

PRISE EN CHARGE DU TABAGISME DES
FEMMES ENCEINTES EN SITUATION DE
PRECARITE

Corinne Signoret
Sage-Femme tabacologue



Introduction

- Le tabagisme touche de plus en plus les femmes en situation de précarité
- L'aide au sevrage est un enjeu majeur de Santé Publique
- Les enfants sont touchés
 - *directement* (intoxication chronique du fœtus au monoxyde de carbone, tabagisme passif)
 - *indirectement* (la part du revenu des familles consacrée à l'achat de cigarettes n'est plus disponible pour l'alimentation, l'éducation ou les dépenses de santé)
- Ne pas stigmatiser les patientes vivant dans la précarité
- Elaborer des stratégies adaptées

Femmes enceintes vues en PMI de 2006 à 2008

| Année | Nombre de femmes vues | Nombre de dossiers exploitables/tabac** | % dossiers exploitables |
|-------|-----------------------|---|-------------------------|
| 2006 | 110 | 52 | 47.2 |
| 2007 | 86 | 66 | 76.7 |
| 2008 | 109 | 62 | 56.8 |
| Total | 305 | 180 (grossesses uniques) | 59 |

Pourcentage de femmes enceintes fumeuses dans les dossiers exploitables

| Année | Nombre de femmes enceintes fumeuses | Nombre de femmes enceintes non-fumeuses | % de femmes enceintes fumeuses |
|-------|-------------------------------------|---|--------------------------------|
| 2006 | 11 | 41 | 21.1 |
| 2007 | 13 | 53 | 19.7 |
| 2008 | 16 | 46 | 25.8 |
| Total | 40 | 140 | 22.2 |

Caractéristiques sociales des populations étudiées

(femmes enceintes fumeuses et femmes enceintes non-fumeuses)

| | Moyenne d'âge | % femmes vivant seules | % femmes rencontrant parfois un travailleur social | % femmes propriétaires de leur logement | % femmes françaises | % femmes étrangères |
|----------------------------|---------------|------------------------|--|---|---------------------|---------------------|
| Femmes non-fumeuses | | | | | | |
| 2006 | 29.7 | 27.3 | 54.5 | 6.8 | 47.7 | 52.3 |
| 2007 | 29.6 | 30.4 | 64.2 | 1.7 | 53.5 | 46.5 |
| 2008 | 28.5 | 41.7 | 70.8 | 2 | 45.8 | 54.2 |
| moyenne | 29.2 | 33.1 | 63.1 | 3.5 | 49 | 51 |
| Femmes fumeuses | | | | | | |
| 2006 | 29.6 | 36.3 | 81.8 | 0 | 72.7 | 27.3 |
| 2007 | 26 | 57.1 | 85.7 | 0 | 100 | 0 |
| 2008 | 27.5 | 68.7 | 81.2 | 0 | 87.5 | 12.5 |
| moyenne | 27.7 | 54 | 82.9 | 0 | 86.7 | 13.3 |

Poids moyen à la naissance

| Poids moyen des nouveau-nés (g) | Mères non-fumeuses | Mères fumeuses |
|---------------------------------|--------------------|----------------|
| 2006 | 3205 | 2900 |
| 2007 | 3083 | 3029 |
| 2008 | 3216 | 2817 |
| Moyenne | 3168 | 2915 |

$\Delta = 253\text{g}$

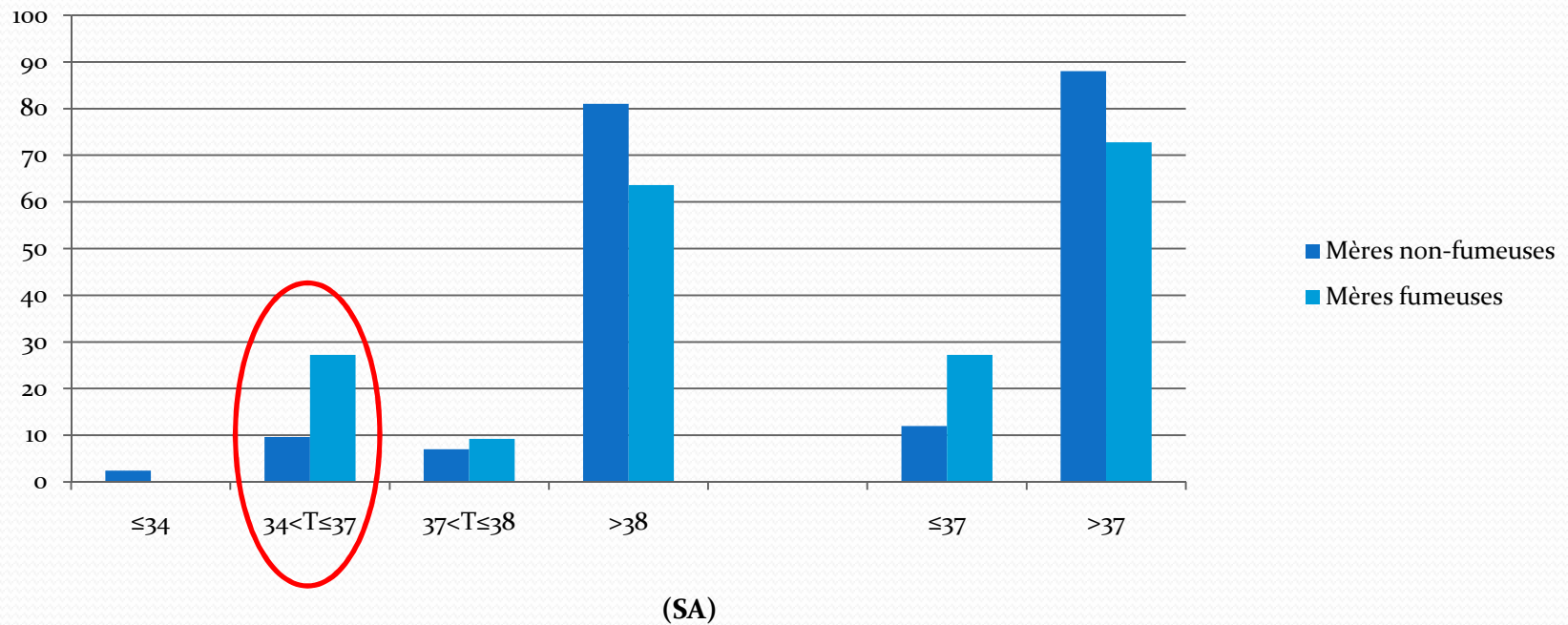
Pourcentage d'hypotrophie

| % hypotrophes | Mères non-fumeuses | Mères fumeuses |
|----------------------|---------------------------|-----------------------|
| 2006 | 4.8 | 27.2 |
| 2007 | 15 | 23 |
| 2008 | 8.6 | 37.5 |
| Moyenne | 9.4 | 29.2 |

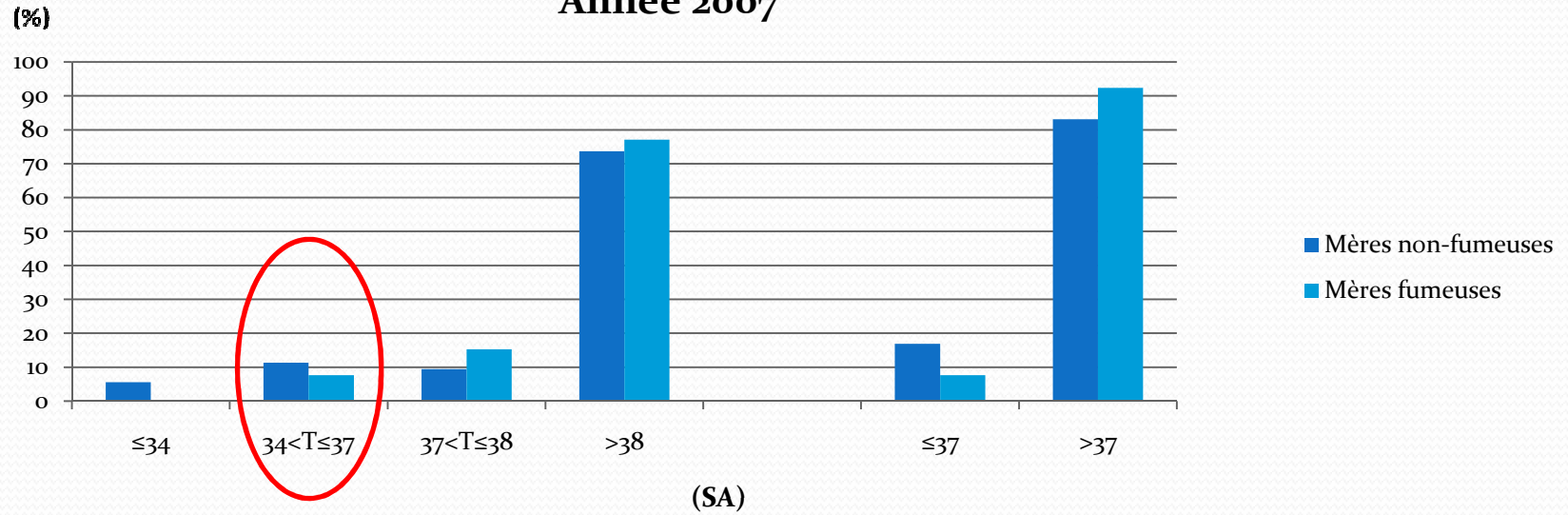
Répartition du terme de la naissance chez les nouveau-nés de mères fumeuses et non-fumeuses

Année 2006

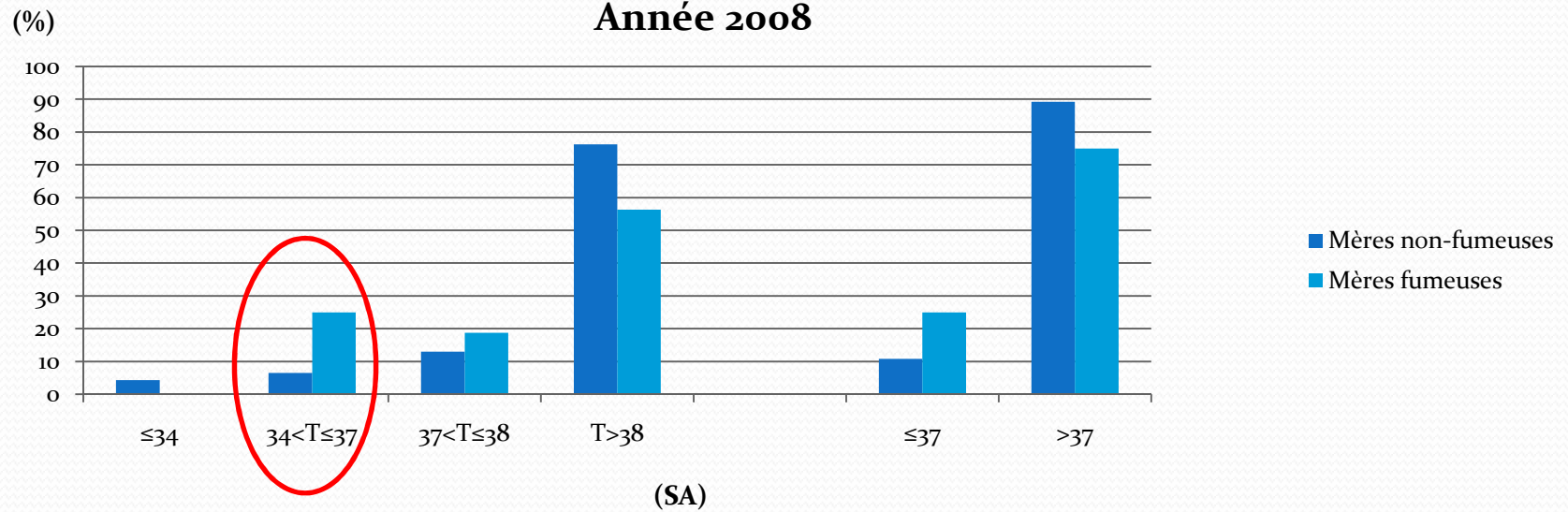
(%)



Année 2007



Année 2008



Coût du tabac

- bien de première nécessité
- coût social = 230€/ht
- 9,6% du budget alimentaire et boissons (2005)
- budget annuel moyen d'un fumeur : 1020€
- consommation d'un paquet/jour = dépense annuelle de 1825€

Effets de l'augmentation des taxes sur les femmes enceintes

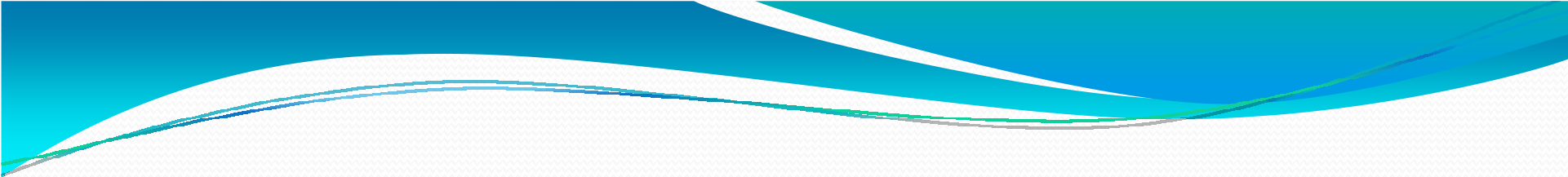
- ↗ prix du tabac de 10% → ↘ taux de fumeuses chez les femmes enceintes de 7%
- ↘ nombre de fumeuses mais pas de la consommation moyenne journalière des fumeuses
- ↗ taxes agit plus sur la population des femmes enceintes que sur la population en général

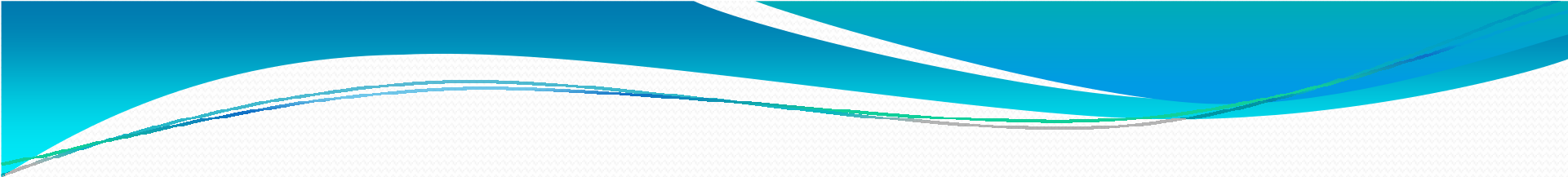


MAIS

Chez les plus démunis :

- Consommation beaucoup moins sensible à la hausse des prix
- Importantes répercussions économiques et sanitaires (santé, développement et éducation des enfants)

- 
- Sevrage pendant la grossesse : bénéfique pour le fœtus
 - Maintien du statut d'ex-fumeuse : bénéfices décuplés pour l'enfant
 - Rompre le cercle vicieux « tabac-pauvreté »
 - HCSP (1998) : « La santé est le résultat d'un processus cumulatif : sa construction débute dès la gestation et se poursuit progressivement au cours de l'enfance et de l'adolescence. Globalement, plus cette période de la vie bénéficie de conditions favorables à son développement, meilleur sera l'état de santé à l'âge adulte ».

- 
- Prendre en charge le tabagisme des femmes enceintes en situation de précarité = évidence
 - Mais ce n'est pas si simple



La sage-femme doit :

- avoir une vision globale de la patiente
- avoir une réflexion à la fois psychologique et sociologique
- considérer le sujet « social » en analysant son vécu par rapport à la société



Comment définir la notion de précarité

- Enchaînement d'évènements → situations de fragilisation économique, sociale et familiale
- Précarité et pauvreté peuvent être liées
- HCSP : symptôme majeur de la précarité = souffrance psychique
- Risque majeur : perte de confiance en soi, en l'autre et en l'avenir

Grossesse et précarité

- Faire face quotidiennement à de multiples soucis
- Vivre au jour le jour
- Pas de vision à long terme des bénéfices d'une vie saine
- Objectifs santé doivent être réalistes, évaluables à court terme

Comment aborder le tabagisme?

- Facteur grossesse : bouleversement psychologique
- Facteur précarité
- Ne pas induire de sentiment de culpabilité
- Empathie, respect, compréhension
- Entretien prénatal (4^{ème} mois)

D'ABORD

Prise en charge individuelle

- Construire la relation
- Écouter l'intime autant que les conditions de vie
- Aider la femme à renforcer son estime de soi
- L'aider à se construire une nouvelle identité d'ex-fumeuse
- Trouver des moyens alternatifs au tabac pour satisfaire les besoins de plaisir, relaxation, stimulation, sociabilité...
- Ne pas susciter la motivation défensive, la résistance au changement
- Réduire les enjeux identitaires



PUIS

Prise en charge collective

- À la suite d'une prise en charge individuelle
- Participation à des groupes (échanges, stimulation, effet renforçateur)
- Influence du prix du tabac : discours collectif moins culpabilisant
- Groupes : réponses de proximité
si possible pluridisciplinaires
(SF, psychologue, diététicienne)



Discours adapté à la population des femmes enceintes en situation de précarité

- Respectueux, clair et simple
- Langage imagé et personnalisé
- Tisser des relations de confiance
- Insister sur le positif
- Tenir compte des rythmes des publics
- Séances flexibles mais avec certaines limites
- Séances conviviales, gratuites avec horaires adaptés
- S'appuyer sur la dignité des futures mères, leurs compétences, expériences et connaissances



Suivi post-natal

- Risque de reprise après l'accouchement
- Pour celles qui n'ont pas arrêté pendant la grossesse :
 - présence effective de l'enfant
 - allaitement

seront des éléments favorables au sevrage



Réseaux

Doivent avoir pour mission de :

- proposer un parcours de soins adapté et proche
- prendre en charge les difficultés d'ordre pathologique ou psycho-social
- répertorier les ressources (annuaire)
- informer, sensibiliser et former les professionnels
- informer le public



Conclusion

La prise en charge du tabagisme des populations en situation de précarité nécessite :

- Stratégies adaptées
- Tolérance, respect, compréhension
- Instauration d'un réel climat de confiance
- Rétablissement du sentiment de sécurité, de la confiance en soi et en l'avenir
- Travail en réseau sur tous les domaines (revenus, logement, conditions de vie, prise en charge médicale et psychologique...)

ROMPRE LE CERCLE VICIEUX « TABAC-PAUVRETE »