l'arrêt du tabac est un processus de maturation lent et long et des études ont montré que la multiparité semblait favoriser l'arrêt du tabac.

De plus un tiers des personnes suivies sont en situation de grande précarité, n'achètent pas de patchs et supportent difficilement les frustrations supplémentaires dues au sevrage qui viennent s'ajouter à leurs difficultés de vie.

### - En milieu défavorisé

*Programme mosellan pluriannuel de prévention du tabagisme et de promotion de la santé des femmes en situation de précarité hébergées en foyer<sup>96</sup>*

Le centre d'examen de santé de Metz en Moselle propose, depuis 2001, un projet d'incitation et d'accompagnement à l'arrêt du tabac pour les personnes en situation de précarité, avec mise en place de la gratuité des substituts nicotiniques, lors des bilans de santé.

Depuis 2001, un partenariat s'est développé entre le CES, le CODES 57, la CPAM de Metz, la DDASS de Moselle, le Centre hospitalier régional et 3 structures hébergeant des jeunes filles et jeunes mères.

<sup>95</sup> MOLENAAR A.M. Le centre périnatal de Tonnerre. *Tab'agir infos*, 2006, n°12, pp 1-2

<sup>96</sup> In : Prévention du tabagisme : agir au plus près des populations. Actes du colloque organisé par l'INPES. Vendredi 8 décembre 2006. p 23-27.

Le programme se déroule en 6 étapes afin de donner la parole aux femmes :

- Faire émerger les représentations des personnes sur la santé.
- Situer le tabac dans un contexte de santé globale. Identifier les bénéfices, motivations à fumer à partir des thèmes de l'outil *Sacado*\*.
- Situer le degré de motivation des personnes par rapport à l'arrêt du tabac, selon les stades de changement du *modèle de Prochaska et Di Clemente*.
- Permettre aux femmes de mettre en évidence leurs compétences, leurs ressources sociales et individuelles et ce qu'elles font de bien pour leur santé.
- Créer des supports pédagogiques interactifs pour donner envie aux personnes de s'impliquer et les animer auprès des autres résidentes et des professionnels sur site
- Évaluer l'action avec les femmes, les professionnels impliqués dans les structures et les partenaires

Des résultats quantitatifs mais bien plus qualitatifs ont été mesurés. L'adoption d'attitudes et de comportements plus favorables à la santé ont été constatés chez ces femmes, par les professionnels des structures. Elles ont apporté des améliorations à leur lieu de vie, le rendant plus favorable à leur santé.

*Les consultations pédiatriques : un lieu propice pour proposer des programmes d'aide au sevrage tabagique aux jeunes mamans*<sup>97</sup>

Aux États-Unis, une étude réalisée en 2003 portant sur l'évaluation d'un programme d'aide au sevrage tabagique, a été menée auprès de jeunes femmes à faible niveau de ressources, consultant avec leur jeune enfant dans une clinique pédiatrique. Le programme comportait tout d'abord une brève intervention lors de la consultation pédiatrique initiale : il s'agissait notamment de sensibiliser la mère aux effets du tabagisme passif sur son enfant. Le pédiatre qui avait reçu une formation spécifique lui remettait alors une brochure de conseils sur le sevrage tabagique. Rendez-vous était ensuite pris avec une infirmière pour un entretien destiné à accroître la motivation de la mère à arrêter de fumer ; puis un minimum de trois appels téléphoniques étaient passés par la même infirmière. 300 femmes ont été recrutées dans deux centres puis réparties au hasard en deux groupes.

Le programme a permis d'accroître le pourcentage de femmes ayant arrêté de fumer (aucune cigarette, pas même une bouffée, dans les 7 jours précédant l'évaluation) : au 3<sup>ème</sup> mois, il est de 7,7% dans le groupe intervention et de 3,4% dans le groupe témoin ; au 12<sup>ème</sup> mois, ces chiffres sont respectivement de 13,5% et 6,9%.

Cette étude témoigne de l'efficacité des programmes médicalisés d'aide au sevrage tabagique : elle montre l'intérêt de les proposer dans le cadre des consultations pédiatriques, a fortiori dans les zones les plus défavorisées où la prévalence du tabagisme parmi les jeunes mères s'avère particulièrement élevée.

---

\*Outil d'intervention comprenant 7 sacs représentant différents thèmes de santé (chercher son image, surmonter les situations, entrer en relation, construire son espace, etc.)

<sup>97</sup> INPES. *Tabac actualités*. 05/200, n°37

## Méthodes de prévention efficaces

### - En milieu scolaire

Les méthodes qui visent à développer les compétences sociales, émotionnelles et cognitives des enfants et adolescents sont parmi les plus efficaces et les plus développées.<sup>98</sup> Les programmes de prévention sélective et indiquée se centrent plus particulièrement sur le développement des capacités d'autorégulation, de gestion de la colère, de relation avec les pairs, de résistance à la pression des pairs.<sup>99</sup> La plupart du temps, ces méthodes sont utilisées dans des programmes en milieu scolaire (écoles maternelles, primaires et collèges).

La majorité des programmes de prévention intègrent cette dimension, que ce soit les programmes de prévention universelle ou les programmes de prévention sélective et indiquée.

D'autres méthodes complémentaires visent à améliorer les compétences éducatives et relationnelles des parents : développement des capacités de soutien et de renforcement positif, formation à la gestion de la colère, apprentissage des techniques de communication parents-enfants, etc. Ces techniques viennent souvent en appui d'interventions centrées sur les compétences des jeunes, en particulier dans les programmes de prévention sélective ou indiquée.

Que ce soit dans les programmes de prévention universelle, sélective ou indiquée, la formation des enseignants est une méthode de prévention efficace qui s'est largement développée ces dernières années. Elle vise à favoriser la mise en œuvre d'un enseignement coopératif, d'un management proactif, d'une organisation et d'une discipline plus adaptés, de renforcements sociaux positifs, de capacités à résoudre les problèmes, etc. Au sein d'un programme, la formation des enseignants est quasiment toujours associée à une autre méthode. D'autres méthodes de prévention visent à agir sur l'environnement du jeune, que ce soit l'environnement scolaire (mise en place de tuteur, formation des professionnels, réalisation d'activités dans les écoles, développement des liens entre les parents et les enseignants, etc.) ou l'environnement social (relation privilégiée avec un adulte support, « mentoring » etc.)<sup>100</sup>.

Les recherches réalisées ces vingt dernières années sur les facteurs de risque et de protection et sur l'évaluation des programmes de prévention permettent aujourd'hui de dégager les caractéristiques des interventions efficaces<sup>101</sup>. Les programmes de prévention contre les conduites addictives se révèlent efficaces lorsqu'ils utilisent des **modalités interactives et expérientielles** (jeux de rôles, mises en situation, travaux pratiques sur le ressenti et les émotions, etc.) plutôt que des méthodes didactiques<sup>102</sup>. Celles-ci doivent être choisies en fonction de la population cible (universelle ou groupe à risque) et de l'âge des enfants. Il est recommandé de travailler sur des compétences plus spécifiques pour des groupes à risque (gestion de la colère, capacité

<sup>98</sup> DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (US). Youth violence. [en ligne] Disponible sur [www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence](http://www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence) (consulté en novembre 2009)

<sup>99</sup> DOMITROVICH C.E. WELSCH J.A. Developmental models for interventions to prevent conduct problems in : MOSER R.S., FRANTZ C.E. *Shocking violence : youth perpetrators and victims. A multidisciplinary perspective*, Charles C. Thomas, Springfield, IL, 2000 ; p. 125-153.

<sup>100</sup> MILDT, Ministère de l'éducation nationale. Prévention des conduites addictives. Paris : CNDP, 2006, 83 p.

<sup>101</sup> GREENBERG M.T., DOMITROVITCH C.E., BUMBARGER B. The prevention of mental disorders in school-aged children : current state of the field. *Prevention & Treatment*, 2001, n° 4, p. 1-52.

<sup>102</sup> CHOU C. [et al]. Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health*, 1998, n° 88, p. 944-948



d'autorégulation<sup>103</sup>...) et des compétences plutôt d'ordre social pour les adolescents (relations avec les pairs, capacités à résister à la drogue <sup>104</sup> ...).

### Interventions précoces

Afin de prévenir l'apparition de troubles et de pathologies avérées (troubles des conduites, personnalité antisociale, addictions...), les programmes doivent agir sur les facteurs de risque et de protection le plus tôt possible. Des études ont montré que les tendances agressives se cristallisaient aux environs de 8 ans<sup>105</sup>. Il semble donc important de pouvoir mettre en place des programmes de prévention dès l'école maternelle, avant que les comportements antisociaux ne se soient installés.

### S'inscrire dans la durée

Les programmes brefs produisent des effets à court terme. Afin de maintenir les bénéfices dans la durée, il est important que le temps d'intervention soit suffisamment important (plus de vingt heures pour les enfants et les parents<sup>100</sup>) et que les programmes se déroulent sur plusieurs années. Des études ont montré que les bénéfices des programmes de prévention à l'école étaient diminués quand les interventions n'étaient pas poursuivies au collège<sup>106</sup>.

### Agir sur plusieurs facteurs

Des années de recherche ont montré que les interventions les plus efficaces étaient celles qui intervenaient à plusieurs niveaux<sup>107</sup>. Les effets des programmes centrés sur les compétences psychosociales des jeunes sont renforcés lorsqu'ils sont associés à des interventions réalisées auprès des familles et du milieu scolaire<sup>108</sup> : les programmes les plus performants et récents mettent en place des actions coordonnées qui proposent des apprentissages cohérents mettant en lien différents acteurs (jeunes, parents, enseignants, professionnels, associations<sup>109</sup>...).

### S'assurer de la qualité de l'implantation

La qualité et la fidélité de l'implantation sont aussi importantes que les propriétés du programme choisi. Les caractéristiques de la population cible et de l'environnement doivent être largement considérées. Le CDC (Center of Disease Control) insiste aussi sur les compétences, la formation et la supervision des équipes qui interviennent sur le terrain. Ces personnes doivent avoir une grande connaissance du programme et du milieu ; elles doivent être à l'aise avec la dynamique des groupes et avoir d'importantes capacités relationnelles.

## **Concernant les adolescentes**

La sensibilisation aux risques du tabagisme pour la santé ne suffit pas pour empêcher les adolescentes de fumer. Celles-ci doivent acquérir des compétences et une confiance en soi. L'activité physique peut se révéler une solution de rechange particulièrement intéressante. Elle peut effectivement aider les jeunes femmes à gérer leur stress, à maintenir un poids-santé, à créer des liens et à acquérir un statut (dans des équipes ou

---

<sup>103</sup> DOMITROVICH C.E. WELSCH J.A. Developmental models for interventions to prevent conduct problems

<sup>104</sup> BOTVIN G., BAKER E., DUSENBURY L. Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association*, 1995, n° 273, p. 1106-1112.

<sup>105</sup> WEBSTER-STRATTON C., TAYLOR T. Nipping early risk factors in the bud : preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention science*, 09/2001, n°3, pp. 165-192

<sup>106</sup> SCHEIER L., BOTVIN G., DIAZ T. Social skills, competence, and drug efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 1999, vol. 3, n° 29, p. 251-278.

<sup>107</sup> LEMARQUAND D., TREMBLAY R.E., VITARO F. The Prevention of conduct disorder

<sup>108</sup> Ibid. (voir note n° 120)

<sup>109</sup> Ibid (voir note n°103)



clubs sportifs), ainsi qu'à développer des sentiments de force et de puissance plutôt que de passivité. Il semble d'ailleurs y avoir un lien entre la diminution de l'activité physique et l'initiation au tabagisme. Les discussions entre pairs et les relations avec des adultes et des groupes communautaires capables d'offrir un soutien (comme les organisations qui interviennent auprès des jeunes ou des femmes) peuvent être particulièrement efficaces pour aider les femmes à acquérir des compétences et à prendre davantage conscience de la dynamique entre les sexes. Ces relations peuvent aider les adolescentes à comprendre qu'elles ne sont pas seules à subir du stress et des pressions. Les programmes scolaires qui sont mis en œuvre dans le cadre de stratégies environnementales communautaires sont plus efficaces que les programmes scolaires à eux seuls. Les autres politiques qui détournent du tabagisme et font du non-usage du tabac une norme communautaire (ex. augmentation des taxes sur les produits du tabac, application rigoureuse de la législation régissant la vente de ces produits aux mineurs, emballage discret des paquets de cigarettes, interdiction de fumer dans les endroits publics) sont également utiles. Un grand nombre d'intervenants de la lutte antitabac ont recommandé une augmentation des taxes sur les produits du tabac afin de rendre ces produits moins abordables pour les jeunes. Des chercheurs ont avancé qu'un emballage discret peut réduire le tabagisme chez les adolescents, du fait qu'ils n'associeraient plus les marques à des images. Cette mesure pourrait réduire l'intérêt de fumer pour l'image que l'on peut projeter parmi ses pairs.<sup>110</sup>

## - **Auprès des femmes enceintes**

Le tabagisme prénatal ne représente souvent qu'un aspect d'une problématique psychosociale complexe. En effet, les femmes qui fument durant la grossesse sont plus fréquemment celles dont les ressources sociales et financières font défaut. La cigarette fait souvent partie de leur entourage familial et de leur groupe de pairs. Elles sont aussi en général plus jeunes et moins éduquées. De plus, la consommation d'alcool et de substances psycho-actives illégales est plus fréquente chez ces fumeuses<sup>111</sup>. Ainsi, les facteurs de risque pour la santé et le développement de l'enfant tendent à être concomitants. Les intervenants doivent donc composer non seulement avec une habitude et une dépendance dont il est difficile de se défaire, mais avec une **multitude de facteurs** qui interagissent pour la maintenir en place.

### • **Variables psycho sociales associées à la cessation du tabac prénatal**

La **force de la dépendance à la nicotine**, indiquée entre autres par le délai entre l'éveil et la première cigarette, le nombre de cigarettes fumées chaque jour et le nombre d'années de consommation, est l'un des importants prédicteurs de la cessation<sup>112</sup>. Or, le nombre de cigarettes fumées chaque jour augmente avec l'âge. Il n'est donc pas étonnant que les programmes d'intervention soient plus efficaces chez les mères qui fument moins et depuis moins longtemps<sup>113</sup>. Dans l'élaboration de l'intervention anti-tabagique, il importe donc de **considérer non seulement l'âge de la mère** mais également **depuis combien d'années elle fume** et **l'intensité du tabagisme actuel**.

<sup>110</sup> SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER. Prévention du tabagisme chez les jeunes femmes. [en ligne] Disponible sur <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/women-femmes/prevent-fra.php> (consulté en février 2010)

<sup>111</sup> KUKLA L., HRUBA D., TYRLIK M. Smoking and damages of reproduction : Evidence of ELSPAC. *Central European Journal of Public Health*, 2001, p.59-63

<sup>112</sup> ALBRECHT S.A., HIGGINS L.W., STONE C. Factors relating to pregnant adolescents' decision to complete a smoking cessation programs for pregnant adolescents. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioner*, 1999, 119- 125

<sup>113</sup> AARONSON N.K., ERSHOFF D.H., DANAHER B.G. Smoking cessation in pregnancy : A self-help approach. *Addictive behaviors*, 1985, n°10, p.103-108.

Le **statut socioéconomique**, indiqué par le revenu et le niveau d'éducation, peut également être considéré comme un important modérateur des effets de l'intervention anti-tabagique. En effet, les jeunes femmes n'ayant pas complété leurs études secondaires sont souvent moins informées ou perçoivent moins les risques encourus par le bébé lorsqu'elles fument durant leur grossesse<sup>114 115</sup>

Par ailleurs, l'information sur les risques qui leur est donnée dans un but dissuasif peut parfois être mal utilisée et provoquer l'effet inverse, c'est-à-dire l'augmentation de la consommation. Des études rapportent ainsi que, chez certaines adolescentes, le fait de savoir que le bébé risque de présenter une insuffisance de poids à la naissance a fait en sorte qu'elles ont volontairement augmenté leur consommation en espérant que cela provoquerait un accouchement moins douloureux<sup>116</sup>. Bien que cette croyance ne semble pas largement répandue, elle souligne tout de même l'importance de **vérifier l'impact et la compréhension des informations transmises aux mères**<sup>117</sup>.

Le **stress psychosocial**, qui est associé au statut socioéconomique, constitue une autre variable modératrice (et peut-être même médiatrice) importante du tabagisme durant la grossesse<sup>118</sup>.

Conjuguée aux soucis financiers et familiaux, la grossesse, qu'elle soit désirée ou non, est inévitablement une source de stress et d'inquiétudes supplémentaires. La nicotine ayant un effet relaxant chez les fumeurs, il n'est pas surprenant de constater que la prévalence du tabagisme durant la grossesse soit plus élevée chez les individus des milieux défavorisés que dans la population en général<sup>119</sup>. En outre, le niveau de stress perçu lors de la cessation en cours de grossesse est fortement associé à la rechute lors du postpartum<sup>120</sup>.

Enfin, le stress est également en lien avec le **soutien social**. Plus l'entourage est supportant, plus l'individu se perçoit apte à gérer les sources de stress quotidiennes<sup>121</sup>. Le soutien social contribue de façon importante au sentiment d'efficacité personnelle et celui-ci est fortement associé à la cessation du tabagisme durant la grossesse<sup>122</sup> et au maintien de l'abstinence au postpartum<sup>123</sup>. Il n'est donc pas surprenant que les mères qui bénéficient davantage des interventions anti-tabagiques soient celles qui perçoivent un haut niveau de soutien social particulièrement de la part du conjoint

#### • **Caractéristiques des interventions**

Les interventions anti-tabagiques prénatales les plus efficaces semblent être celles dont la taille d'échantillon permet d'instaurer des **rencontres individuelles** suffisamment **longues** pour permettre l'établissement d'un **lien entre la mère et l'intervenant** et un **suivi régulier** sur plusieurs semaines. En revanche, les intervenants doivent être

<sup>114</sup> CAMPION P., OWEN L., MCNEILL A. [et al]. Evaluation of a mass media campaign on smoking and pregnancy. *Addiction*, 1994, n°89, p.1245-1254

<sup>115</sup> REITZEL L.R., VIDRINE J.I., LI Y. [et al].() The influence of subjective social status on vulnerability to postpartum smoking among young pregnant women. *American Journal of Public Health*, 2007, n°97, vol.8, p. 1476-1482.

<sup>116</sup> LAWSON E.J. The role of smoking in the lives of low-income pregnant adolescents : a field study. *Adolescence*, 1994, n°29, p.61-79.

<sup>117</sup> DONOVAN J.W. Randomised controlled trial of anti-smoking advice in pregnancy. *British Journal of Preventive and social medicine*, 1977, n°31, p.6-12

<sup>118</sup> BULLOCK, L.F., MEARS, J.L., WOODCOCK, C. Retrospective study of the association of stress and smoking during pregnancy in rural women. *Addictive behaviors*, 2001, n°26, p.405-413.

<sup>119</sup> BOYER G., BRODEUR J.-M., THEORET, B [et al]. Etude des effets de la phase prénatale du programme « Naitre égaux, grandir en santé ». Montréal : Direction de la Santé Publique – Régie régionale de la Santé et des services sociaux de Montréal, 2001

<sup>120</sup> JOHNSON J.L., RATNER P.A., BOTTORF J.L. [et al]. Prevention of smoking relapse in postpartum women. *Nursing research*, 2000, n°49, p.44-52.

<sup>121</sup> GREEN B.L. RODGERS A. Determinants of social support among low-income mothers: a longitudinal analysis. *American Journal of Community Psychology*, 2001, n°49, p.419-441.

<sup>122</sup> CURRY S.J., MCBRIDE C., GROTHAUS L. Motivation for smoking cessation among pregnant women. *Psychology of addictive behaviors*, 2001, n°15, p.126-132

<sup>123</sup> GODIN G., LEPAGE L. Understanding the intentions of pregnant nullipara to not smoke cigarettes after childbirth. *Journal of Drug Education*, 1988, n°18, p. 115-124.

sensibles à la culpabilité que ces échanges peuvent engendrer. De plus, l'efficacité et la faisabilité de telles rencontres doivent être soigneusement examinées.

Peu de fumeuses parviennent à une abstinence définitive à la première ou seconde tentative, et la majorité continue à fumer pendant plusieurs années et traverse des phases de sevrage et de rechute avant de parvenir à un arrêt définitif. Le système de soins ambulatoire doit être développé pour traiter la dépendance au tabac sur un laps de temps plus important. La reconnaissance de la nature chronique du problème et la mise en oeuvre de systèmes de prise en charge sur le long terme sont nécessaires pour permettre aux patientes d'atteindre l'objectif de l'abstinence totale<sup>124</sup>.

Les visites de professionnels et le suivi à domicile de femmes en difficulté pendant la grossesse et durant la petite enfance sont aussi des méthodes qui ont démontré leur efficacité.

De plus, le programme devrait comprendre un volet d'intervention visant spécifiquement le **conjoint fumeur**, tandis que le conjoint non fumeur devrait être activement impliqué afin de soutenir la mère.

Des études suggèrent que les interventions seraient plus efficaces si elles incluaient des stratégies visant à accroître le taux d'allaitement maternel et à accompagner les autres membres du foyer vers une démarche de sevrage tabagique<sup>125</sup>

Les manuels d'aide à la cessation semblent également être un adjuvant efficace, quoiqu'une emphase sur les effets négatifs sur la santé de l'enfant ne semble pas avoir d'impact lorsque ces informations sont présentées sans méthode de cessation spécifique et individualisée.

Le **conseil téléphonique** est une méthode pouvant s'avérer efficace dans l'aide à l'arrêt du tabac qui permettrait aux femmes enceintes de bénéficier facilement d'un accompagnement plus intensif pour arrêter de fumer.<sup>126</sup>

Il se révèle efficace chez les fumeuses légères et les femmes ayant essayé d'arrêter de fumer pendant leur grossesse sans toutefois qu'une différence significative n'ait été relevée entre ce mode d'intervention et le conseil minimal<sup>127</sup>.

Ainsi, une multitude d'incitatifs à terminer le programme d'intervention devraient être mis en place, particulièrement si les participantes proviennent d'un milieu très défavorisé au plan socioéconomique<sup>128</sup>.

---

<sup>124</sup> BUCHANAN L. Implementing a smoking cessation program for pregnant women based on current clinical practice guidelines. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 06/2002, vol. 14, n°6, pp. 243-250

<sup>125</sup> LETOURNEAU A.R., MAZURE C.M., O'MALLEY S. [et al]. Timing and predictors of postpartum return to smoking in a group of inner-city women: An exploratory pilot. *StudyBirth*, 09/2007, vol.34, n°3, pp. 245-252

<sup>126</sup> RIGOTTI N.A., PARK E.R., REGAN S. [et al.] Efficacy of telephone counseling for pregnant smokers: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2006, vol.1, n°108, p.83-92.

<sup>127</sup> LAWRENCE T., AVEYARD P., EVANS O. A cluster randomized controlled trial of smoking cessation in pregnant women comparing interventions based on the transtheoretical (stages of change) model to standard care. *Tobacco Control*, 2003, n°12, p. 168-77.

<sup>128</sup> Ibid. Voir note n°135

## Recommandations

La compréhension des facteurs exposant les jeunes et les femmes à développer une dépendance au tabac permet de proposer des mesures de prévention, qui seront différentes chez la jeune fille et chez la femme dans un contexte de grossesse.<sup>129</sup>

### - Jeunes femmes

Il convient de continuer à informer les adolescentes sur le tabac et ses méfaits, ainsi que sur la manipulation dont elles font l'objet. L'image d'une femme active, sans tabac, plus libre, plus nature, plus en forme et capable de faire des choix doit être valorisée. Les différents médias utilisés par les jeunes sont des moyens à utiliser avec l'aide de professionnels de la communication et de l'éducation à la santé : les messages doivent faire l'objet de validations préalables auprès de la population ciblée. Les actions en milieu scolaire (des écoles aux universités) doivent s'intégrer dans un projet communautaire, sur de longues périodes, impliquant un cadre éducatif formé et le groupe de pairs. Les valeurs à renforcer sont l'estime de soi, l'affirmation des compétences personnelles et des différences, le respect de l'autre et de soi. Le repérage précoce des facteurs de vulnérabilité psychosociale à cet âge est indispensable, pour orientation et prise en charge dans des structures d'accueil et de soin. Enfin, des accompagnements au sevrage, utilisant le groupe et l'individuel, tenant compte du stade de maturation à l'arrêt, doivent être proposés et opérés par des professionnels formés et travaillant en réseau.<sup>130</sup>

### - Femmes

Toutes les jeunes filles et jeunes femmes devraient se voir proposer un sevrage tabagique et si besoin, un accompagnement : par des médecins généralistes, des pharmaciens, des gynécologues, des structures de Planning Familial, des services de médecine universitaire, de santé scolaire.

Cela passe par :

- une formation des professionnels à l'abord de la jeune fumeuse et au sevrage ;
- une signalisation en salle d'attente des professionnels formés ;
- une indication des adresses de structures d'aide au sevrage.

Le conseil minimal ne devrait déboucher sur un accompagnement de sevrage, que si ce dernier est choisi par la jeune femme. En effet, arrêter le tabac avant la grossesse permet la meilleure protection de l'enfant, mais surtout permet à la femme de développer et d'intégrer au mieux une motivation interne, et de décider d'elle-même, pour elle-même, ainsi que pour ses enfants à venir. Or, une meilleure motivation a toutes les chances d'être plus efficace pour un maintien dans l'abstinence en cours de grossesse et à la naissance de l'enfant. Le conseil minimal devrait être utilisé lors de toute rencontre avec une femme fumeuse en âge d'avoir un enfant : prescription de la contraception chez une fumeuse, réalisation des frottis de dépistage, etc.<sup>131</sup>

---

<sup>129</sup> ERRARD-LALANDE G., HALIMI A. Quelles sont les mesures susceptibles de réduire le nombre d'adolescentes et de femmes fumeuses ? *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol. 34, hors série n° 1, pp. 3S303-3S317.

<sup>130</sup> Ibid. (voir note n°105)

<sup>131</sup> Ibid. (voir note n°105)

## - Femmes enceintes

La grossesse est une opportunité pour proposer une approche du tabagisme, en tenant compte des fragilités particulières dans cette période de maturation, et du contexte général de vie des femmes. <sup>132</sup>

Continuer d'**informer de façon non culpabilisante** est capital, en utilisant des messages travaillés avec la collaboration des femmes. La **formation des professionnels** de santé à l'abord de la fumeuse et de la dépendance doit se généraliser. Le **conseil minimal** doit être répété, ainsi que les propositions d'arrêt tenant compte du stade de maturation personnel de la femme et de sa motivation.

Il importe de reconnaître que la motivation est un facteur dynamique qui évolue dans le temps, de considérer le degré de confiance des femmes en leur capacité de faire ces changements et de faire face aux situations difficiles et de faire en sorte que les interventions soient adaptées au stade de changement où se situent les femmes.

Le fait de donner des informations sur la consommation de tabac à une femme enceinte, sur les effets bénéfiques d'un arrêt du tabac, sur les moyens d'y parvenir, améliore la prévalence du tabagisme chez les parturientes, avec un effet positif après la naissance (jusqu'à 2 ans en post-partum, surtout chez les femmes ayant un Fagerström bas). Cette information sur les effets positifs de l'arrêt doit être fournie par des professionnels formés<sup>133</sup>

L'usage de l'**analyseur de monoxyde de carbone** par les professionnels doit devenir habituel.

Le **repérage** des facteurs pronostics et des difficultés éventuelles de la femme doit être **précoces**, si possible avant la grossesse, sinon pendant, afin de proposer un soutien adapté et pluridisciplinaire en tenant compte de leur motivation à l'arrêt, des freins possibles et de leur stade de maturation à l'arrêt<sup>134</sup>. L'adaptation du discours à ces éléments est capitale, et résulte d'une formation minimale des personnels rencontrés par les femmes

Un **tissu pluridisciplinaire compétent** sera efficace auprès des femmes, tant dans des maternités sans tabac, que chez les professionnels libéraux et sur le territoire de vie réel de la femme. On peut ainsi miser sur le rôle central que peuvent jouer les **infirmières** ou les **intervenants en périnatalité**. Les femmes enceintes qui ont cessé de fumer pendant la grossesse ont plus de probabilités de demeurer abstinentes trois et six mois suivant l'accouchement lorsqu'un soutien, de faible intensité et utilisant les principes de l'approche motivationnelle, est offert par une infirmière pendant la grossesse et jusqu'à deux mois suivant l'accouchement<sup>135</sup>

Différentes études ont montré que les femmes enceintes fumeuses vivent très bien le fait qu'une sage femme leur parle de leur consommation de tabac, si pour autant cela est abordé en tenant compte du stade de maturation à l'arrêt. La **sage femme** est donc un professionnel de santé sur lequel s'appuyer dans les actions choisies pour la prévention du tabagisme pendant la grossesse<sup>136 137</sup>

Les **approches individuelles**, soutenues dans le temps, sont préférables aux approches de groupe, et le **conjoint** doit être largement impliqué dans le même temps. Il s'agit de cibler également les conjoints et leurs réseaux sociaux : déterminer comment utiliser le

<sup>132</sup> FRENCH G.M., GRONER J.A., WEWERS M.E. [et al]. Staying smoke free: an intervention to prevent postpartum relapse. *Nicotine and Tobacco Research*, 2007, n°9, vol.6, p. 663-670.

<sup>133</sup> BLANCHON B., PARMENTIER M., DAUTZENBERG B. Smoking and pregnancy: survey among women enrolled in an independant worker insurance program. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 2004, n°33, pp. 21-29.

<sup>134</sup> MULLEN P.D. Maternal smoking during pregnancy and evidence based intervention to promote cessation. *Primary Care*, 1999, n° 26, p. 577-589.

<sup>135</sup> Ibid. (voir note n°147)

<sup>136</sup> PULLON S., LCLEOD D., BENN C. The midwife's role in facilitating smoking behavior change during pregnancy. *Midwifery*, 2003, n°19, p. 285-297.

<sup>137</sup> DE VRIES H., BAKKER M., MULLEN P.D. The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Education Counselling*, 2006 n°63, p. 177-187.

soutien des partenaires, de la famille et des amis et éviter de ne cibler que les femmes enceintes<sup>138</sup>. Certaines études démontrent que le fait d'avoir un partenaire fumeur est associé non seulement au maintien de l'usage du tabac pendant la grossesse, mais également à la rechute suite à l'accouchement.<sup>139 140</sup>

Il convient de continuer à suivre et aider les femmes ayant arrêté le tabac pendant la grossesse, et ce pendant au moins 6 mois<sup>141</sup>, notamment les femmes ayant arrêté à l'annonce du diagnostic de grossesse, qui effectue un arrêt temporaire, et chez qui, une reprise à la naissance est très probable : il s'agit alors de poursuivre l'accompagnement à la motivation personnelle (se sevrer pour soi et non seulement pour l'enfant)<sup>142</sup>

L'aide au sevrage, essentiellement psychologique, doit être complétée par les traitements médicamenteux nicotiques chez la femme très dépendante, selon des protocoles à redéfinir par des études plus poussées. Toutes ces mesures sont à poursuivre au moins six mois après la naissance de l'enfant, que la femme ait ou non cessé de fumer au cours de la grossesse.<sup>72</sup>

Puisque les femmes qui cessent de fumer avant la grossesse ou très tôt pendant la grossesse peuvent protéger leur fœtus de plusieurs conséquences néfastes<sup>143</sup> et qu'il s'agit d'une période où elles ont accès à des services médicaux de façon régulière, il apparaît pertinent de poursuivre les interventions qui visent la cessation tabagique chez elles.

## **L'essentiel des recommandations de la conférence de consensus grossesse et tabac**

Cette conférence de consensus s'inscrit dans la mesure 10 du Plan cancer 2003-2007 qui visait à lutter contre le tabagisme passif.

- modalités de prise en charge avant la grossesse :

Éviter que les femmes n'entrent dans le tabagisme par des actions de prévention, en préadolescence, surtout à l'adolescence, en milieu scolaire, parascolaire et familial.

- modalités de prise en charge pendant la grossesse :

L'arrêt du tabac doit intervenir de préférence avant la conception, sinon le plus tôt possible pendant la grossesse.

Un arrêt total est recommandé, car la diminution du tabagisme maternel n'est pas suffisante pour prévenir l'apparition de complications maternelles, fœtales ou néonatales pendant la grossesse ou au décours de l'accouchement.

La prise en charge proposée de l'arrêt du tabac doit être personnalisée, avec des approches psychologiques et comportementales ; un traitement substitutif nicotinique pourra être prescrit à tout moment mais le Bupropion est actuellement déconseillé chez la femme enceinte ou allaitante.

<sup>138</sup> THOMPSON K.A., PARAHOO K.P., MCCURRY [et al] Women's perceptions of support from partners, family members and close friends for smoking cessation during pregnancy – combining quantitative and qualitative findings ». *Health Education Research*, 2004, vol.1, n°19, pp. 29-39.

<sup>139</sup> VILLALBI, J.R., SALVADOR J., CANO-SERRAL G. [et al]. Maternal smoking, social class and outcomes of pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007, n°21, vol.5, p. 441-447.

<sup>140</sup> LELONG N., KAMINSKI M., SAUREL-CUBIZOLLES M.J. [et al]. Postpartum return to smoking among usual smokers who quit during pregnancy. *European Journal of Public Health*, 2001, n°11, vol.3, p.334-339.

<sup>141</sup> DICLEMENTE C.C., DOLAN-MULLEN P., WINDSOR R.A. The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tobacco Control*, 2000, n° 9, p. III 16-21.

<sup>142</sup> PANJARO M., BELL R.J., ASTBURY J. Women who spontaneously quit smoking in early pregnancy. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 1997, n° 37, pp.271-8.

<sup>143</sup> BLOCH M. Le tabac tue les femmes : connaissances actuelles sur les effets indésirables du tabagisme sur la santé ». In GREAVES L., JATEGAONKAR N. SANCHEZ S. Pour tourner la page : les femmes, le tabac et l'avenir. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes de Colombie-Britannique et International Network of Women against Tobacco, 2006



Elle propose également des mesures de santé publique. Notamment, parmi les mesures d'aide aux femmes enceintes fumeuses, il est recommandé que l'accès à une consultation multidisciplinaire d'aide à l'arrêt du tabac soit gratuit, si possible dans les maternités même<sup>144</sup>.

### - Femmes précaires

S'assurer que les messages de santé publique soient sensibles aux réalités sociales et économiques des femmes et évitent de porter un jugement sur celles-ci. Il serait pertinent que ces messages puissent cibler les sous-groupes les plus vulnérables, tels que les femmes provenant de milieux socio-économiques défavorisés et les jeunes mères. Également, il faut s'assurer que l'accent soit mis non seulement sur la santé du fœtus mais également sur la santé de la femme elle-même.<sup>145</sup>

### - Professionnels de santé

Revoir les stratégies avec les professionnels de la santé à l'égard de l'ensemble des prescriptions et interdits : développer des stratégies et outiller les professionnels afin que les multiples conseils donnés aux femmes enceintes sur ce qu'elles doivent éviter ne prennent pas la forme d'interdits et de contraintes générant du stress et un risque de marginalisation. Ces conseils concernent des habitudes de vie, telles que l'alimentation, l'exercice physique, la consommation d'alcool et bien sûr, le tabagisme.

Parmi les mesures de la conférence de consensus concernant les professionnels de santé, il est nécessaire d'inclure un enseignement de tabacologie dans les cursus initiaux et de formation continue, de prendre en compte le tabagisme pour l'agrément des assistantes maternelles, et de faire prendre conscience aux professionnels de santé de leur exemplarité en matière de tabagisme<sup>146</sup>.

### - Femmes allaitantes

Il y a consensus des études qui démontrent presque unanimement que les mères fumeuses font partie d'une population dite vulnérable et choisissent donc moins l'allaitement comme mode d'alimentation de leur bébé. Lorsque les mères fumeuses décident d'allaiter, elles sèvent aussi plus rapidement. Les efforts en santé publique doivent être centrés sur cette population vulnérable à la fois au niveau de la cessation tabagique que de la promotion de l'allaitement.

Chez les mères qui sont incapables de cesser de fumer, on doit favoriser l'allaitement et ce, en dépit du tabagisme.

Les interventions individuelles et de groupe ainsi que les approches populationnelles doivent également favoriser des choix de santé : l'allaitement en dépit du tabagisme et le soutien concret des femmes qui désirent cesser de fumer. L'utilisation des substituts nicotiques chez la femme allaitante, quoique recommandée en France, ne fait pas l'unanimité ailleurs, notamment au Québec. La question reste entière en ce qui concerne l'utilisation des substituts nicotiques sur une plus longue durée que les trois mois recommandés ; leur innocuité durant l'allaitement a été peu étudiée.

Par ailleurs, l'allaitement chez la femme fumeuse doit aussi faire l'objet de recherches, entre autres sur les conséquences de l'allaitement chez les mamans fumeuses et leur

<sup>144</sup> ANAES, ALLIANCE CONTRE LE TABAC, APPRI, LIGUE CONTRE LE CANCER, HOPITAL SANS TABAC. Conférence de consensus : texte des recommandations. Lille, 7 et 8 octobre 2004

<sup>145</sup> GREAVES L., CORMIER R. DEVRIES [et al]. Le renoncement au tabac et la grossesse : un examen des pratiques exemplaires de renoncement au tabac conçues pour les filles et les femmes pendant la grossesse et la période postnatale. Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2003

<sup>146</sup> Ibid. (voir note n°159)

bébé, sur la nocivité de la fumée secondaire comparée au tabagisme maternel durant l'allaitement, sur l'utilisation de substituts nicotiques chez les mères allaitantes, sur l'efficacité d'interventions auprès de ces populations vulnérables.<sup>147</sup>

---

<sup>147</sup> LEPAGE M. DUMAS L. RENAUD L. Lutter contre le tabac et promouvoir l'allaitement au Québec : un défi. *Santé publique*, 2005, vol. 17, n° 4, pp. 637-648

## Conclusion

En France, l'épidémie liée au tabagisme féminin n'en est qu'à ses débuts, ce dernier ne s'étant réellement développé qu'à partir des années 60. D'ici 30 ans la mortalité attribuable au cancer bronchique pourrait dépasser celle attribuable au cancer du sein.

Un enfant sur cinq est exposé in utero au tabagisme de sa mère, la France ayant la plus grande proportion de fumeuses parmi les femmes enceintes en Europe (en 2004). Les conséquences néfastes du tabagisme sur le bon déroulement de la grossesse et sur le nourrisson sont nombreuses.

Le tabagisme féminin se caractérise par une plus grande difficulté à l'arrêt, et un impact plus important sur la durée de vie que le niveau socio-économique.

De nombreuses actions sont développées au niveau national (plans cancer, campagnes de prévention, interdictions de la publicité, etc.) et au niveau local (maternités sans tabac, etc.).

## Bibliographie

(par ordre d'apparition dans le texte)

1. INPES, INCa, OFDT. Rapport national ITC France. Paris : INPES, 2009.
2. INPES. Baromètre santé 2005 : premiers résultats. Saint Denis : INPES, 2006, 170 p.
3. Ibid. (voir note n°2)
4. Ibid. (voir note n°2)
5. ODDOUX K., PERETTI-WATTEL P., BAUDIER F. Tabac in Baromètre santé 2000 : résultats. Vanves : CFES, 2001.
6. HIBELL B., ANDERSSON B., BJARNASSON T. [et al.]. The Espad Report 2003. Stockholm : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2004, 450 p.
7. ORS de Bourgogne. Connaissances et comportements des femmes enceintes en matière de nutrition, tabac et alcool. Dijon : ORS Bourgogne, 09/2009, 67 p.
8. Ibid. (voir note n°7)
9. Ibid. (voir note n°7)
10. ORS BOURGOGNE, CIRDD BOURGOGNE. Les addictions en Bourgogne. Dijon : ORS Bourgogne, 2008.
11. BETTINGER B. Protection Maternelle et Infantile et prévention des conduites d'abus et de dépendances (d'après une enquête réalisée auprès des femmes enceintes du Châtillonnais sur leur consommation de Tabac/Alcool et autres substances psycho-actives pendant leur grossesse). Mémoire du Diplôme d'Études Universitaires « Conduites d'Abus et de Dépendances ». Faculté de Médecine de Dijon, 2006.
12. HILL C. Le tabagisme des femmes. *Revue de Pneumologie Clinique*, 1999, n° 55, p. 283-289.
13. INSERM. Tabac : comprendre la dépendance pour agir [en ligne]. Paris : INSERM, 2004, 488 p. Disponible sur : <<http://ist.inserm.fr/basisrapports/tabac2/>> (consulté le 08/07/09).
14. JAMIN C. La pilule et le tabac : JTA [en ligne], 01/2003. Disponible sur : <<http://www.gyneweb.fr/Sources/contraception/pilule-tabac.htm>> (consulté le 08/07/09).
15. SEPANIAK S., FORGES T., MONNIER-BARBARINO P. Tabac et fertilité chez l'homme et la femme. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2006, n°34, p. 945-949.
16. FRIED P. A. Incidences de l'usage du tabac pendant la grossesse sur le développement de l'enfant. In Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 2002. Disponible sur : <<http://www.enfant-encyclopedie.com/fr-ca/accueil.html>> (consulté en novembre 2008)
17. LITTLE L.R., PETERSON D.R. Sudden infant death syndrome epidemiology: a review and update. *Epidemiologic Reviews*, 1990, n°12.
18. Ibid. (voir note n°16)
19. INPES. Grossesse et tabac [en ligne]. Disponible sur : <<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/626.pdf>> (consulté en janvier 2010)
20. SLAMA K., GREMY I. Quelles sont les données épidémiologiques concernant le tabagisme maternel et l'allaitement maternel ? *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, n°34 HS1, p. 3S67-3S73
21. LISTON J. *Le coin du prescripteur*, 1998, vol. 6 n°2. (Dossiers de l'allaitement N° 43)
22. Ibid. (voir note n°7).
23. PERRIOT J. Tabagisme maternel et paternel : l'excès de risque lié au tabagisme chez la femme enceinte. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol. 34 (Hors série n° 1), p. 3S95-3S100.
24. LAW, K.L., STROUD, L.R., LAGASSE, L.L. Smoking during pregnancy and newborn neurobehavior. *Pediatrics*, 2003, n°111, p.1318-1323.

25. LIEBERMAN, E., GREMY, I., LANG, J.M. Low birthweight at term and the timing of fetal exposure to maternal smoking. *American Journal of Public Health*, n°84, 1994, p.1127- 1131.
26. DAUPHIN, GENDREAU P.L. Grossesse et tabac : pourquoi et comment faut-il intervenir? *Revue de psychoéducation*, Vol. 33, n° 2, 2004, p. 381 - 412
27. LAROQUE B. L'exposition prénatale au tabagisme retentit-elle sur le développement cognitif et le comportement de l'enfant ? Exposition prénatale au tabac et développement cognitif : études épidémiologiques. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 2003, n° 32 (Suppl 1)p.1S23-1S29.
28. DAUTZENBERG M.D. Perturbations des examens biologiques liés au tabagisme chez la femme enceinte, une porte d'entrée pour parler du tabac : le point de vue d'un biologiste clinicien. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 34, 2005.
29. DURAND B. Troubles psychiatriques de la grossesse et du postpartum. *Revue du Praticien*, 2001, n°51, p. 1259-1264.
30. CHU S.H., VALBO A. Depression and smoking during pregnancy. *Addictive Behaviors*, 2002, n°27, p.649-58.
31. FERRERI M., FERRERI F., NUSS P. La dépression au féminin. Paris : John Libbey Eurotext, 2003.
32. GERARDIN P., RIVIERE V., THIBAUT F. Dépressions maternelles et développement de l'enfant. *Acta Medica Interna Psychiatrie*, 2003, n° 20, p.8-11.
33. Ibid. (voir note n°16)
34. KOREN G., NULMAN I., CHUDLEY A. Fetal alcohol spectrum disorder. *Canadian Medical Association journal*, 2003, n° 169, p. 1181-1185
35. COURNOT M.P., ASSARI-MERABTENE F., VAUZELLE-GARDIER C. Quels sont les risques d'embryo-fœtopathie liés à l'exposition au tabagisme pendant la grossesse ? *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 04/2005, vol 34, Hors série, p. 124-129
36. LITTLE J. Congenital anomalies and smoking. London : United Kingdom Department of Health, 2003.
37. VAN DEN EEDEN SK, KARAGAS MR, DAILING JR. A case-control study of maternal smoking and congenital malformations. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 1990, n°4, p. 147-155
38. HONEIN MA, PAULOZZI LJ, WATKINS ML. Maternal smoking and birth defects : validity of birth certificate data for effect estimation. *Public Health Reports*, 2001, n°166, p. 327-335
39. STOCKS J, DEZATEUX C. The effects of parental smoking on lung function and development during infancy. *Respirology*, 2003, n° 8, p.266-85.
40. Ibid (voir note n°17)
41. Ibid. (voir note n°16)
42. Ibid. (voir note n°19)
43. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, 2001, vol. 3, n° 108, p. 776-89.
44. AMIR LH, DONATH SM. Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? The epidemiological evidence. *Birth*, 2002, vol.2, n° 29, p. 112-23.
45. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL CENTRE. La prévention et l'abandon du tabagisme. Montréal: Lignes directrices, 1999.
46. VIO F, SALAZAR G, INFANTE C. Smoking during pregnancy and lactation and its effects on breast-milk volume. *Am J Clin Nutr* 1991, n° 54, pp. 1011-1016.
47. HOPKINSON JM, SCHANLER RJ, FRALEY JK. Milk production by mothers of premature infants: influence of cigarette smoking. *Pediatrics*, 1992, vol. 90, n°6, pp. 934-938.
48. Ibid. (voir note n°46)
49. AMIR LH. Maternal smoking and reduced duration of breastfeeding: a review of possible mechanisms. *Early human development*, 2001, n° 64, p. 45-67.
50. LEPAGE MC, DORE N, CARIGNAN G. Étude sur l'alimentation du nourrisson et sur l'utilité des services en périnatalité pour la pratique de l'allaitement. Québec : Régie

régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec, Direction de la santé publique, 2000.

51. Ibid. (voir note n°1)

52. Ibid. (voir note n°41)

53. Ibid. (voir note n°1).

54. ETILE F. Les politiques publiques de prévention du tabagisme face à l'hétérogénéité des agents. *Revue économique*, vol. 5, n° 55, 09/2004, p. 947-972

55. KOPP P. FENOGLIO P. PAREL V. Le coût social de l'alcool, du tabac et des drogues illicites en 2000. *Actualités et Dossiers en Santé Publique*, n°55, 2006, p. 69-74

56. Ibid. (voir note n°7)

57. GUYON L, AUDET C, APRIL N. Tabagisme et grossesse : représentations sociales chez des mères québécoises. Centre québécois de documentation en toxicomanie, Montréal, CANADA (2002)

58. SLEDZIEWSKI E. L'image du tabagisme féminin en France in Grossesse et tabac, conférence de consensus, Lille, France, 2004.

59. Ibid. (voir note n°1)

60. LEWIT E.M., COATE D., GROSSMAN M. The effects of government regulation on teenage smoking. *Journal of Law and Economics*, 12/1981, n°12, pp. 545-569.

61. NATIONAL CANCER INSTITUTE. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. *Tobacco Control Monograph*, 06/2008, n°19

62. GALLOPEL-MORVAN K. Comment réaliser des communications publicitaires efficaces?, in GALLOPEL-MORVAN K., BIRAMBEAU P., LARCENEUX F., RIEUNIER S. « *Le marketing et la communication des associations* ». Dunod : 2008, pp. 177-210.

63. WAKEFIELD M., FREEMAN J., DONOVAN R. Recall and response of smokers and recent quitters to the Australian National Tobacco Campaign. *Tobacco Control*, 2003, n°12(Supplement 2 ), pp. 15-22.

64. SLY D.F., HEALD G.R., RAY S. The Florida "truth" anti-tobacco media evaluation: design, first year results, and implications for planning future state media evaluations. *Tobacco Control*, 2001, n°10, pp.9-15

65. PECHMANN C. Does anti-smoking advertising combat underage smoking? A review of past practices and research. In GOLDBERG M.E., FISHBEIN M., MIDDLESTADT SE. *Social marketing, Theoretical and practical perspectives*. SL : Lawrence Erlbaum Associates, 1997, pp. 189-216

66. INPES. Programme de prévention du tabagisme 2003-2004. Saint Denis : INPES, 2003, 35 p.

67. ENSP. Le tabagisme féminin, priorité de santé publique. Mémoire ENSP du Module Interprofessionnel de Santé Publique. (M.I.P.), 2000, 31 p.

68. MINISTERE DE LA SANTE. Plan triennal de lutte contre le tabagisme. 05/1999

69. INPES. Zone non fumeuse : communiqué de presse. 10/2000 [en ligne] <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/00/CP001013.htm#top>

70. INPES. Prévention du tabagisme : dispositif de communication 2001. Vanves : INPES, 27/03/2001, 4p.

71. INPES. Journée mondiale sans tabac : dossier de presse. 05/2009 [en ligne] <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/09/dp090531.pdf>

72. INPES. Femmes sans tabac : le magazine féminin gratuit qui aide à arrêter de fumer. 2005 [en ligne] <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/05/cp050308.asp>

73. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Actualités [en ligne] <http://www.sante-sports.gouv.fr/actualite-presse/presse-sante/discours/conference-presse-sante-femmes-discours-roselyne-bachelot-narquin.html>

74. APPRI-MATERNITE SANS TABAC, ASSOCIATION NATIONALE DES SAGES-FEMMES TABACOLOGUES, FAMILY SERVICE Lancement de la 1<sup>ère</sup> grande campagne d'information et de sensibilisation « Grossesse et tabac : en finir avec les idées reçues » : dossier de presse. 24/03/2009, 9 p.

75. FONDATION CONTRE LES AFFECTIONS RESPIRATOIRES ET POUR L'EDUCATION A LA SANTE ASBL, Section tabac. Historique des campagnes de prévention du tabagisme de 1983 à 2001. [En ligne]

<http://www.fares.be/documents/Historiquecampagneprevention.PDF>



76. DEBENEDETTI S. Efficacité des avertissements sanitaires dans la lutte contre le tabagisme : synthèse théorique et résultat d'une enquête qualitative. In « Actes du XX<sup>e</sup> congrès de l'AFM », 6 et 7/05/2004, Saint Malo, 30 p.
77. GALLOPEL-MORVAN K. Les avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes : quelle efficacité dans la lutte contre le tabagisme ? *BEH*, 27/05/2008, n°21-22, p.201-204
78. Ibid. (voir note n°1)
79. GALLOPEL-MORVAN K. Peur et persuasion sociale : état de l'art, limites et voies de recherche. *Recherches et Application en Marketing*, 2006, n° 21, p. 41-60.
80. Ibid. (voir note n°77)
81. CNCT. Les avertissements sanitaires visuels sur les paquets de cigarettes sont plus efficaces pour prévenir le tabagisme des jeunes. [En ligne]. Disponible sur [http://www.cnct.org/site/article.php3?id\\_article=748](http://www.cnct.org/site/article.php3?id_article=748) (consulté en janvier 2010)
82. GALLOPEL-MORVAN K. Les avertissements sanitaires et les paquets génériques : quelle efficacité en France ? Paris : INCA, 2008
83. GALLOPEL-MORVAN K, RIEUNIER S, DION D [et al.]. Impact des avertissements sanitaires dans la lutte contre le tabagisme : synthèse théorique et résultats d'une étude qualitative. *Revue Française du Marketing*, 2006, n°26, p.7-25.
84. THE GUIDE TO COMMUNITY-PREVENTIVE SERVICES. The effectiveness of mass media campaigns to reduce initiation of tobacco use and to increase cessation [en ligne] 01/2003. Disponible sur <http://www.thecommunityguide.org/tobacco/tobac-int-mass-media.pdf> (consulté en janvier 2010)
85. EMERY, S. [et al.] Televised state-sponsored anti-tobacco advertising and youth smoking beliefs and behavior in the United states, 1999-2000. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 07/2005.
86. DEPARTMENT OF HEALTH ENGLAND [en ligne]. Disponible sur <http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>
87. BIENER L., REIMER R., WAKEFIELD M., [et al.] Impact of smoking cessation aids and mass media among recent quitters. *American Journal of Preventive Medicine*, 03/2006, vol. 30, n° 3, p. 217-224.
88. HYLAND, A. Anti-tobacco television advertising and indicators of smoking cessation in adults: a cohort study. *Health Education Research*, 06/2006, n° 1
89. HODGSON T.A. Cigarette smoking and lifetime medical expenditures. *The Millbank Quarterly*, 1992, n°70, vol. 1
90. STEVENS W, THOROGOOD M, KAYIKKI S. Cost-effectiveness of a community anti-smoking campaign targeted at a high risk group in London. *Health Promotion International*, 2002, n°17, vol.1, p.43-50
91. SECKER-WALKER R.H., WORDEN J.K., HOLLAND R.R. A mass media programme to prevent smoking among adolescents: costs and cost effectiveness. *Tobacco Control*, 1997, n°6, p.207-12
92. TOBACCO FREE CENTER. De l'efficacité des campagnes de sensibilisation du public. 11/2007, 8 p.
93. Ibid. (voir note n°92)
94. SCHAR E., GUTIERREZ K. Smoking cessation media campaigns from around the world: recommendations from lessons learned. Genève : CDC, OMS, 2001 [en ligne] Disponible sur <http://www.euro.who.int/document/e74523.pdf> (consulté en janvier 2010)
95. VARTUAUNEN E., PAAVOLA M. [et al.] Fifteen-year follow-up of smoking prevention effects in the north karelia youth project. *American Journal of public health*, 1998, n°88, p.81-85
96. SIEGEL M. Mass Media antismoking campaigns: a powerful tool for health promotion. *Annals of internal medicine*, n°129, 1998, p.128-132
97. SCHAR E., GUTIERREZ K., MURPHY-HOEFER. Tobacco use prevention media campaigns: lessons learned from youth in nine countries. Atlanta : Centers for disease control and prevention, National center for chronic disease prevention and health promotion, Office on Smoking and Health, 2006 [en ligne]. Disponible sur [http://www.cdc.gov/tobacco/youth/00\\_pdfs/YouthMedia.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/youth/00_pdfs/YouthMedia.pdf).(consulté en janvier 2010)

98. Overview of evidence-based recommendations based on lessons learned from international literature review and unpublished data synthesis. In : « Global dialogue for effective stop smoking campaigns », 2006 [en ligne]. Disponible sur <http://www.stopsmokingcampaigns.org/uploads/OverviewofEvidence.pdf> (consulté en janvier 2010)
99. FELTRACCO A, GUTIERREZ K. Campaign development tool kit: an international guide for planning and implementing stop smoking campaigns. In : « Global Dialogue for Effective Stop Smoking Campaign », 2007.
100. DNF. Observatoire de la législation française sur le tabac [Cd-rom]. Paris : DNF, 03/2009
101. Ibid. (voir note n°1)
102. GOMEZ C. Maternité sans tabac : quelle démarche ? *Vocation sage-femme*, 09/2005, n°34, p. 21-25
103. APPRI. Maternités sans tabac en France [en ligne]. Disponible sur <http://www.appri.asso.fr/grand-public/actualite/maternites-sans-tabac> (consulté en juin 2010)
104. GEORGIEU S. Aide au sevrage tabagique : expériences françaises. *Profession sage-femme*, 03/2007, n°133, p. 31-34
105. BOURGIN D. Mise en place d'une action de prévention tabagique vers les femmes enceintes au sein d'une maternité. In « Grossesses et addictions : mieux connaître pour prévenir ». Journées des étudiants cadres sages-femmes, 4 - 7 juin 2002, Dijon
106. DELMAS C. Tabac et grossesse. *Vocation sage-femme*, 01/2005, n°28, p. 17-18
107. BOUYSET M.F. La femme enceinte et la désaccoutumance tabagique. Marseille : Solal, 2000. (Collection Sage femme)
108. BOUYSET MF. L'accueil « Grossesse tabac stop » à l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris. *Education du patient et enjeux de santé*, 2004, vol.22, n°2, pp 53-55.
109. CHIARANDINI RIOU C. Projet de création de consultations d'aide au sevrage tabagique en maternité. D.E. de sage-femme. Dijon : Ecole de cadres sages-femmes, 2002, 115 p.
110. MOLENAAR A.M. Le centre périnatal de Tonnerre. *Tab'agir infos*, 2006, n°12, pp 1-2
111. In : Prévention du tabagisme : agir au plus près des populations. Actes du colloque organisé par l'INPES. Vendredi 8 décembre 2006. p 23-27.
112. INPES. *Tabac actualités*, 05/2003, n°37
113. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (US). Youth violence. [en ligne] Disponible sur [www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence](http://www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence) (consulté en janvier 2010)
114. DOMITROVICH C.E. WELSCH J.A. Developmental models for interventions to prevent conduct problems in : MOSER R.S., FRANTZ C.E. *Shocking violence : youth perpetrators and victims. A multidisciplinary perspective*, Charles C. Thomas, Springfield, IL, 2000 ; p. 125-153.
115. MILDT, Ministère de l'éducation nationale. Prévention des conduites addictives. Paris : CNDP, 2006, 83 p.
116. GREENBERG M.T., DOMITROVITCH C.E., BUMBARGER B. The prevention of mental disorders in school-aged children : current state of the field. *Prevention & Treatment*, 2001, n° 4, p. 1-52.
117. CHOU C. [et al]. Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health*, 1998, n° 88, p. 944-948
118. DOMITROVICH C.E. WELSCH J.A. Developmental models for interventions to prevent conduct problems
119. BOTVIN G., BAKER E., DUSENBURY L. Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association*, 1995, n° 273, p. 1106-1112.
120. WEBSTER-STRATTON C., TAYLOR T. Nipping early risk factors in the bud : preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prevention Science*, 09/2001, n°3, pp. 165-192

121. SCHEIER L., BOTVIN G., DIAZ T. Social skills, competence, and drug efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 1999, vol. 3, n° 29, p. 251-278.
122. LEMARQUAND D., TREMBLAY R.E., VITARO F. The Prevention of conduct disorder : a review of successful and unsuccessful experiments. In « Conduct disorders in childhood and adolescence ». Cambridge : Cambridge university press, 2000, pp. 449-478
123. Ibid. (voir note n°120)
124. Ibid (voir note n°103)
125. SOCIETE CANADIENNE DU CANCER. Prévention du tabagisme chez les jeunes femmes [en ligne]. Disponible sur <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/tobac-tabac/women-femmes/prevent-fra.php> (consulté en février 2010)
126. KUKLA L., HRUBA D., TYRLIK M. Smoking and damages of reproduction : Evidence of ELSPEC. *Central European Journal of Public Health*, 2001, p.59-63
127. ALBRECHT S.A., HIGGINS L.W., STONE C. Factors relating to pregnant adolescents' decision to complete a smoking cessation programs for pregnant adolescents. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioner*, 1999, pp. 119- 125
128. AARONSON N.K., ERSHOFF D.H., DANAHER B.G. Smoking cessation in pregnancy : A self-help approach. *Addictive behaviors*, 1985, n°10, p.103-108.
129. CAMPION P., OWEN L., MCNEILL A. [et al]. Evaluation of a mass media campaign on smoking and pregnancy. *Addiction*, 1994, n°89, p.1245-1254
130. REITZEL L.R., VIDRINE J.I., LI Y. [et al].() The influence of subjective social status on vulnerability to postpartum smoking among young pregnant women. *American Journal of Public Health*, 2007, n°97, vol.8, p. 1476-1482.
131. LAWSON E.J. The role of smoking in the lives of low-income pregnant adolescents : a field study. *Adolescence*, 1994, n°29, p.61-79.
132. DONOVAN J.W. Randomised controlled trial of anti-smoking advice in pregnancy. *British Journal of Preventive and social medicine*, 1977, n°31, p.6-12
133. BULLOCK, L.F., MEARS, J.L., WOODCOCK, C. Retrospective study of the association of stress and smoking during pregnancy in rural women. *Addictive behaviors*, 2001, n°26, p.405-413.
134. BOYER G., BRODEUR J.-M., THEORET, B [et al]. Etude des effets de la phase prénatale du programme « Naitre égaux, grandir en santé ». Montréal : Direction de la Santé Publique – Régie régionale de la Santé et des services sociaux de Montréal, 2001
135. JOHNSON J.L., RATNER P.A., BOTTORF J.L. [et al]. Prevention of smoking relapse in postpartum women. *Nursing research*, 2000, n°49, p.44-52.
136. GREEN B.L. RODGERS A. Determinants of social support among lowincome mothers: a longitudinal analysis. *American Journal of Community Psychology*, 2001, n°49, p.419-441.
137. CURRY S.J., MCBRIDE C., GROTHAUS L. Motivation for smoking cessation among pregnant women. *Psychology of addictive behaviors*, 2001, n°15, p.126-132
138. GODIN G., LEPAGE L. Understanding the intentions of pregnant nullipara to not smoke cigarettes after childbirth. *Journal of Drug Education*, 1988, n°18, p. 115-124.
139. BUCHANAN L. Implementing a smoking cessation program for pregnant women based on current clinical practice guidelines. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 06/2002, vol. 14, n°6, pp. 243-250
140. LETOURNEAU A.R, MAZURE C. M., O'MALLEY S. [et al]. Timing and predictors of postpartum return to smoking in a group of inner-city women: An exploratory pilot. *StudyBirth*, 09/2007, vol.34, n°3, pp. 245-252
141. RIGOTTI N.A., PARK E.R., REGAN S. [et al.] Efficacy of telephone counseling for pregnant smokers: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 2006, vol.1, n°108, p.83-92.
142. LAWRENCE T., AVEYARD P., EVANS O. A cluster randomized controlled trial of smoking cessation in pregnant women comparing interventions based on the transtheoretical (stages of change) model to standard care. *Tobacco Control*, 2003, n°12, p. 168-77.
143. Ibid. Voir note n°135

144. ERRARD-LALANDE G., HALIMI A. Quelles sont les mesures susceptibles de réduire le nombre d'adolescentes et de femmes fumeuses ? *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2005, vol. 34, hors série n° 1, pp. 3S303-3S317.
145. Ibid 105
146. Ibid 105
147. FRENCH G.M., GRONER J.A., WEWERS M.E. [et al]. Staying smoke free: an intervention to prevent postpartum relapse. *Nicotine and Tobacco Research*, 2007, n°9, vol.6, p. 663-670.
148. BLANCHON B, PARMENTIER M, DAUTZENBERG B. Smoking and pregnancy: survey among women enrolled in an independent worker insurance program. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 2004, n°33, pp. 21-29.
149. MULLEN PD. Maternal smoking during pregnancy and evidence based intervention to promote cessation. *Primary Care*, 1999, n° 26, p. 577-589.
150. Ibid. (voir note n°147)
151. PULLON S, LCLEOD D, BENN C. The midwife's role in facilitating smoking behavior change during pregnancy. *Midwifery*, 2003, n°19, p. 285-297.
152. DE VRIES H., BAKKER M., MULLEN P.D. The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. *Patient Education Counselling*, 2006 n°63, p. 177-187.
153. THOMPSON K.A., PARAHOO K.P., MCCURRY [et al]. Women's perceptions of support from partners, family members and close friends for smoking cessation during pregnancy : combining quantitative and qualitative findings. *Health Education Research*, 2004, vol.1, n°19 pp. 29-39.
154. VILLALBI, J.R., SALVADOR J., CANO-SERRAL G. [et al]. Maternal smoking, social class and outcomes of pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 2007, n°21, vol.5, p. 441-447.
155. LELONG N., KAMINSKI M., SAUREL-CUBIZOLLES M.J. [et al]. Postpartum return to smoking among usual smokers who quit during pregnancy. *European Journal of Public Health*, 2001, n°11, vol.3, p.334-339.
156. DICLEMENTE CC, DOLAN-MULLEN P, WINDSOR RA. The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tobacco Control*, 2000, n° 9, p. III 16-21.
157. PANJARO M, BELL RJ, ASTBURY J. Women who spontaneously quit smoking in early pregnancy. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 1997, n° 37, pp.271-8.
158. BLOCH M. Le tabac tue les femmes : connaissances actuelles sur les effets indésirables du tabagisme sur la santé ». In GREAVES L., JATEGAONKAR N. SANCHEZ S. Pour tourner la page : les femmes, le tabac et l'avenir. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes de Colombie-Britannique et International Network of Women against Tobacco, 2006
159. ANAES, ALLIANCE CONTRE LE TABAC, APPRI, LIGUE CONTRE LE CANCER, HOPITAL SANS TABAC. Conférence de consensus : texte des recommandations. Lille, 7 et 8 octobre 2004
160. GREAVES L., CORMIER R. DEVRIES [et al]. Le renoncement au tabac et la grossesse : un examen des pratiques exemplaires de renoncement au tabac conçues pour les filles et les femmes pendant la grossesse et la période postnatale. Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2003
161. Ibid. (voir note n°159)
162. LEPAGE M. DUMAS L. RENAUD L. Lutter contre le tabac et promouvoir l'allaitement au Québec : un défi. *Santé publique*, 2005, vol. 17, n° 4, pp. 637-648

## Lexique

**Spotting** : Hémorragie génitale de faible abondance survenant de façon inopinée hors de la période de règles

**PMA ou AMP (Procréation médicalement assistée)** : Ensemble de techniques médicales (FIV, IA, ICSI, ...) mises en œuvre pour palier l'infertilité d'un couple.

**FIV (Fécondation In Vitro)**: Technique de PMA désignant la fécondation de l'ovule, - auparavant prélevé sur le corps d'une femme- et fécondé par un spermatozoïde. L'embryon obtenu en éprouvette est ensuite implanté dans la cavité utérine de la mère.

**Cranioschisis** : anomalie majeure qui consiste en la non fermeture du tube (ou de la gouttière) neural pendant le développement fœtal, le cranioschisis est généralement létal (mort de l'embryon avant la naissance)

**Gastroschisis** : Défaut congénital consistant en une importante fissure de la paroi abdominale alors que l'ombilic lui-même est normal ; ce qui provoque une éviscération (MEsH)

**Coping** : ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu.

# **Jeunes femmes et tabac : pistes pour l'action**

Dossier réalisé avec le soutien financier de l'INPES et de l'ARS de Bourgogne

Septembre 2010