L'impact de la période du suivi tabacologique pendant la grossesse sur le choix d'allaitement, au Centre Hospitalier de la région d'Annecy

Céline Paggi Pellissier

▶ **To cite this version:**

Céline Paggi Pellissier. L'impact de la période du suivi tabacologique pendant la grossesse sur le choix d'allaitement, au Centre Hospitalier de la région d'Annecy. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00855162

HAL Id: dumas-00855162

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00855162

Submitted on 29 Aug 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

Université
Joseph Fourier
GRENOBLE
MEDECINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

L'IMPACT DE LA PERIODE DU SUIVI TABACOLOGIQUE PENDANT LA GROSSESSE SUR LE CHOIX D'ALLAITEMENT,

AU CENTRE HOSPITALIER DE LA REGION D'ANNECY

Mémoire soutenu le 15 mai 2013

Par PAGGI PELLISSIER Céline

Née le 10 Février 1990

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2013

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du Jury :

Monsieur le Professeur Thierry DEBILLON, PU.PH en réanimation néonatale et néonatologie au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Président du Jury ;

Madame Nadine VASSORT, Sage-Femme Enseignante Cadre Supérieure - Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble ;

Madame le Docteur Catherine DURAND, Pédiatre, coordinatrice du réseau périnatal des deux Savoie, et de DevenirRp2S ;

Mme Anne RANNAUD, Sage-Femme, coordinatrice Rhône-Alpes de l'étude Epipage 2 ;

Madame Chrystelle CHAVATTE, Sage-Femme Cadre Enseignante, Guidante de ce mémoire ;

Je remercie plus particulièrement :

Madame Eve CAILLOT, Sage-Femme Tabacologue au CHRA, Directrice de ce mémoire,
pour m'avoir fait découvrir la tabacologie, pour son aide si précieuse, pour m'avoir facilité l'accès à toutes les informations nécessaires à cette étude, et pour son accompagnement ainsi que ses conseils tout au long de la réalisation de ce travail ;

Madame Chrystelle CHAVATTE, Sage-Femme Cadre Enseignante, guidante de ce mémoire,
pour sa disponibilité, son soutien et ses importants conseils durant ces deux dernières années ;

Madame Laurence COMBET BLANC, Sage-Femme Enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble,
pour son accompagnement, sa compréhension, et l'enseignement de qualité qu'elle nous a délivré au cours de ces trois dernières années ;

Madame Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble, Département de maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble,
pour nous avoir accueillis et accompagnés dès notre entrée à l'école de Sages-Femmes ;

Madame le docteur Suzanne BRAIG, Médecin chef de pôle au Centre Hospitalier de la région annécienne, et madame Sylvie LE ROUX, Sage-Femme cadre supérieur au Centre Hospitalier de la région annécienne,
pour leur accord me permettant le recueil de données et donc la réalisation de ce travail à partir des dossiers des patientes suivies au Centre Hospitalier de la Région Annécienne ;

Madame Laurence PERRU, Sage-Femme cadre au Centre Hospitalier de la région annécienne,
pour m'avoir aidée à obtenir l'accord nécessaire au recueil de données ;

Toute l'équipe pédagogique de l'école de Sages-Femmes de Grenoble,
pour leur enseignement et leur accompagnement durant ces quatre dernières années ;

Madame Anne MAITRE, Professeur à l'Université Joseph Fourier : Faculté de Médecine de GRENOBLE,
pour sa patience, sa présence, son soutien, ses explications, ses encouragements et son aide si précieuse durant toute la réalisation de ce mémoire ;

Monsieur Franck BALDUCCI, Technicien biostatisticien à l'Université Joseph Fourier : Faculté de Médecine de GRENOBLE,
pour sa disponibilité et ses conseils lors de la réalisation de cette étude ;

Madame Sylvette Liaudy, Documentaliste à l'Université Joseph Fourier : Faculté de Médecine de GRENOBLE,
pour son aide via l'apport d'informations complémentaires à la recherche bibliographique nécessaire à ce travail ;

Madame Claudette PELLE, Sage-Femme Tabacologue au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble,
pour sa disponibilité et ses conseils ;

Toute l'équipe d'Addictologie du Centre Hospitalier de la région annécienne,
pour leur accueil, leur gentillesse, et leur compréhension ;

Mesdames les secrétaires de consultation de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier de la région annécienne,
pour leur sourire et leur accueil si gentil à chacune de mes venues ;

Je remercie également chaleureusement:

Mes parents, Paulette et Jean-Marc,
pour m'avoir permis d'avancer depuis tant d'années, m'avoir soutenue, supportée, accompagnée, et recadrée lors des moments les plus difficiles, pour leurs regards bienveillants, et tous leurs encouragements, pour leur présence à toute heure du jour et de la nuit, et pour tant de choses encore, pour toi maman, et toi papa, merci ;

Mes frères, Clément et Florent,
pour m'avoir fait sentir vivante lorsque je n'y croyais plus, en me chamaillant si souvent, et pour leur simple présence à mes côtés. J'ai de la chance de vous avoir ;

Mon compagnon, mon complice, mon ami de chaque jour, Alexis,
pour m'avoir soutenue, apaisée et accompagnée durant ces quatre dernières années, et en particulier lors de la réalisation de ce travail, pour nos projets, et tout ce qui suivra ;

Mes collègues de promotion, en particulier Céline,
pour leur soutien et tous ces moment de fous rire au cours de ces quatre années ;

Thierry,
pour m'avoir fait rire, même aux moments les plus critiques.

ABREVIATIONS

- AM : Allaitement maternel
- AA : Allaitement artificiel
- CO : monoxyde de carbone
- TNS : Traitement Nicotinique Substitutif
- SA : Semaine d'aménorrhée
- AG : Age gestationnel de naissance
- PC : Périmètre crânien
- SF : Sage Femme
- Tabaco : Tabacologique
- IMC : Indice de Masse Corporelle
- IMG : Interruption médicale de grossesse
- DMO : Dossier médical et obstétrical
- CHRA : Centre Hospitalier de la Région Annécienne
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- APPRI : Association Périnatalité Prévention Recherche Information
- PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- Ppm : particules par million, unité du taux de CO expiré. Nombre de particules de CO expirées par million de particules d'air.
- p : p-value
- ET : écart-type

- G1 : groupe 1, désigne les femmes suivies jusqu'à l'accouchement, c'est-à-dire les femmes ayant bénéficié d'au moins une consultation de tabacologie dans le mois précédant l'accouchement.
- G2 : groupe 2, désigne les femmes ayant arrêté leur suivi tabacologique, c'est-à-dire les femmes ayant bénéficié de leur dernière consultation tabac plus d'un mois avant l'accouchement.

Table des matières

I- INTRODUCTION 1
I-1. Tabagisme chez les femmes 1
I-2. Tabagisme et effets sanitaires 1
I-3. Effets de l'allaitement maternel 2
I-4. Intérêt de l'étude, sujet et objectif 3

II- POPULATION ET METHODE 5
II-1. Définition de l'étude 5
II-1.1. Type d'étude 5
II-1.2. Site de l'étude 5
II-2. Population 5
II-2.1. Inclusions 5
II-2.2. Exclusions 5
II-2.3. Exposition / non exposition 6
II-3. Méthode 7
II-3.1. Critères de jugement 7
II-3.1 a. Critère de jugement principal 7
II-3.1 b. Critères de jugement secondaires 7
II-3.2. Recueil de données 7
II-3.3. Données recueillies 8
II-3.3 a. Les caractéristiques des mères 8
II-3.3 b. Les caractéristiques du tabagisme 8
II-3.3 c. Les caractéristiques du suivi tabacologique 9
II-3.3 d. Les caractéristiques des nouveau-nés 9
II-3.4. Analyse statistique 10
II-4. Aspects éthiques et réglementaires 10

III- RESULTATS 11
III-1. Nombre de sujets nécessaires à l'étude 11
III-2. Diagramme d'inclusion 12
III-3. Caractéristiques de la population 13
III-4. Caractéristiques des nouveau-nés 14
III-5. Caractéristiques du tabagisme et du suivi tabacologique 15
III-6. Type d'allaitement déclaré en salle de naissances 17

IV- DISCUSSION 18
IV-1. Biais et limites 18
IV-2. Interprétation des résultats 20
IV-2.1. Caractéristiques de la population 20
IV-2.2. Caractéristiques des nouveau-nés 23
IV-2.3. Le tabagisme et le suivi tabacologique 24
IV-2.3 a. Caractéristiques du tabagisme au début du suivi 25
IV-2.3 b. Période et durée du suivi tabacologique 26
IV-2.3 c. Type de suivi tabacologique 27
IV-2.3 d. Prescription de TNS 28
IV-2.3 e. Evolution du tabagisme pendant le suivi tabacologique 29
IV-2.4. Type d'Allaitement 33
IV-3. Réponses aux objectifs 34
IV-3.1. Objectif principal 34
IV-3.2. Objectif secondaire 34

V- CONCLUSION 35

VI- BIBLIOGRAPHIE 37

VII- ANNEXES 39

1- INTRODUCTION

1-1. Tabagisme chez les femmes

Véritable problème de santé publique, le tabac est la substance pour laquelle la différence de genre est la moins marquée, le niveau de consommation des femmes s'étant progressivement rapproché de celui des hommes au cours du XXème siècle.

L'écart entre femmes et hommes est plus faible dans les jeunes générations (33% des femmes versus 38,3% des hommes de 18 à 24 ans fument quotidiennement en 2005) qu'autour de l'âge de 30 ans (30% des femmes versus 40,1% des hommes de 25 à 34 ans) [1][2][3]. Cette tranche d'âge correspond à une période de désir ou de survenue d'une grossesse, et de présence d'enfants en bas âge au sein du foyer, ce qui constitue pour les femmes un levier pour l'arrêt, au moins momentané, du tabagisme.

Ainsi le tabac touche aussi bien les hommes que les femmes mais sa prévalence chez ces dernières est en nette augmentation, surtout chez les femmes jeunes. En effet 38 % des femmes en âge de procréer (16-45 ans) fument actuellement en France [3], et 24 % des femmes enceintes, en 2010, déclaraient fumer pendant leur grossesse [4] contre 22% en 2004 [1], ce qui n'est pas sans conséquences sur la fertilité et la grossesse.

1-2. Tabagisme et effets sanitaires

Le tabagisme, qu'il soit occasionnel ou quotidien, se définit par la consommation de tabac, substance contenant de la nicotine. Cette consommation peut être active (être fumeur) ou passive (exposition au tabac d'un environnement de fumeurs avec inhalation de la fumée ainsi provoquée). La gravité de l'intoxication n'est pas tant liée à la quantité de nicotine absorbée qu'à la quantité de produits de combustion très toxiques générés (plus de 4000 substances nocives sont à ce jour retrouvées dans la fumée de cigarette dont au moins 50 cancérigènes). [Annexe n°4] Le monoxyde de carbone (CO), excellent traceur du tabagisme, est l'une des substances qu'il est actuellement facile de détecter dans l'air expiré. Alors que le CO a une demi-vie de l'ordre de 3 à 4 heures chez l'adulte en bonne santé, celle-ci est de 4 à 6 heures chez la femme enceinte, et serait cinq fois plus longue chez le fœtus ce qui tend à augmenter les effets engendrés.

Avec 60 000 morts attribuables par an, le tabac est dans notre pays la première cause de mortalité évitable. Outre sa capacité à induire une forte dépendance, sa toxicité, notamment par son effet vasoconstricteur, est maintenant avérée.

Le tabac augmente ainsi l'incidence des maladies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, infarctus du myocarde…), des cancers des voies aériennes (bouche, pharynx, larynx, poumons, œsophage) et gynécologiques (col de l'utérus, ovaires, seins), et des affections ORL (allergies, asthme, bronchite chronique) [1][5]. Ainsi pour l'année 2006, sur les 4355 décès par cancer de la trachée, des bronches, et des poumons chez les femmes, 69% seraient attribuables au tabac [1][2].

De plus chez la femme, le tabac diminue fortement la fertilité par une altération de la ponte ovulaire, des troubles du cycle hormonal et des modifications de la glaire cervicale. Il augmente le risque de grossesse extra-utérine, de placenta praevia, d'avortement spontané, d'accouchement prématuré, d'hématome rétro-placentaire, d'hémorragie du post-partum, et il diminue la quantité de lait maternel produit. [6]

Chez l'enfant, le tabac augmente le risque d'hypoxie (effet vasoconstricteur de la nicotine), de retard de croissance intra-utérin et donc de petit poids de naissance, de mort fœtale in utéro, ainsi que la survenue d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (notamment pendant le travail). Il favorise également le risque d'affections respiratoires de l'enfant à type d'asthme, de mort subite du nourrisson. Enfin, le nouveau-né de mère fumeuse présente un risque de syndrome de sevrage, la nicotine passant dans le lait maternel. [6][7]

Afin de diminuer les risques pour leur enfant, certaines femmes sont demandeuses d'aide au sevrage, en particulier pendant la période gravidique, et celle du post-partum. Ainsi, la grossesse et l'allaitement sont deux périodes particulièrement propices à l'arrêt tabagique [8], malgré une plus grande difficulté à l'arrêt, particularité caractérisant le tabagisme féminin. [1]

1-3. Effets de l'allaitement maternel

Depuis les années 1970, il existe une augmentation constante du taux d'allaitement maternel (AM) : 36% en 1972, 45,5% en 1976, 51,6% en 1995, 52,5% en 1998, 62,6 % en 2003, 64 % en 2004, 65,9 % en 2006 et 66,3 % en 2007.[9][10] Or, rappelons que le choix (et la durée) de l'allaitement maternel sont soumis à de nombreux paramètres, tels que le désir d'allaiter, le niveau d'étude et la culture d'origine, le statut tabagique, la parité, une précédente expérience avec l'AM (avoir été allaitée, avoir allaité, avoir vu allaiter…).[11][12][13][14]

L'AM est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [15] notamment car il peut contrebalancer certains effets néfastes du tabac aussi bien pour la mère que pour l'enfant. En effet, l'AM diminue le risque de cancer du sein et de l'ovaire entre autres.[7][10] De plus, le nouveau-né qui a été exposé à l'insuffisance placentaire et à l'hypoxie in utéro a particulièrement besoin de lait maternel reconnu pour ses bénéfices nutritionnels (facteurs de croissance). De même, le nouveau-né exposé pendant la grossesse à la nicotine (25% des enfants en 2005 [1]) exprimera moins de signes de sevrage en cas d'allaitement maternel (agitation et pleurs).

Les risques infectieux respiratoires liés à l'exposition tabagique semblent diminués avec l'allaitement maternel, qui réduit également le risque de mort subite du nourrisson[1]. Enfin, l'inhalation de la fumée de l'air ambiant (tabagisme passif) est plus dangereuse pour le bébé que la nicotine qu'il absorbe avec le lait maternel.[16]

De nombreuses études retrouvent un taux inversement proportionnel entre l'importance du tabagisme maternel et le taux d'allaitement maternel. Ainsi, plus la femme fume moins elle allaite. [17][18][19] Le tabagisme est donc considéré comme un facteur de risque de ne pas allaiter [13] alors que l'allaitement maternel est reconnu, dans certaines études, comme un facteur protecteur de la reprise tabagique. [20][21]

1-4. Intérêt de l'étude, sujet et objectif

Alors que les femmes sont plus motivées par l'arrêt tabagique pendant leur grossesse, cette démarche reste particulièrement difficile, et la mise en place du suivi tabacologique permet de leur apporter une aide supplémentaire. Cependant une étude écossaise conclut que, pour être efficace, le suivi tabacologique doit prendre en considération l'aspect comportemental, mais également pallier la dépendance physique induite par la nicotine, par la prescription de traitements nicotiniques substitutifs (TNS). [22] C'est pourquoi il est recommandé, en France, d'instaurer le plus rapidement possible dans la grossesse, une pharmacothérapie personnalisée, associée à une prise en charge tabacologique adaptée, lorsqu'il y a eu échec des méthodes non pharmacologiques de sevrage tabagique, et ce même durant l'allaitement maternel. [19][23][24]

Au Centre Hospitalier de la Région Annécienne (CHRA), le suivi tabacologique, pour les femmes enceintes, est assuré par une Sage Femme (SF) formée en tabacologie qui propose des TNS dans le cadre d'une démarche d'accompagnement au sevrage tabagique.

Ainsi nous nous sommes interrogées sur la problématique suivante, qui a donné lieu à cette étude : Quel est l'impact de la période de la prise en charge tabacologique au cours de la grossesse sur le choix d'allaitement ?

Nous avons donc formulé l'hypothèse que plus la prise en charge tabacologique des femmes fumeuses, pendant leur grossesse, s'inscrit dans la durée et se poursuit jusqu'à l'accouchement, plus elle favorise l'allaitement maternel.

[1] *L'expression mort subite du nourrisson désigne le décès subit et imprévu d'un nourrisson de moins d'un an, apparemment en parfaite santé, et dont la mort demeure inexplicable même après une enquête approfondie.*

Cette recherche a pour objectif principal d'étudier l'influence de la date de la dernière consultation tabacologique par rapport à l'accouchement, sur le choix d'allaitement de mères fumeuses.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'impact de la prise en charge tabacologique jusqu'à l'accouchement, associée à la prescription de TNS, sur la diminution ou l'arrêt complet de la consommation tabagique (attesté via l'interrogatoire et la mesure du taux de CO expiré), par rapport à un arrêt de prise en charge au moins un mois avant l'accouchement.

Dans une première partie, nous aborderons la méthodologie, puis nous présenterons les résultats obtenus. Enfin, nous discuterons ces résultats par rapport à la littérature et conclurons cette étude.

II- POPULATION ET METHODE

II-1. Définition de l'étude

II-1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle de cohorte, exposé non exposé, rétrospective, monocentrique.

II-1.2. Site de l'étude

Le CHRA a été notre site d'étude. Cette maternité de niveau 2B a compté 2740 accouchements dont 2714 naissances vivantes et viables pour l'année 2012.

Dans le cadre du Réseau Maternité Sans Tabac, le CHRA propose depuis 2008 une prise en charge tabacologique avec une équipe pluridisciplinaire formée et compétente dans la prise en charge de ces patientes (Médecins, SF, Psychologue, Diététicienne, Kinésithérapeute…). Le nombre de patientes bénéficiant de cette consultation n'a cessé d'augmenter depuis 2008 pour atteindre 137 femmes en 2011.

II-2. Population

II-2.1. Inclusions

Ont été incluses toutes les femmes fumeuses ayant bénéficié d'au moins deux consultations par la SF Tabacologue du CHRA et ayant accouché au-delà de 37 semaines d'aménorrhées (SA) révolues, au CHRA, entre le 1er janvier 2010 et le 31 août 2012.

Le tabagisme est défini par la consommation quotidienne d'au moins une cigarette lors de la première consultation de tabacologie.

II-2.2. Exclusions

Nous avons exclu toutes les femmes en situation de précarité et celles ne parlant pas le français, les grossesses multiples, les accouchements prématurés et les femmes pour qui l'allaitement maternel était contre-indiqué. De même, les femmes dont l'enfant était porteur d'une malformation compliquant l'allaitement (fente labiale et/ou palatine…), ou ayant eu une IMG, ont été exclues.

II-2.3. Exposition / non exposition

L'exposition est la prise en charge jusqu'à l'accouchement qui est définie par la réalisation d'au moins deux consultations de tabacologie pendant la grossesse dont au moins une consultation dans le mois précédant la date d'accouchement. *Le fait d'avoir deux consultations, signe une volonté de la femme de bénéficier d'un suivi médical et le critère de suivi jusqu'à l'accouchement, caractérisé par le moment de la grossesse pendant lequel est réalisée la dernière consultation tabac, a été défini en fonction de la pratique clinique de la SF tabacologue.*

La non-exposition est l'arrêt de la prise en charge tabacologique qui est définie par la réalisation d'au moins deux consultations de tabacologie pendant la grossesse mais dont aucune n'a été réalisée dans le mois précédant l'accouchement.

Nous avons réparti la population en deux groupes en fonction de ce critère :

Le premier groupe (G1) a été constitué de femmes fumeuses ayant bénéficié d'une prise en charge tabacologique jusqu'à l'accouchement, c'est-à-dire ayant réalisé leur dernière consultation tabac pendant le mois précédant leur accouchement.

Le second groupe (G2) a été constitué de femmes fumeuses ayant arrêté leur prise en charge tabacologique avant le mois précédant leur accouchement.

II-3. Méthode

II-3.1. Critères de jugement

II-3.1 a. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal de notre étude est le type d'allaitement déclaré en salle de naissance.

II-3.1 b. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires de notre étude sont :

- Le tabagisme lors de la dernière consultation :

Ce paramètre est apprécié par la consommation quotidienne de cigarettes déclarée par la patiente et la mesure du CO expiré ;

- L'évolution du tabagisme entre la première et la dernière consultation :

Ce paramètre est apprécié par la différence entre le nombre de cigarettes fumées à la dernière consultation et celles fumées à la première consultation, ainsi que par la différence du taux de CO mesuré entre la dernière et la première consultation.

II-3.2. Recueil de données

Les données ont été recueillies par l'enquêteur de manière rétrospective via deux sources :

1) Les dossiers papiers de suivi tabacologique pour *les caractéristiques du tabagisme et celles du suivi tabacologique ;*

2) Les dossiers médico-obstétricaux (DMO) informatisés à partir de la base de données ORBIS du CHRA pour *les caractéristiques des mères et celles des nouveau-nés.*

II-3.3. Données recueillies

Les 36 données recueillies sont les suivantes:

II-3.3 a. Les caractéristiques des mères

- Age, exprimé en années
- Statut parental : célibataire ou vie en couple
- Profession, suivant la nomenclature de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) [Annexe n°9]:
    - Cadres, professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires
    - Employés et Ouvriers
    - Pas d'activité professionnelle
- Nationalité : européenne ou extra européenne.
- Indice de Masse Corporelle (IMC)
- Parité
- Désir d'AM: oui/non (renseigné si la patiente avait bénéficié d'une consultation avec un pédiatre de l'établissement avant l'accouchement).
- Antécédent d'AM pour un enfant aîné
- Type d'allaitement déclaré en Salle de Naissances
- Addictions associées : alcoolisme, toxicomanie : oui/non

II-3.3 b. Les caractéristiques du tabagisme

- Âge de la première cigarette exprimé en années
- Âge de la régularité du tabagisme exprimé en années
- Ancienneté du tabagisme exprimé en années.
- Consommation quotidienne de cigarettes lors de la première et de la dernière consultation exprimée en nombre de cigarettes fumées par jour.
- Evolution de la consommation quotidienne de cigarettes (*différence du nombre de cigarettes fumées entre la dernière consultation et la première consultation*) exprimées en nombre de cigarettes fumées par jour.
- Tabagisme passif (oui/non) apprécié par la présence d'un conjoint fumeur.
- Taux de CO expiré lors de la première et de la dernière consultation en particules par million (ppm)
- Evolution du taux de CO expiré (*différence du taux de CO expiré entre la dernière consultation et la première consultation*) en ppm.
- Arrêt du tabagisme à la dernière consultation : oui si cigarette fumée = 0, non si cigarettes fumées ≥ 1.

II-3.3 c. Les caractéristiques du suivi tabacologique

- Nombre de consultations tabacologiques (en groupe et individuelle)
- Dates de la première et de la dernière consultation tabacologique exprimées en semaines d'aménorrhée (SA).
- Durée du suivi exprimée en SA (*soustraction entre la date de la dernière consultation et celle de la première consultation*).
- Type de TNS prescrit : le patch, l'inhaleur, et l'ensemble gommes, pastilles, et comprimés à sucer.

II-3.3 d. Les caractéristiques des nouveau-nés

- Age gestationnel (AG) de l'enfant à la naissance exprimé en SA
- Poids de naissance exprimé en grammes.
- Taille et Périmètre Cranien (PC) à la naissance exprimés en centimètres.
- pH ombilicaux : artériel et veineux
- Scores d'Apgar à 1, 3, 5 et 10 minutes de vie

II-3.4. Analyse statistique

Le calcul du nombre de sujets nécessaires à l'étude a été réalisé à partir du logiciel Epi-Info en considérant 1/3 des sujets dans le G1 et 2/3 dans le G2, une différence de 20% entre AM et AA, un risque acceptable α=5% (précision souhaitée) et une puissance β=80%.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel statistique STATVIEW.

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage.
Les variables quantitatives continues ont été décrites par la moyenne et l'écart type en indiquant le nombre de données disponibles.
Pour la précision des résultats, nous avons utilisé la règle des arrondis.
Les pourcentages, les moyennes et les écarts type ont été arrondis au dixième, les valeurs de la p-value ont été arrondies au centième.

En analyse univariée, nous avons utilisé le test du Chi^2 pour la comparaison de pourcentages, remplacé par la probabilité exacte de Fisher en cas d'effectif théorique strictement inférieur à cinq.
Les conditions de validité du test du Chi^2, ont été vérifiées (indépendance des observations, effectif théorique supérieur ou égal à cinq).

Le test paramétrique de Student a été utilisé pour comparer les moyennes des variables quantitatives continues. Les conditions de validité de ce test, ont également été vérifiées (représentation gaussienne de chaque variable, et variances comparables c'est-à-dire ayant un ratio compris entre 1 et 3). La transformation logarithmique des données a été réalisée pour certaines variables afin d'obtenir une distribution gaussienne.

Le seuil de signification statistique retenu était de 5%.
Le risque alpha noté p, comparé à ce seuil, représente le risque de conclure à tort.

II-4. Aspects éthiques et réglementaires

Pour chaque patiente une fiche anonyme a été créée dans laquelle ont été directement saisies les données du dossier tabacologique en même temps que celles du DMO sans avoir besoin de noter le nom de la patiente. En effet, le nom étant inscrit sur leur dossier tabac, il nous suffisait de le rentrer directement sur ORBIS afin d'avoir accès au DMO et d'obtenir les informations qu'il nous manquait.

Les données étant anonymes, il n'y a pas eu de nécessité de faire une déclaration à la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL).

III- RESULTATS

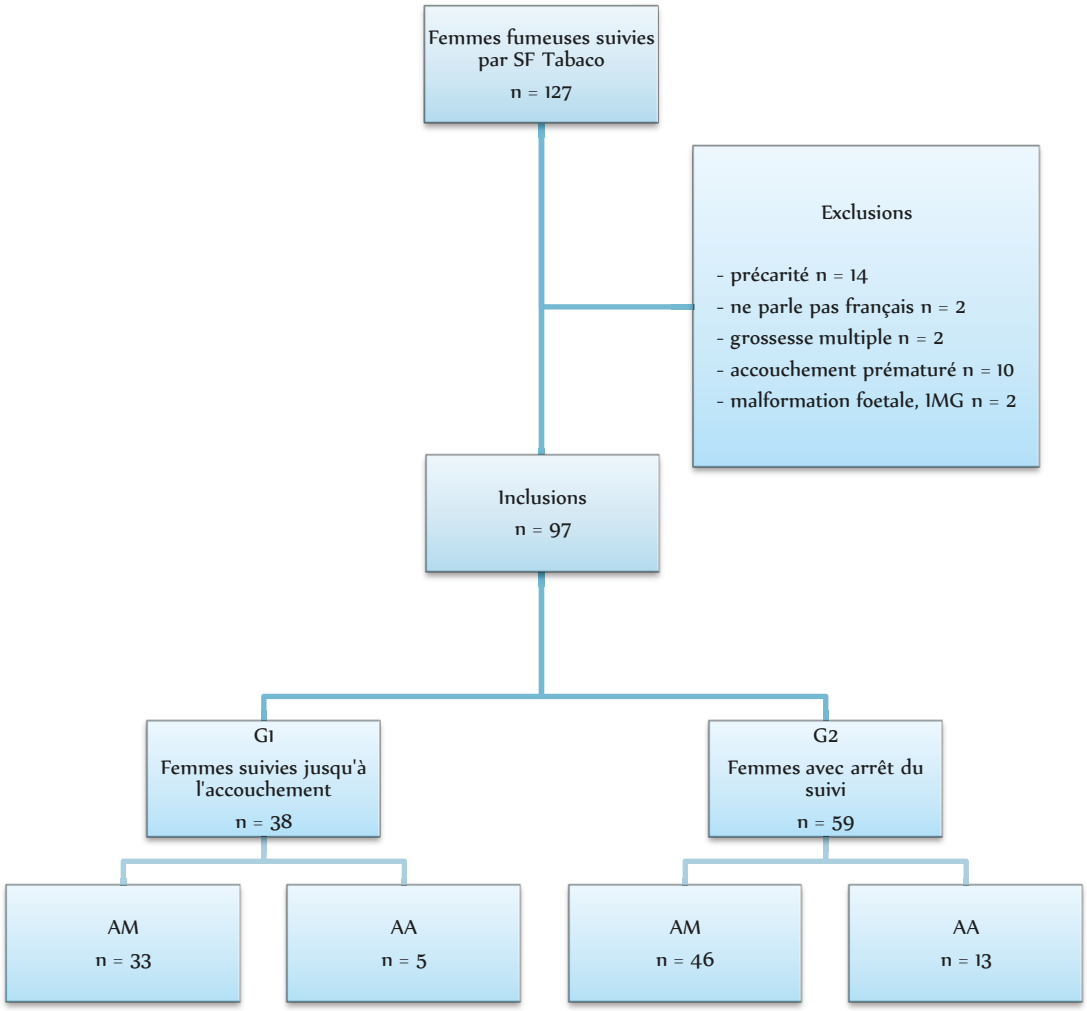
Nos tableaux représentent les résultats obtenus pour la totalité de notre population, puis pour le groupe G1 et enfin pour le groupe G2. La p-value a été calculée à partir des résultats obtenus pour le groupe G1 et le groupe G2.

III-1. Nombre de sujets nécessaires à l'étude

Le nombre de sujets nécessaires à inclure dans l'étude pour nous permettre de conclure que le choix du type d'allaitement était influencé par la date de la dernière consultation était d'environ 200 patientes fumeuses ayant bénéficié d'un suivi tabacologique.
La moyenne des patientes bénéficiant d'un suivi tabacologique au CHRA en 2011 étant d'une centaine de femmes environ par an, il était donc nécessaire de conduire cette étude pendant au moins deux ans.

III-2. Diagramme d'inclusion

Figure 1 :



Entre le 1er janvier 2010 et le 31 août 2012, 127 dossiers étaient éligibles mais 30 ont ensuite été exclus. Parmi les exclusions, quatorze femmes étaient en situation de précarité, deux ne parlaient pas français, deux avaient une grossesse multiple, dix avaient accouché prématurément et deux avaient un fœtus porteur d'une malformation nécessitant une IMG. Aucune femme n'a été exclue du fait d'une contre-indication à l'AM.

Au total, notre population cible comportait 97 sujets, répartis en deux groupes : le groupe G1 (patientes suivies jusqu'à l'accouchement) était constitué de 38 femmes parmi lesquelles 33 avaient fait le choix d'un allaitement maternel, et 5 d'un allaitement artificiel et le groupe G2 (patientes en arrêt de suivi) était constitué de 59 femmes parmi lesquelles 46 avaient choisi un allaitement maternel, et 13 un allaitement artificiel.

III-3. Caractéristiques de la population

Tableau 1 : Caractéristiques de la population :

Caractéristiques	Population totale n = 97	Femmes suivies jusqu'à l'accouchement G1 n = 38	Femmes avec arrêt du suivi G2 n = 59	*p*
Age (années) (n) Moy ± ET	(97) 29,2 ± 5,8	(38) 29,0 ± 5,6	(59) 29,3 ± 6,0	*0,83*
Statut parental (n) couple N(%) célibataire N(%)	(97) 85 (87,6%) 12 (12,4%)	(38) 34 (89,5%) 4 (10,5%)	(59) 51 (86,4%) 8 (13,6%)	*0,76*
Profession (n) Cadres, professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires N(%) Employés et Ouvriers N(%) Autres personnes sans activité professionnelle N(%)	(92) 34 (37%) 22 (23,9%) 36 (39,1%)	(37) 14 (37,8%) 7 (18,9%) 16 (43,2%)	(55) 20 (36,4%) 15 (27,3%) 20 (36,4%)	*0,63*
Nationalité (n) européenne N(%) non européenne N(%)	(90) 84 (93,3%) 6 (6,7%)	(37) 32 (86,5%) 5 (13,5%)	(53) 52 (98,1%) 1 (1,9%)	*0,08*
IMC maternel (n) Moy ± ET	(97) 24,0 ± 5,0	(38) 23,5 ± 4,5	(59) 24,4 ± 5,4	*0,39*
Parité (n) = 1 N(%) ≥ 2 N(%)	(97) 54 (55,7%) 43 (44,3%)	(38) 20 (52,6%) 18 (47,4%)	(59) 34 (57,6%) 25 (42,4%)	*0,63*
Désir d'AM (n) Oui N(%) Non N(%)	(66) 52 (78,8%) 14 (21,2%)	(24) 20 (83,3%) 4 (16,7%)	(42) 32 (76,2%) 10 (23,8%)	*0,49*
Addictions associées Alcool (n) Oui N(%) Non N(%)	(93) 3 (3,2%) 90 (96,8%)	(36) 3 (8,3%) 33 (91,7%)	(57) 0 (0%) 57 (100%)	*0,06*
Toxicomanie (n) Oui N(%) Non N(%)	(94) 7 (7,4%) 87 (92,6%)	(36) 4 (11,1%) 32 (88,9%)	(58) 3 (5,2%) 55 (94,8%)	*0,42*

n = nombre de sujets pour lesquels les données sont disponibles, Moy = moyenne, ET = écart type, N = nombre de sujets pour chaque catégorie, % = pourcentage de chaque catégorie

Concernant les caractéristiques de la population, il n'existe pas de différence significative entre le groupe de femmes qui ont eu un suivi tabacologique jusqu'à l'accouchement et celles qui ont arrêté leur suivi au moins un mois avant, que ce soit pour l'âge, le statut parental, la profession, l'IMC, la parité, le désir d'AM, l'alcoolisme ou la toxicomanie.

Seule l'origine géographique est à la limite de la significativité (p = 0,08) avec une tendance à plus de femmes non européennes parmi celles qui ont bénéficié du suivi tabacologique jusqu'à l'accouchement (groupe G1).

Il existait plus de 70% de données manquantes concernant l'antécédent d'AM pour un ainé ce qui explique que nous n'ayons pas réalisé de test statistique. Dans notre population, 54 femmes étaient des primipares et parmi les 43 multipares, il existait 14 données manquantes. Dans le groupe G1 (11 femmes), 90,9% des multipares avaient précédemment choisi l'AM alors que 66,7% de celles-ci l'avaient choisi dans le groupe G2 (18 femmes).

III-4. Caractéristiques des nouveau-nés

Tableau 11 : Caractéristiques des nouveaux nés

Caractéristiques	Population totale n = 97	G1 n = 38	G2 n = 59	*p*
Age gestationnel de l'enfant à la naissance (en SA) (n) Moy ± ET	(97) 39,7 ± 1,1	(38) 39,6 ± 1,2	(59) 39,9 ± 1,1	*0,22*
Poids de naissance (en grammes) (n) Moy ± ET	(97) 3252 ± 461,5	(38) 3176 ± 504,9	(59) 3301 ± 428,6	*0,20*
Taille (en cm) (n) Moy ± ET	(95) 49,2 ± 2,1	(36) 49,0 ± 2,0	(59) 49,4 ± 2,1	*0,40*
Périmètre crânien (en cm) (n) Moy ± ET	(95) 33,8 ± 1,3	(36) 33,6 ± 1,5	(59) 33,8 ± 1,3	*0,46*
pH artériel (n) Moy ± ET	(60) 7,23 ± 0,09	(25) 7,22 ± 0,10	(35) 7,23 ± 0,08	*0,56*
pH veineux (n) Moy ± ET	(60) 7,31 ± 0,08	(25) 7,30 ± 0,08	(35) 7,31 ± 0,08	*0,40*
Apgar à 1 min (n) = 10 N(%) ≤9 N(%)	(97) 78 (80,4%) 19 (19,6%)	(38) 27 (71,1%) 11 (28,9%)	(59) 51 (86,4%) 8 (13,6%)	*0,06*
Apgar à 3 min (n) = 10 N(%) ≤9 N(%)	(97) 85 (87,6%) 12 (12,4%)	(38) 30 (78,9%) 8 (21,1%)	(59) 55 (93,2%) 4 (6,8%)	*0,06*
Apgar à 5 min (n) = 10 N(%) ≤9 N(%)	(97) 90 (92,8%) 7 (7,2%)	(38) 34 (89,5%) 4 (10,5%)	(59) 56 (94,9%) 3 (5,1%)	*0,43*
Apgar à 10 min (n) = 10 N(%) ≤9 N(%)	(97) 93 (95,9%) 4 (4,1%)	(38) 36 (94,7%) 2 (5,3%)	(59) 57 (96,6%) 2 (3,4%)	*0,64*

n = nombre de sujets pour lesquels les données sont disponibles, Moy = moyenne, ET = écart type, N = nombre de sujets pour chaque catégorie, % = pourcentage de chaque catégorie

Concernant les caractéristiques des nouveau-nés, il n'existe pas de différence significative entre le groupe de femmes qui ont eu un suivi tabacologique jusqu'à l'accouchement et celles qui ont arrêté le suivi que ce soit pour l'âge gestationnel de l'enfant à la naissance (39,7 SA), le poids (3,2 kg) et la taille de naissance (49,2 cm), le périmètre crânien (33,8 cm), le pH ombilical artériel ou veineux (7,23 et 7,31).
Les scores d'Apgar à 1 et 3 minutes de vie sont à la limite de la significativité avec un plus grand pourcentage de score inférieur ou égal à 9 dans le groupe des femmes qui ont eu un suivi tabacologique jusqu'à l'accouchement que dans l'autre. Par contre ces scores sont comparables à 5 et 10 minutes de vie.

III-5. Caractéristiques du tabagisme et du suivi tabacologique

Tableau III : Caractéristiques du tabagisme et du suivi tabacologique :

Caractéristiques	Population totale n = 97	G1 n = 38	G2 n = 59	*p*
Age de la 1ère cigarette (années) (n) Moy ± ET	(93) 14,3 ± 2,2	(35) 14,3 ± 2,3	(58) 14,2 ± 2,2	*0,78*
Age du tabagisme régulier (années) (n) Moy ± ET	(93) 16,1 ± 2,4	(35) 16,2 ± 2,3	(58) 16,1 ± 2,5	*0,87*
Ancienneté du tabagisme (années) (n) Moy ± ET	(93) 13 ± 5,2	(35) 12,8 ± 4,9	(58) 13,1 ± 5,3	*0,76*
Conjoint fumeur (n) Oui N(%) Non N(%)	(82) 70 (85,4%) 12 (14,6%)	(32) 27 (84,4%) 5 (15,6%)	(50) 43 (86%) 7 (14%)	*>0,99*
Consommation de cigarettes à la 1ère consultation (cig/jour) (n) Moy ± ET	(97) 17,6 ± 7,2	(38) 18,2 ± 6,9	(59) 17,2 ± 7,3	*0,51*
Consommation de cigarettes à la dernière consultation (cig/jour) (n) 0 N(%) 1 à 5 N(%) ≥ 6 N(%)	(97) 46 (47,4%) 38 (39,2%) 13 (13,4%)	(38) 19 (50%) 15 (39,5%) 4 (10,5%)	(59) 27 (45,8%) 23 (39%) 9 (15,3%)	*0,79*
Evolution de la consommation de cigarettes (cig/jour) (n) Moy ± ET Augmentation N(%) Stabilisation, diminution N(%)	(97) -15,4 ± 7,6 2 (2,1) 95 (97,9)	(38) -16,3 ± 7,5 1 (2,6) 37 (97,4)	(59) -14,8 ± 7,6 1 (1,7) 58 (98,3)	*0,35* *> 0,99*
CO expiré (ppm) à la 1ère consultation (n) Moy ± ET < 3 N(%) ≥ 3 N(%) à la dernière consultation (n) Moy ± ET < 3 N(%) ≥ 3 N(%)	 (97) 13,3 ± 9,0 9 (9,3%) 88 (90,7%) (97) 4,5 ± 5,4 50 (51,5%) 47 (48,5%)	 (38) 11,9 ± 7,5 4 (10,5%) 34 (89,5%) (38) 3,9 ± 5,0 19 (50%) 19 (50%)	 (59) 14,2 ± 9,8 5 (8,5%) 54 (91,5%) (59) 4,9 ± 5,7 31 (52,5%) 28 (47,5%)	 *0,22* *0,73* *0,40a** *0,81*
Evolution du taux de CO expiré (ppm) (n) Moy ± ET Augmentation N(%) Stabilisation, diminution N(%)	(97) -8,8 ± 8,4 8 (8,2) 89 (91,8)	(38) -8,0 ± 6,6 2 (5,3) 36 (94,7)	(59) -9,3 ± 9,5 6 (10,2) 53 (89,8)	*0,46* *0,48*
Consultation tabac en groupe (n) Oui N(%) Non N(%)	(97) 24 (24,7%) 73 (75,3%)	(38) 12 (31,6%) 26 (68,4%)	(59) 12 (20,3%) 47 (79,7%)	*0,21*
Nombre de consultations individuelles avec SF tabacologue (n) Moy ± ET	(97) 3,9 ± 2,4	(38) 4,3 ± 3,0	(59) 3,6 ± 1,9	*0,16a**

Terme de la grossesse à la première consultation tabac (en SA) (n) Moy ± ET	(97) 22,4 ± 8,1	(38) 27,6 ± 8,1	(59) 19,1 ± 6,0	***< 0,0001***
Nombre de consultations SF tabacologue total (n) = 2 N(%) > 2 N(%)	(97) 23 (23,7%) 74 (76,3%)	(38) 6 (15,8%) 32 (84,2%)	(59) 17 (28,8%) 42 (71,2%)	*0,14*
Type de TNS prescrit (n) Patch N(%) Gommes, pastilles, comprimés à sucer N(%) Inhaleur N(%)	(97) 86 (88,7%) 10 (10,3%) 93 (95,9%)	(38) 36 (94,7%) 3 (7,9%) 35 (92,1%)	(59) 50 (84,7%) 7 (11,9%) 58 (98,3%)	*0,19* *0,74* *0,30*
Durée du suivi (semaines) (n) Moy ± ET	(97) 9,0 ± 6,8	(38) 10,4 ± 7,9	(59) 8,1 ±5,9	*0,10*

**les tests statistiques ont été effectués après transformation logarithmique des variables*

n = nombre de sujets pour lesquels les données sont disponibles, Moy = moyenne, ET = écart type, N = nombre de sujets pour chaque catégorie, % = pourcentage de chaque catégorie

Concernant les caractéristiques du tabagisme, il n'existe pas de différence significative entre le groupe de femmes qui ont eu un suivi tabacologique jusqu'à l'accouchement (G1) et celles qui ont arrêté le suivi (G2) que ce soit pour l'âge de la première cigarette (14 ans), l'âge du tabagisme régulier (16 ans), l'ancienneté du tabagisme (13 ans) et le fait d'avoir un conjoint fumeur.

La consommation quotidienne de cigarettes lors de la première (18,2 vs 17,2 cigarettes par jour) et de la dernière consultation (50% vs 45,8% de non-fumeuses) est comparable dans les deux groupes ainsi que la diminution de la consommation tabagique entre ces deux consultations (-16,3 vs -14,8). Au total, 98% de la population a stabilisé ou diminué sa consommation, avec une diminution moyenne de 15 cigarettes par jour. Plus de 86% des femmes fument moins de six cigarettes par jour à la dernière consultation.
Aucune différence n'est retrouvée entre les deux groupes concernant le taux de CO expiré lors de la première et la dernière consultation tabacologique mais là encore il existe une diminution du CO expiré (-9 ppm) entre les deux consultations pour 92% des femmes, résultat qui est comparable entre les deux groupes. Alors qu'à la première consultation, 9% des femmes avaient un taux de CO expiré inférieur à trois, plus de 50% des femmes ont un taux de CO expiré inférieur à trois lors de la dernière consultation sans différence entre les deux groupes.

La durée du suivi tabacologique est de deux semaines plus élevée dans le groupe G1 et le pourcentage de femmes de ce groupe qui ont eu plus de deux consultations tabacologiques est de 13% plus élevé que dans l'autre groupe mais ces différences ne sont pas significatives.

Par contre, la date de la première consultation tabacologique est significativement plus tardive ($p < 0,0001$) par rapport au début de grossesse dans le groupe des femmes qui ont eu un suivi tabacologique jusqu'à l'accouchement (27,6 SA) que dans le groupe des femmes qui ont arrêté le suivi tabacologique avant le dernier mois de grossesse (19,1 SA).

Dans le groupe G1, le pourcentage de femmes qui ont bénéficié d'une consultation en groupe est de 11% plus élevé que dans le groupe G2, leur nombre de consultations individuelles est également plus élevé et elles ont bénéficié de 10% de plus de patch que l'autre groupe mais aucune de ces différences n'est significative.

III-6. Type d'allaitement déclaré en salle de naissances

Tableau IV : Répartition du choix d'allaitement en fonction du suivi tabacologique

Caractéristiques	Population totale n = 97	G1 n = 38 (39,2%)	G2 n = 59 (60,8%)	*p*
Type d'allaitement				
AM N(%)	79 (81,4%)	33 (86,8%)	46 (78%)	*0,27*
AA N(%)	18 (18,6%)	5 (13,2%)	13 (22%)	

n = nombre de sujets pour lesquels les données sont disponibles, N = nombre de sujets pour chaque catégorie, % = pourcentage de chaque catégorie

Sur la totalité des 97 patientes de l'étude, 39,2% ont été suivies jusqu'à l'accouchement, et 60,8% ont arrêté leur suivi tabacologique avant l'accouchement.

Notons que 81,4% des sujets de la population ont choisi l'AM.

Alors que 86,8% des femmes ayant été suivies en tabacologie jusqu'à l'accouchement ont choisi l'AM, 78% de celles qui ont arrêté leur suivi au moins un mois avant l'accouchement l'ont choisi, soit près de 9% en moins, mais cette différence n'est pas significative (p = 0,27).

IV- DISCUSSION

IV-1. Biais et limites

La principale limite de cette étude est le faible effectif de la population étudiée entraînant un manque de puissance. Le calcul réalisé au préalable nous précisait qu'un nombre de 200 inclusions était un minimum nécessaire pour nous permettre d'obtenir des résultats significatifs. Du fait d'un nombre croissant de patientes bénéficiant d'un suivi tabacologique depuis 2008, nous pensions pouvoir atteindre notre objectif sur une période de deux ans d'inclusion. Ceci n'a pas été le cas car nous n'avons pu inclure dans l'étude que 127 dossiers alors que la période d'inclusion a été de deux ans et huit mois. Plusieurs éléments expliquent ce faible effectif. Le premier est que les données recueillies dans les dossiers papiers pour les années 2008 et 2009 étaient différentes de celles collectées à partir de 2010, et donc ces dossiers n'ont pas pu être inclus dans l'étude. Le deuxième facteur est que la grande majorité des patientes ne consultent qu'une fois et n'entreprennent pas de suivi tabacologique. Le dernier est que près de 25% des patientes ont du être exclues de l'étude mais ce pourcentage élevé était difficilement prévisible au départ. Il est probablement dû à l'activité professionnelle de la SF tabacologue qui exerce également à la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) où consultent une grande majorité de personnes en situation précaire. Les résultats sont donc à interpréter avec précaution car notre population ne comporte pas un nombre suffisant de sujets pour nous permettre de conclure.

Notre travail nous permet d'insister sur la nécessité de collecter les données tant à partir du dossier tabacologique que du DMO. Ceci permet de recouper et de compléter certaines informations, améliorant ainsi la qualité des données recueillies et limitant donc le nombre de données manquantes.

Parmi les données recueillies, de nombreuses variables permettant de quantifier le tabagisme sont basées sur le mode déclaratif, avec un risque non négligeable de sous-estimation et d'introduction d'un biais important. Pour pallier cet inconvénient, nous avons utilisé le taux de CO expiré ce qui nous a permis, dans une certaine mesure, d'attester les déclarations des patientes. Mais, malgré l'efficacité de ce test, une faible proportion de femmes en arrêt tabagique a pu être considérée à tort comme toujours fumeuse, du fait d'un taux de CO expiré positif. En effet, le taux de CO expiré varie selon plusieurs paramètres difficilement contrôlables tels que la pollution atmosphérique (gaz d'échappement…), ou la pollution domestique (chauffage déficient, tabagisme passif…) qui peuvent positiver le taux de CO expiré chez une patiente non fumeuse. Ceci explique que nous ayons relevé le fait que les patientes vivaient ou non avec un conjoint fumeur.

Le mode déclaratif pose le même problème de sous-estimation pour l'alcoolisme et la toxicomanie alors que la grossesse est une période propice au sevrage d'une addiction. En effet, une étude de 2002 portant sur une cohorte de 587 mères montre que le sevrage du tabagisme a deux fois plus de chances de réussir pendant la grossesse chez les primipares (OR = 2,05; 95% CI [1,047 – 4,03]; p < 0,05) , et que ce taux de réussite est encore plus important en cas d'alcoolisme associé (OR = 2,58; 95% CI [1,00 – 6,66]; p < 0,05). [8]

Un biais de confusion concerne la parité dans le choix de l'AM [11] ce qui explique que les antécédents d'AM des enfants aînés pour les patientes multipares aient été relevés afin de vérifier la comparabilité de nos deux groupes. Mais du fait d'une majorité de primipares dans notre population, il existait de nombreuses données manquantes pour cette variable ce qui nous a empêchés de la prendre en compte dans notre analyse, malgré son influence sur le choix d'allaitement.[11]

Dans l'analyse statistique, nous avons travaillé sur le logarithme des variables « taux de CO expiré à la dernière consultation » et « nombre de consultations individuelles » afin de normaliser la distribution des variables et pouvoir utiliser le test de Student de comparaison des moyennes. Ceci explique que nous ayons 27 données manquantes pour le « log de CO expiré à la dernière consultation » car le log de zéro n'existe pas.

De plus, pour certaines variables, telle que le nombre total de consultations, par exemple, nous avons dû faire des catégories car la distribution de la variable n'étant pas gaussienne, nous ne pouvions comparer les moyennes par un test de Student. Après avoir créé une nouvelle variable qualitative, nous avons pu appliquer un test du Chi^2 ou le test exact de Fisher.

IV-2. Interprétation des résultats

Près de 25% des patientes éligibles ont du être exclues. En effet, une patiente ne parlant pas le français ou en situation de précarité aura plus de difficultés avec le suivi tabacologique (incompréhension, prix des TNS…). De même, des femmes dont l'enfant est porteur d'une malformation compliquant l'AM (fentes) seront plus susceptibles de ne pas initier ce dernier, tout comme les patientes pour lesquelles l'AM est contre-indiqué (séropositivité au virus de l'immunodéficience humaine).

IV-2.1. Caractéristiques de la population

La première donnée que nous avons analysée était l'âge dont la moyenne était de 29 ans environ, sans différence statistiquement significative entre les deux groupes (p = 0,83), ce qui est en accord avec une étude de 2011 réalisée par l'INSEE qui retrouve un âge moyen des femmes françaises, à l'accouchement, de 30 ans, toutes parités confondues. [25]

Plusieurs facteurs ont été recueillis car pouvant être des facteurs favorisant le suivi tabacologique jusqu'à l'accouchement, tel que le fait de vivre en couple. Nous pouvons en effet supposer qu'une patiente seule aura plus vite tendance à se décourager, et donc à stopper son suivi, qu'une patiente qui sera accompagnée par son conjoint. Une étude montre en effet que le célibat est associé à un plus grand risque d'échec du sevrage tabagique. [26] Dans notre étude, la majorité des femmes étaient en couple, sans différence entre les deux groupes (89,5% pour le G1 vs 86,4% pour le G2 ; p = 0,76). Si être en couple avec un conjoint qui est favorable à l'AM favorise le choix d'un AM [27], nous pouvons cependant nous poser la question suivante : Est-ce vraiment une aide d'être en couple lors d'une démarche de sevrage tabagique? Pour pouvoir répondre, intéressons-nous au statut tabagique du conjoint car nous avons pu voir que le tabagisme passif était également une cause d'intoxication au CO. De plus, le tabagisme actif du conjoint, induisant un tabagisme passif de la femme enceinte, est fréquemment retrouvé chez les patientes en échec de sevrage tabagique. [28] Dans notre étude, 85% des femmes vivant en couple, quel que soit leur groupe d'appartenance, ont un conjoint fumeur, ce qui peut expliquer pour certaines femmes un taux de CO expiré supérieur à trois lors de la dernière consultation caractérisant ainsi une intoxication débutante au CO due à un tabagisme passif [Annexe n°2].

Globalement, nous pouvons retenir de ces résultats que les patientes fumeuses étaient majoritairement en couple avec des conjoints également fumeurs, et que les proportions de ces deux paramètres étaient comparables dans nos deux groupes, que les patientes aient été ou non suivies jusqu'à l'accouchement.

Pour interpréter la donnée « profession », il faut avoir à l'esprit que nous avions initialement considéré les catégories professionnelles telles qu'indiquées dans la nomenclature de l'INSEE, mais par manque d'effectifs, nous avons dû les regrouper, de façon logique, pour finalement obtenir trois catégories, d'où un manque de précision certain dans l'analyse de ces données. Les professions de nos deux groupes n'étaient statistiquement pas différentes (p = 0,63).

Pourtant, il est à noter la présence d'une proportion importante de patientes sans activité professionnelle dans notre population (39,1%) ce qui va dans le sens des données fournies par le baromètre santé 2010 de l'INPES indiquant une forte hausse de la prévalence du tabagisme chez les chômeurs entre 2005 et 2010 (respectivement 44,0 % et 50,8 % de fumeurs, p < 0,001), pouvant ainsi expliquer que cette population soit prépondérante dans notre étude. [29] De même, il est important de retenir qu'une situation psychosociale défavorable favorise l'échec d'un sevrage tabagique, pouvant ainsi peut-être expliquer un arrêt du suivi. [26]

De plus au sein du groupe G1 des femmes ayant un suivi tabacologique jusqu'à l'accouchement, la proportion de cadres/professions intellectuelles supérieures/professions intermédiaires par rapport aux employés/ouvriers est plus importante que dans le groupe G2 (respectivement ratio de 2 vs 1,3). Ces données vont dans le sens du rapport 2010 de l'INPES qui rapporte que la prévalence de fumeurs a diminué parmi les individus de niveau d'étude supérieur au bac, ce qui nous permet de supposer qu'un meilleur niveau d'étude permet une meilleure compréhension des dangers du tabagisme ainsi que des bénéfices liés à la prise en charge tabacologique.[29]

De plus, une étude de 2009, retrouve un taux d'allaitement plus important chez les mères socio-économiquement plus favorisées.[30] Nos proportions de cadres au sein de chaque groupe étant importantes, nous pouvons supposer que ce paramètre contribue au fort pourcentage d'allaitement maternel de notre étude.

Concernant l'origine géographique des patientes de notre étude, près de 93% des femmes étaient européennes. Par contre 13,5% des femmes du G1 n'étaient pas européennes soit un pourcentage six fois plus important que celui du G2, différence qui est à la limite de la significativité (p = 0,08). Ces résultats sont en accord avec les données de l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace qui rapporte que la nationalité est un facteur reconnu comme influençant le choix d'allaitement [11]. En effet, les femmes originaire du Sud qui représentent les femmes non européennes du G1 choisiraient plus facilement l'AM de par leur culture et se feraient d'autant plus suivre pour pouvoir diminuer au maximum leur tabagisme.

A propos de l'IMC maternel en dehors de la grossesse, nous remarquons que les deux groupes avaient une moyenne située dans la zone de corpulence normale, c'est-à-dire inférieure à 25.

Concernant la parité, les deux groupes de notre étude étaient constitués de plus de 50% de primipares sans que nos résultats ne soient significatifs (p = 0,63). De plus, la proportion de patientes ayant allaité leur aîné était élevée dans chacun de nos deux groupes. En effet, sur les 43 multipares de l'étude, 42% ont eu un suivi tabacologique jusqu'à l'accouchement au sein desquelles 90,9% des femmes ont allaité leur aîné. Pour les 58% de multipares qui n'ont pas eu de suivi jusqu'à l'accouchement, seulement 66,7% d'entre elles ont allaité leur aîné. Que ce soit la primiparité ou l'antécédent d'AM d'un aîné, ces deux facteurs sont reconnus comme facteurs favorisant l'AM ainsi que sa durée.[11][12] De plus, la parité tout comme l'âge, le niveau d'éducation et l'intention d'allaiter sont des facteurs favorisant l'arrêt tabagique chez la femme enceinte.[20]

Le désir d'allaitement maternel, facteur retrouvé, dans certaines études, comme influençant positivement le choix d'allaiter [11], comportait 31 données manquantes ce qui représente 32% de notre effectif total, donc une importante difficulté dans son interprétation. Cependant, près de 79% des sujets de l'étude déclaraient leur intention d'allaiter, ce qui peut expliquer nos taux d'AM déclarés en salle de naissances. Bien qu'il n'existe pas de différence significative, la proportion de femmes ne désirant pas allaiter dans le G2 était de 7% plus élevée que dans le G1 contribuant probablement au fait qu'elles aient arrêté leur suivi tabacologique bien avant l'accouchement.

Concernant les addictions associées, relevons que parmi les patientes du G1, 8,3% reconnaissaient souffrir d'alcoolisme et 11,1% de toxicomanie. En revanche, aucune patiente du G2 ne déclarait une dépendance alcoolique (p = 0,06) et 5,2% des femmes de ce groupe déclaraient une toxicomanie, sans différence significative avec le G1 (p = 0,42). Il est important de noter que ces données comportent une part importante de subjectivité venant de la perception de l'alcoolisme selon chaque individu, mais l'utilisation du mode déclaratif impose au soignant de croire les dires de la patiente.
Les patientes ayant une autre addiction associée au tabagisme sont souvent mieux suivies que les autres (comme nous avons pu le lire dans les dossiers lors du recueil de données), car elles ont conscience de leur accoutumance et de ce que cela implique pour leur enfant puisque les méfaits de l'alcool sur la grossesse, sont généralement connus du grand public [31]. Elles tentent donc de s'en sortir pour leur santé et pour celle de leur enfant. Une grossesse est alors une sorte d'électrochoc les forçant à se surpasser dans cette démarche de sevrage, ainsi le suivi est une des portes de sortie de la dépendance s'ouvrant à elles. Une étude de 2002 a montré que les femmes qui consommaient de l'alcool avant la grossesse étaient trois fois plus susceptibles d'arrêter de fumer que les autres.[8]

Au total, bien qu'il y ait des tendances, les caractéristiques de nos deux groupes étaient comparables pour chacun des 11 critères caractérisant la population.

Les antécédents d'AM pour la patiente elle-même, la participation à des cours de préparation à l'accouchement et la durée du congé maternité n'ont pu être relevés car ces informations n'étaient pas indiquées dans les dossiers. Ces éléments auraient été intéressants à étudier de par un effet certain retrouvé sur le choix d'allaitement [12][30]. En effet, une patiente qui aura été allaitée par sa mère par exemple, lorsqu'elle était nourrisson, aura probablement une opinion favorable sur l'AM et sera plus encline à allaiter elle-même son enfant. [12][30]

IV-2.2. Caractéristiques des nouveau-nés

Certaines caractéristiques des nouveau-nés sont tout à fait comparables entre les deux groupes : âge gestationnel de naissance (39 SA), poids de naissance (-125 g les enfants du G1), taille (49 cm) et périmètre crânien (33 cm), pH artériel (7,2) et pH veineux (7,3) ombilical. Ainsi, aucune anomalie n'est à signaler à propos des nouveau-nés de notre population.

En ce qui concerne le score d'Apgar, nous n'avons pu réaliser de comparaisons de moyenne, car les représentations graphiques des données n'étaient pas gaussiennes. Nous avons ainsi utilisé le test du Chi^2, après avoir créé deux catégories : Apgar égal à 10, et Apgar inférieur ou égal à 9.
Ce qui nous importait était de savoir comment les nouveau-nés s'étaient adaptés à la vie extra-utérine. La majorité de notre effectif comportait un score de 10 dès la première minute de vie (80,4% de la population totale). Alors qu'une proportion plus importante de score inférieur ou égal à 9 était retrouvée dans le G1 à 1 minute (28,9% vs 13,6%) et 3 minutes (21,1% vs 6,8%) (résultats à la limite de la significativité ($p = 0,06$)), les résultats étaient comparables entre les deux groupes à 5 et 10 minutes de vie avec une amélioration progressive des scores d'Apgar témoignant d'une amélioration du nouveau-né. Il s'agit d'être prudent dans l'interprétation de ce résultat, car de nombreux paramètres peuvent influencer la cotation de ce score. En effet, le déroulement et la durée du travail puis de l'expulsion influent sur l'état néonatal. De même, bien que défini par des critères précis, la subjectivité de l'opérateur influence souvent sa cotation.

Au total, nos deux groupes étaient parfaitement comparables à propos des caractéristiques des nouveau-nés.

IV-2.3. Le tabagisme et le suivi tabacologique

Sur les 7200 accouchements qui ont eu lieu pendant les 32 mois de notre étude, près de 2400 femmes auraient pu bénéficier d'un suivi tabacologique si l'on considère que 24% des femmes enceintes étaient fumeuses [4]. Or seulement 127 femmes ont été suivies ce qui représente seulement 5,3% des femmes fumeuses, et seul 39,2% des femmes de notre étude ont été suivies jusqu'à l'accouchement, contre 60,8% d'arrêt de suivi.

Ce faible effectif peut s'expliquer par le fait que le suivi tabacologique n'est pas toujours proposé aux patientes fumeuses, et que, lorsqu'il l'est, peu de femmes consultent. En effet une étude conduite en 2006 montre, qu'en grande majorité, les patientes fumeuses en début de grossesse déclarent avoir été questionnées à propos de leur consommation tabagique, mais seules quelques-unes d'entre elles ont été interrogées sur leur(s) tentative(s) d'arrêt, leur motivation à propos d'un sevrage, et que peu d'entre elles ont bénéficié d'une orientation vers un professionnel spécialisé. De plus, parmi les femmes ayant été adressées à un tabacologue, très peu ont effectivement consulté. [28]
Or l'information médicale est particulièrement importante dans la réussite d'un sevrage. En effet, de cette information dépend la motivation de la patiente, ainsi que sa confiance envers le tabacologue qui la suit. [26]

Dans notre étude, la régularité du tabagisme survient à l'adolescence, à l'âge de 16 ans en moyenne. Il aurait donc été utile de pouvoir recueillir le statut tabagique des parents des patientes de notre étude lors de la naissance de ces dernières, ainsi que l'antécédent d'AM pour la patiente elle-même, car les enfants de mères fumeuses sont plus enclins à fumer à l'adolescence que les enfants de mères non fumeuses. Un des mécanismes qui peut jouer est l'*imprégnation précoce* : le goût spécifique du tabac est transmis de la mère à l'enfant par le biais du liquide amniotique, puis par celui du lait maternel. Ainsi, une étude retrouve que le lait maternel change de goût et d'odeur en fonction des cigarettes fumées (l'intensité de ce goût diminue avec la durée séparant la cigarette fumée de la tétée). L'enfant expérimente ainsi de façon précoce le goût du tabac ; une telle expérience précoce peut rendre ce goût nettement plus attrayant, et donc favoriser la dépendance au tabac plus tard dans la vie. [32]
Cependant, ces données n'étaient pas disponibles dans les dossiers tabacologiques ni dans le DMO.

Rappelons que le taux de CO expiré est un élément essentiel dans le suivi tabacologique permettant de mesurer le niveau d'intoxication des patients au monoxyde de carbone.
L'absence d'intoxication au CO se caractérise par des valeurs du CO expiré comprises entre 0 et 2 ppm et qu'entre 3 et 9 ppm, nous qualifions l'intoxication de débutante, pouvant être liée à un tabagisme passif notamment. En revanche, lorsque le taux de CO expiré dépasse les 10 ppm, nous sommes alors en présence d'une intoxication importante. [Annexe 2]

IV-2.3 a. Caractéristiques du tabagisme au début du suivi

L'âge moyen de la première cigarette (14 ans), l'âge de régularité du tabagisme (16 ans), et l'ancienneté moyenne du tabagisme (13 ans) étaient comparables dans les deux groupes. Ces données sont tout à fait concordantes puisque l'âge moyen de notre population d'étude était de 29 ans. En effet, la régularité du tabagisme étant survenue en moyenne à 16 ans, il est normal que l'ancienneté du tabagisme qui correspond à la différence entre la régularité et l'âge des patientes soit égale à 13 années.

Remarquons que cette première expérience tabagique, puis la régularité qui s'ensuit, s'inscrivent dans le contexte particulier de l'adolescence, où le jeune, plus tout à fait enfant, mais pas totalement adulte, recherche la prise de risques et essaie de nouvelles expériences pour s'affirmer. Or, un âge d'une première cigarette à 14 ans et un tabagisme régulier à 16 ans signent la précocité du tabagisme, facteur de risque d'une forte dépendance future. Il a été montré que cette consommation précoce de tabac était associée à une forte consommation de cigarettes ultérieure, et que les sujets ayant commencé à fumer avant l'âge de 16 ans avaient une probabilité deux fois plus élevée que ceux ayant commencé à fumer après cet âge de demeurer fumeur à l'âge de 60 ans. [33][34] Il est de ce fait très important de profiter de la grossesse, période propice à l'arrêt tabagique [8], pour essayer de sevrer du tabac cette population particulièrement à risque tant pour elle-même que pour leur enfant.

La consommation tabagique des deux groupes était comparable à la première consultation comme l'atteste la consommation déclarée de cigarettes (18 cigarettes par jour pour le G1 vs 17 cigarettes par jour pour le G2). Cette consommation était confirmée par le taux de CO expiré (moyennes égales à 11,9 ppm pour le G1 et 14,2 ppm pour le G2), qui classe les deux groupes au stade « intoxication importante ». Pour cette dernière variable, l'écart type élevé explique qu'aucune différence significative ne soit retrouvée entre les groupes. De nombreux paramètres peuvent expliquer cette variabilité : façon de fumer (inhalation plus ou moins intense de la fumée), tabagisme passif, exposition à la pollution urbaine, moyens de transport utilisé… Les femmes qui ont le taux de CO le plus élevé sont les plus intoxiquées, et donc probablement celles qui ont une dépendance plus importante au tabac et ainsi des difficultés supplémentaires lors d'une tentative de sevrage…

De plus le statut tabagique maternel influence négativement l'initiation d'un AM [14]. Ainsi, les femmes de nos deux groupes fumant presque un paquet de cigarettes par jour, il est nécessaire de s'intéresser au suivi tabacologique qu'elles ont entrepris, afin de regarder si ce dernier présente un éventuel effet sur le choix d'allaitement de ces patientes.

IV-2.3 b. Période et durée du suivi tabacologique

Les moyennes du nombre de consultations individuelles au sein de chaque groupe étaient comparables (4,3 pour le G1 et 3,6 pour le G2), cependant l'écart type de G1 est plus important que celui du G2 (3,0 vs 1,9) ce qui indique une distribution plus large de nos valeurs pour le G1. Dans chacun des deux groupes, nous notons une très forte majorité de femmes ayant consulté plus de deux fois (G1 : 84,2% ; G2 : 71,2% ; p = 0,14). Ces données peuvent être mises en parallèle avec la durée du suivi qui est plus longue de deux semaines chez les sujets du G1 mais cette différence n'est pas non plus significative.

Ainsi la durée et la qualité du suivi des deux groupes sont comparables, mais les femmes du G1 consultent pour la première fois, en moyenne, huit semaines plus tard que celles du G2 (respectivement à 27 SA + 4 jours vs 19 SA + 1 jour) et cette différence est statistiquement significative (p < 0,0001).
Cette première consultation plus tardive est peut-être liée à une méconnaissance des dommages du tabagisme (actif ou passif sévère), ou de la possibilité de réaliser des consultations tabacologiques au CHRA. Il se peut également que la question des addictions ne soit pas posée lors du suivi de grossesse ou bien que les patientes aient un suivi de grossesse en dehors du CHRA et ainsi ne soient pas adressées à la SF Tabacologue au CHRA. Il se peut aussi, tout simplement, que les patientes aient besoin de ce temps pour prendre conscience de la gravité des effets de leur tabagisme. Elles vont ainsi consulter pour limiter leur culpabilité (auto engendrée le plus souvent mais parfois liée à l'entourage) et se responsabiliser. De plus, précisons que leur propre compréhension du suivi, l'intérêt qu'elle lui porte, leur niveau socio-économique, leur âge etc., sont autant de facteurs influençant le suivi.

Par contre ces patientes consultant plus tard dans la grossesse ont une durée de suivi équivalente au groupe G2 expliquant ainsi qu'elles soient suivies jusqu'à l'accouchement. Les patientes du G2 qui commencent à être suivies plus tôt arrêtent également plus tôt leur prise en charge. Il est donc tout à fait possible que les femmes qui avaient débuté plus tôt leur suivi tabacologique et pour lesquelles il avait été une réussite arrêtent d'être suivies en cours de grossesse, et soient donc incluses dans le G2. Ces éléments pourraient s'expliquer par une qualité différente du suivi si celui-ci a lieu au premier, deuxième ou troisième trimestre de la grossesse ; ainsi que par une perception différente du suivi par la femme selon le moment de sa grossesse où elle l'entreprend (diminution du risque ou sevrage complet).

Au total, les femmes qui ont un suivi jusqu'à l'accouchement bénéficient de leur première consultation tabacologique deux mois plus tard que celles qui arrêtent leur suivi au moins un mois avant l'accouchement, rendant ainsi comparable la durée du suivi entre les deux groupes.

A propos du terme de la dernière consultation tabac :

Le terme de la grossesse lors de la dernière consultation tabac est la donnée qui nous a servi à constituer nos deux groupes. En conséquence cette information n'a pas pu être analysée. En effet, nos deux groupes étant différents, il est parfaitement inutile d'étudier la comparabilité de ces derniers pour l'item « terme de la grossesse à la dernière consultation », car le risque d'erreur alpha est forcément statistiquement significatif, car inférieur à 5%.

En clair, le terme de la dernière consultation tabac est utilisé pour constituer les groupes d'étude, que sont :

- Groupe 1) suivi jusqu'à l'accouchement (dernière consultation dans le mois précédant l'accouchement, soit forcément au-delà de 33 SA car les accouchements prématurés étaient exclus de l'étude) et

- Groupe 2) arrêt de suivi tabacologique (dernière consultation plus d'un mois avant l'accouchement, soit forcément avant 33 SA).

Donc au total, présence de deux groupes différents à ce propos, sans quoi l'étude ne pourrait pas être réalisée.

IV-2.3 c. Type de suivi tabacologique

A propos de la participation à une **consultation en groupe**, notons que 31,6% des sujets du G1 en ont bénéficié soit 11,3% de plus que le G2 mais cette différence n'est pas significative. Nous pouvons supposer que cette consultation en groupe favorise la mise en place d'un suivi ultérieur. En effet, se retrouver pour la première fois, non pas seule avec le professionnel de santé, mais ensemble avec d'autres femmes enceintes qui entreprennent la même démarche pour se libérer du même problème qu'est le tabagisme, est rassurant pour ces patientes. Elles ne sont pas pointées du doigt, elles obtiennent de nombreuses explications sur le déroulement du suivi ce qui leur permet de dédramatiser ce concept. Pour avoir assisté à ce type de consultation, nous avons remarqué que souvent les patientes craignaient d'initier un suivi par peur que le tabacologue ne les empêche de fumer, notamment en les privant de leurs cigarettes. Ce premier rendez-vous en groupe leur permet souvent d'apaiser leurs craintes, en échangeant quelquefois sur leurs propres expériences (selon l'ambiance au sein du groupe bien sûr).

IV-2.3 d. Prescription de TNS

Concernant la prescription de TNS, nous n'avons aucune donnée manquante pour ce paramètre mais par manque d'effectif nous avons dû regrouper plusieurs catégories (gommes, pastilles et comprimés à sucer ne constituent plus qu'une seule classe). Ainsi, nous ne regardions que les situations où le TNS cité avait été prescrit, ce qui explique parfois de faibles effectifs pour des catégories telles que « gommes, pastilles et comprimés à sucer ».

Dans notre étude, une très grande majorité des patientes ont bénéficié de la prescription d'un TNS. En effet, près de 89% de notre effectif a bénéficié de la prescription de patch, et 96% de la prescription d'un inhaleur. Ces chiffres vont dans le sens d'une étude écossaise qui concluait que les entretiens motivationnels seuls ne suffisaient pas dans l'accompagnement au sevrage tabagique. Les auteurs suggéraient donc aux sages-femmes de proposer plutôt des substituts nicotiniques aux femmes enceintes qui continuaient de fumer et qui n'arrivaient pas à arrêter seules.[22]
Ces chiffres élevés de prescription de TNS contribuent à l'explication de nos résultats à propos de l'évolution du tabagisme et des taux d'AM. En effet, le tabagisme étant considéré comme un facteur de risque important de ne pas allaiter [13][17][18], le fait de le diminuer favorise le choix d'un AM.

Dans le G1, 10% de femmes en plus ont bénéficié de la prescription de patchs alors que 6% de moins ont bénéficié d'un inhaleur que dans le G2 mais ces différences ne sont pas significatives.
Nous pouvons supposer que dans le G2 les patientes étaient plus dépendantes, et que les seuls patchs ne leur suffisaient pas à combler leur sensation de manque, d'où l'association avec l'inhaleur plus fréquente. Or assumer au quotidien un inhaleur, (qui, en terme de design, ne ressemble en rien à une cigarette) est plus difficile qu'assumer un patch collé sur la peau, qui est invisible sous les vêtements. Souvent les patientes vivent mal l'utilisation de l'inhaleur du fait des mauvaises réflexions et moqueries dont elles deviennent l'objet en l'utilisant (remarques fréquemment entendues lors de la pratique clinique). Ceci peut donc, éventuellement, expliquer une utilisation moindre au fil du temps, une difficulté à l'arrêt tabagique, une sensation d'échec et donc un arrêt du suivi.

En résumé, pour notre étude, bien que les résultats entre nos deux groupes ne soient pas statistiquement significatifs, nous avons pu remarquer que les **patchs et l'inhaleur étaient les TNS les plus prescrits** lors de la mise en place d'un traitement médicamenteux. Les gommes, pastilles et autres comprimés semblent être particulièrement délaissés. Sont-ils moins appréciés des femmes, ou des professionnels de santé ? Sont-ils supportés par les patientes ? Les considèrent-elles efficaces ? Qu'en est-il de leur goût ? Car rappelons-le, il s'agit là de TNS par voie orale, contrairement au patch par exemple, dont la voie d'administration est transcutanée.

Abordons ici une idée fausse, fréquemment entendue en pratique clinique, récurrente dans l'esprit des patientes. Malgré les campagnes de sensibilisations cette idée est si répandue qu'elle empêche probablement un grand nombre de patientes d'initier un suivi. En effet, il n'est pas interdit de fumer lorsque l'on est traitée par TNS. Le risque principal est le surdosage de nicotine, se traduisant par des nausées, vomissements, malaises, que les femmes attribuent souvent aux TNS, d'où parfois, l'abandon de la substitution par TNS et donc du suivi. De même, l'utilisation de TNS ne semble pas avoir de conséquence sur la grossesse [35] et ne contre-indique pas l'initiation d'un AM (depuis 1997).[24]

Rappelons qu'il est préférable d'être suivi par un professionnel tabacologue qui prescrira les posologies adaptées de TNS, plutôt que de tenter d'arrêter de fumer seul et de prendre au hasard des TNS, le risque principal étant l'échec de l'arrêt tabagique attribué par ces patients à une inefficacité des TNS.

Retenons à présent une information très importante, que les patientes tendent à oublier, voire même, à méconnaitre, d'où une crainte supplémentaire et une non-initiation du suivi. Lors de la grossesse, le plus toxique pour l'enfant, n'est pas tant la nicotine administrée via les TNS, que le CO, et autres substances toxiques, produits par la combustion d'une cigarette.[24] Il est donc préférable d'augmenter la posologie des TNS si besoin, plutôt que de réintroduire une cigarette supplémentaire.

Il s'agit donc que le professionnel de santé soit formé en tabacologie, notamment, pour apporter le soutien et la prescription médicale appropriée, afin d'obtenir un véritable effet sur le tabagisme. En effet, une étude de 2012, retrouve un effet mesurable de la formation des professionnels de santé intervenant dans le cadre du sevrage tabagique sur la prévalence ponctuelle du tabagisme ainsi que sur l'abstinence continue.[36]

IV-2.3 e. Evolution du tabagisme pendant le suivi tabacologique

Il est important de noter qu'entre la première et la dernière consultation de tabacologie, la diminution du tabagisme est majeure comme le montre la consommation tabagique (baisse de 90% pour le G1 vs baisse de 86% pour le G2) ainsi que la diminution du taux de CO expiré (baisse de 67% pour le G1 vs 65% pour le G2), mais cette diminution est la même entre les deux groupes ($p > 0,05$).

Notons que le G1 présentait 50% de patientes dont le taux de CO à la dernière consultation était inférieur à trois contre 52,5% pour le G2 ($p = 0,81$). Ce qui signifie qu'en majorité, les patientes du G2 en arrêt de suivi, obtenaient un taux de CO expiré à la dernière consultation plus favorable que les patientes du G1 suivies jusqu'à l'accouchement. Ceci est contraire à notre postulat de départ. En effet, il s'agit d'interpréter ce résultat avec précaution, car cette différence peut s'expliquer par le fait que les femmes pour lesquelles le suivi tabacologique a été une réussite, arrêtent d'être suivies en cours de grossesse, et sont donc ainsi incluses dans le G2. Or il ne s'agit pas là d'arrêt du suivi avec « échec » de

la prise en charge sur la consommation tabagique, mais bel et bien de patientes en arrêt tabagique considérant que le suivi ne leur est plus utile. Bien évidemment, en pratique, ces patientes peuvent être revues si elles le désirent, mais il ne s'agit pas ici de notre propos.

Pour qualifier l'arrêt du tabagisme à la dernière consultation tabac nous avons relevé la consommation quotidienne de cigarettes déclarées, puis via le taux de CO expiré, nous avons attesté ces déclarations (si le taux de CO expiré était inférieur à trois, l'arrêt du tabagisme déclaré était confirmé). En effet, nous ne pouvions nous fier uniquement au mode déclaratif (honnêteté des patientes), ou au taux de CO expiré (sensible à l'environnement). Ces deux données se complètent l'une l'autre.

Cependant, gardons à l'esprit que la justesse de la déclaration du tabagisme s'améliore tout au long du suivi car peu à peu les femmes font confiance à leur tabacologue, et ainsi la consommation tabagique déclarée est mieux corrélée au taux de CO expiré. En effet, lors de la dernière consultation tabacologique, 27 patientes du G2 déclaraient ne plus fumer aucune cigarette, or 31 patientes de ce même groupe avaient un taux de CO expiré inférieur à trois, soit quatre patientes déclarant fumer au moins une cigarette par jour mais dont le taux de CO expiré ne nous permettait pas de le prouver car se situant en dessous du seuil d'intoxication. *(Ainsi il ne peut pas s'agir des femmes en arrêt de suivi pour lesquelles le sevrage tabagique a été une réussite, puisqu'ayant arrêté de fumer, elles sont retrouvées parmi les 27 femmes ne fumant aucune cigarette.)*
Ceci peut s'expliquer par la confiance qui se crée, au fil des consultations, entre les patientes et le tabacologue qui les suit. Elles deviennent plus honnêtes lors de la déclaration du nombre de cigarettes fumées. De plus, diminuer leur taux de CO augmente leur confiance en elle, et leur redonne une motivation supplémentaire pour continuer leur suivi. De plus, la quantité de CO dans le corps d'une femme enceinte diminue de moitié toutes les 4 à 6 heures. Ainsi, plus les TNS prescrits sont adaptés à la patiente, moins elle ressent le besoin de fumer, plus les cigarettes s'espacent, et plus la durée devient importante entre la dernière cigarette fumée et l'heure de la consultation, ce qui permet une diminution plus franche du taux de CO expiré, d'autant qu'après 48 heures d'abstinence tabagique la totalité du CO est éliminée de l'organisme.

Précisons également qu'il n'est pas rare qu'une patiente ayant diminué sa consommation quotidienne de cigarettes augmente dans le même temps son niveau d'intoxication au monoxyde de carbone. En effet, il s'agit d'être prudent dans l'analyse de la consommation tabagique ainsi que du taux de CO expiré car ce phénomène s'explique de deux façons. Soit la patiente n'est pas substituée par TNS, ou bien elle est traitée mais à des posologies insuffisantes qui ne sont pas adaptées à son niveau de dépendance (elle fume donc plus intensément le peu de cigarettes qu'elle s'autorise quotidiennement); soit la patiente a diminué sa consommation de cigarettes, mais pas son niveau de dépendance physique à la nicotine. Son corps ressent alors le manque, et par une action réflexe elle prend de plus larges bouffées sur sa cigarette ce qui augmente les produits de combustion néfastes pour la santé et ainsi

augmente son niveau d'intoxication au CO. Cette façon d'agir a pour conséquence l'effet contraire de celui recherché car la quantité de nicotine délivrée ne sera pas plus importante, en revanche les produits de combustion, eux, seront très augmentés. Si cette réaction n'est pas nécessairement consciente, elle reste fréquente et constitue une sorte de tentative d'adaptation du corps humain au manque de nicotine appelée *phénomène de titration*.

A l'inverse, il arrive que certaines femmes augmentent leur consommation quotidienne de cigarettes sans augmenter leur taux de CO expiré. Ceci s'explique simplement par le fait que la patiente, en fumant quelques cigarettes supplémentaires, obtient la quantité de nicotine dont elle a besoin, et fume ainsi chaque cigarette de façon moins intense. De cette manière, moins de produits de combustion (tels que le CO) sont créés, et la patiente semble « moins intoxiquée ».

Notons qu'il peut arriver que pour apaiser leur stress, les patientes fument une cigarette juste avant la consultation tabac. Malgré une consommation tabagique diminuée, les résultats du CO test peuvent ainsi être quelquefois plus élevés que ceux attendus, et donc pas forcément très représentatifs du réel statut tabagique actuel de la patiente. De même, le taux de CO ne pouvant être surestimé, il se peut simplement qu'il ait été sous-estimé lors de la première consultation tabac du fait du contexte qui précède la consultation en groupe (qui a toujours lieu le matin). Par exemple, une patiente initiant seule un sevrage complet brutal depuis 24 à 48 heures, ou, une patiente qui n'aurait pas fumé depuis la veille, auront des taux de CO expiré très faibles à la première consultation, mais qui fluctueront au fil de l'évolution de leur sevrage qui peut comporter des rechutes du tabagisme associées à une augmentation du CO expiré. D'où parfois une différence positive entre les taux de CO expirés entre la première et la dernière consultation (taux final supérieur au taux initial). En effet, nous pouvons remarquer que 8,2% des sujets de notre population ont augmenté leur taux de CO expiré, ce résultat étant à moduler dans son interprétation par le phénomène que nous venons de décrire.

De même, il s'agit d'être prudent dans l'interprétation des résultats du CO test, car, rappelons-le, le taux de CO expiré est modifiable par l'environnement. En effet, une patiente non fumeuse peut très bien présenter un CO test supérieur à 3 ppm (seuil d'intoxication), simplement par l'effet de la pollution atmosphérique, d'un chauffage domestique défaillant, d'un tabagisme passif ou d'une exposition professionnelle.

Lors de la dernière consultation, une majorité de femmes ne fumaient plus aucune cigarette (50% du G1 vs 45,8% du G2) ce qui est en accord avec le taux de CO mesuré (50% du G1 vs 52,5% du G2 avaient un taux inférieur à trois, c'est-à-dire en dessous du seuil d'intoxication).
Seulement 10,5% des femmes du G1 et 15,3% de celles du G2 conservaient une consommation quotidienne de cigarettes supérieure ou égale à six cigarettes.

Retenons qu'en termes d'effectif, 97,4% des femmes du G1 et 98,3% de celles du G2 avaient stabilisé ou diminué leur consommation tabagique. De même, 94,7% des femmes du G1 et 89,8% de celles du G2 avaient stabilisé ou diminué leur taux de CO expiré.

Cette diminution importante dans les deux groupes (consommation : -15 cigarettes par jour et intoxication au CO : -9 ppm, en moyenne) témoigne d'une **efficacité du suivi tabacologique** que celui-ci ait été poursuivi jusqu'à l'accouchement ou qu'il ait été arrêté au moins un mois avant. Ceci peut s'expliquer par une prise de conscience du risque du tabagisme gravidique. Ainsi, les patientes qui acceptent le suivi tabacologique entrent dans une démarche de diminution du risque, même si le sevrage n'est pas complet, car ne se sentant peut-être pas aptes ni assez motivées pour stopper complètement leur tabagisme actif. Nous pouvons supposer qu'un suivi plus long après l'accouchement aurait peut-être permis à ces patientes d'arrêter totalement leur tabagisme.

Au total, la quasi-totalité de nos effectifs ont diminué de façon importante leur tabagisme, et cette diminution est tout aussi importante dans les deux groupes quelle que soit la période de suivi tabacologique (début du suivi plus tardif pour le G1 que le G2 mais une durée de suivi comparable pour les deux groupes). En effet, alors que seulement 9,3% de notre population (10,5% du G1 vs 8,5% du G2) avait un taux de CO inférieur à trois à la première consultation, cette proportion dépasse 50% à la dernière consultation quel que soit le groupe (50% du G1 vs 52,5% du G2).
Même les patientes en arrêt de suivi tabacologique ont diminué leur consommation de tabac, et leur taux de CO expiré, donc leur niveau d'intoxication, et par là même celui de leur enfant.

Ainsi, bien que nos résultats ne soient pas statistiquement significatifs, nous obtenons tout de même des constats témoignant d'une efficacité d'un suivi tabacologique comprenant au minimum deux consultations avec un professionnel qualifié.

IV-2.4. Type d'Allaitement

A propos du taux d'AM déclaré en salle de naissance, notons que 81,4% de l'effectif total déclare choisir un AM, ce qui est particulièrement important en comparaison de la moyenne nationale qui était de 66,3% en 2007.[9]

Ce chiffre très élevé nous a été confirmé par la cadre SF du CHRA et est très probablement en relation avec le type de prise en charge qu'a mis en place la SF Tabacologue. En effet, elle rassure les patientes et les encourage à allaiter, dès la première consultation, en leur précisant que le tabagisme ne contre-indique pas l'AM [17][18] et que ce dernier prévient les effets du tabagisme sur le nourrisson. Ainsi les patientes prennent confiance en elles pendant leur suivi, diminuent leur consommation de cigarettes et par là même, leur taux de CO expiré, leur motivation augmente, ce qui améliore encore leur confiance en elles et nombreuses sont celles qui choisissent in fine l'AM.

En effet, nous avons observé qu'en majorité, les patientes de notre étude ont fortement diminué voire arrêté leur tabagisme, ce qui leur permet d'entreprendre plus sereinement un AM. De plus, il existe un effet inversement proportionnel entre la quantité de cigarettes fumées et l'initiation d'un AM (plus la femme fume, moins elle allaite), ce qui peut expliquer également nos taux d'AM particulièrement élevés. [13][17]

De même, ces taux peuvent être expliqués par certains facteurs retrouvés dans les deux groupes de notre population : proportion importante de femmes ayant une condition socio-économique favorable [30], forte proportion de primiparité et d'antécédent élevé d'AM d'un aîné. [11]

Nous ne pouvons cependant pas conclure que le suivi tabacologique jusqu'à l'accouchement est plus efficace qu'un suivi tabacologique de même durée mais qui a lieu plus précocement, car bien que le taux d'AM soit plus élevé dans le premier groupe (86,8% vs 78%), cette différence n'est statistiquement pas significative ($p = 0,27$).

Il est important de souligner que le taux d'AM est très élevé dans les deux groupes que le suivi tabacologique ait été poursuivi jusqu'à l'accouchement ou ait été arrêté avant. Il semble donc que ce soit la durée et non la période du suivi tabacologique qui soit importante sur le choix de l'AM, tout autant, probablement, que la qualité du suivi.

IV-3. Réponses aux objectifs

IV-3.1. Objectif principal

L'objectif principal de notre enquête était de d'étudier l'influence de la date de la dernière consultation tabacologique par rapport à l'accouchement, sur le choix d'allaitement de mères fumeuses.
Nos résultats ne nous permettent pas de conclure qu'il y ait plus de femmes qui choisissent l'allaitement maternel parmi celles qui poursuivent leur suivi tabacologique jusqu'au dernier mois de leur grossesse par rapport à celles qui l'arrêtent au moins un mois avant l'accouchement.
Mais il est important de garder à l'esprit le manque de puissance de notre étude qui nécessiterait la poursuite de ce travail pendant encore près de deux ans pour atteindre le nombre de sujets suffisants.

Par contre, si l'on compare le taux d'AM de notre étude par rapport à la moyenne nationale, il est de 15% plus élevé dans les deux groupes que le suivi tabacologique ait été poursuivi jusqu'à l'accouchement ou ait été arrêté avant. Il semble donc que ce soit plutôt la durée (au moins huit semaines) et la qualité du suivi qui influencent le choix de l'allaitement maternel plutôt que la période du suivi. Bien évidement il s'agit là de moduler nos propos, l'allaitement maternel restant un choix personnel soumis à nos nombreux paramètres tels que l'opinion du père, l'intention d'allaiter, l'histoire de la patiente face à l'AM (allaitée par sa propre mère, a allaité ses aînés…), sa confiance en elle-même, ses connaissances à propos de l'AM…[11][12]

IV-3.2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire était d'évaluer l'impact de la prise en charge tabacologique jusqu'à l'accouchement associée à la prescription de TNS, sur la diminution ou l'arrêt complet de la consommation tabagique (attesté via l'interrogatoire et la mesure du taux de CO expiré), par rapport à un arrêt de prise en charge au moins un mois avant l'accouchement.

L'impact de la prise en charge tabacologique associée à la prescription de TNS entraîne dans les deux groupes une diminution importante de la consommation tabagique (baisse de 90% vs 86%) ainsi qu'une diminution du taux de CO expiré (baisse de 67% vs 65%) mais cette diminution n'est pas différente entre les 2 groupes, que la prise en charge se soit poursuivie jusqu'à l'accouchement ou non.

Ainsi à la dernière consultation, 50% des patientes du G1 et 45,8% de celles du G2 déclaraient ne plus fumer aucune cigarette. Ceci est tout à fait en accord avec les résultats du taux de CO expiré au même moment, avec 50% des patientes du G1 et 52,5% de celles du G2 qui avaient un taux inférieur à trois alors qu'à la première consultation, cette proportion était seulement de 10,5% au niveau du G1 et 8,5% au niveau du G2.

Donc, la prise en charge tabacologique n'est certainement pas l'unique élément à prendre en compte dans la réussite d'un sevrage tabagique, mais tout indique qu'elle y contribue fortement.

V- CONCLUSION

Notre enquête, réalisée au CHRA, nous a permis d'apporter un regard sur le lien potentiel entre la période du suivi tabacologique pendant la grossesse et le choix d'allaitement, ainsi que la consommation tabagique des femmes.

Ce suivi, assuré par une SF Tabacologue, est essentiel dans l'accompagnement des patientes tabagiques, souvent stigmatisées, culpabilisées, pour leur apporter un soutien et une aide dans l'initiation et la continuité d'une démarche de sevrage, ou de diminution du risque. Le conseil minimal est indispensable, mais ne débouche pas systématiquement sur un suivi, or la grossesse est reconnue comme étant une période propice à l'arrêt tabagique.

Ainsi le suivi tabacologique a plusieurs objectifs, dont en premier lieu la réduction du risque, en particulier pour l'enfant, en réduisant l'intoxication au CO via la diminution de ce taux dans l'air expiré maternel.

Nous nous sommes donc intéressées à une population de femmes enceintes fumeuses, qui avaient bénéficié d'un suivi tabacologique au cours de leur grossesse, associé à une prescription de TNS, fréquemment utilisés comme aide au sevrage tabagique.

Dans notre étude, malgré un faible effectif d'inclusions, nous avons pu mettre en évidence que les patientes suivies jusqu'à l'accouchement consultaient la première fois en tabacologie, en moyenne huit semaines plus tard pendant leur grossesse que les patientes arrêtant leur suivi. Par contre la durée et le type de suivi étaient comparables entre les deux groupes. Il semblerait que les patientes qui débutent leur suivi tabacologique plus tôt pendant la grossesse, l'arrête également plus tôt.

Le suivi tabacologique a permis de diminuer de plus de 85% la consommation tabagique et de plus de 65% le taux de CO expiré dans les deux groupes étudiés permettant ainsi d'atteindre une proportion de non-fumeuses de 50% dans le premier groupe et de 45,8% dans le second. Cette diminution étant comparable entre les deux groupes, le fait d'arrêter le suivi tabacologique au moins un mois avant l'accouchement ne semble pas être un facteur limitant la diminution ou l'arrêt du tabac.

Dans notre étude, nous avons pu remarquer que l'allaitement maternel a été le mode d'alimentation du nouveau-né le plus choisi, favorisant ainsi la prévention des risques néonataux liés au tabac (syndrome de sevrage nicotinique, mort subite du nourrisson, pathologies respiratoires etc…).
Le taux d'AM que nous avons trouvé était de 15% plus élevé par rapport à la moyenne nationale que le suivi tabacologique ait été poursuivi jusqu'à l'accouchement ou ait été arrêté avant.

Nos résultats ne nous permettent donc pas de conclure qu'il y ait plus de femmes qui choisissent l'allaitement maternel parmi celles qui ont un suivi tabacologique jusqu'au dernier mois de leur grossesse par rapport à celles qui arrêtent leur suivi au moins un mois avant l'accouchement.

Il semble donc que la période de suivi tabacologique ne soit pas un élément déterminant dans la diminution du tabagisme et le choix de l'allaitement maternel, mais que ce soit plutôt la durée (au moins huit semaines) et la qualité du suivi.

Ainsi, il n'est jamais trop tard pour entreprendre une démarche de sevrage, chaque cigarette, ou molécule de CO inhalée en moins étant une victoire sur la dépendance, permettant d'améliorer le bien être fœtal ainsi que la confiance maternelle, gage du bon déroulement de la prise en charge.
Sachant que tout ce qui aura été acquis lors de la grossesse, pourra être consolidé et même amélioré lors de l'allaitement (facteur protecteur de la reprise tabagique), par la poursuite du suivi.

Du fait du manque de puissance de notre étude, il serait intéressant de poursuivre ce travail pendant encore près de deux ans afin d'atteindre le nombre de sujets suffisants pour obtenir des résultats significatifs.

Cependant, ces résultats sont très encourageants quant à l'efficacité du suivi tabacologique sur le tabagisme et le choix de l'allaitement, et il serait intéressant de poursuivre le suivi de ces femmes, après l'accouchement, afin de savoir quelle a été la durée de l'AM et surtout afin de prévenir la reprise tabagique dans le post-partum, notamment lors de périodes cruciales comme lors de la reprise du travail ou du sevrage de l'AM, le suivi tabacologique étant reconnu comme facteur protecteur de la reprise tabagique. Etudier les motivations des femmes à initier une prise en charge, et les raisons de son interruption nous permettrait de pouvoir personnaliser ce suivi en fonction des besoins et des attentes de chaque patiente, et ainsi d'en favoriser son observance. De même, le conjoint fumeur est une cible importante lors la prise en charge, en particulier s'il peut être persuadé d'arrêter de fumer en même temps que sa compagne.

Pour cela, la sensibilisation et la formation des professionnels de santé à la tabacologie (formations proposées par la SF Tabacologue au sein du CHRA) sont essentielles, ayant prouvé par le passé leur efficacité sur la prévalence ponctuelle du tabagisme et l'abstinence continue. Dans notre cas, la formation des professionnels est importante, en particulier en obstétrique, car ils sont les interlocuteurs médicaux privilégiés de la femme enceinte. Cela permettrait de renforcer la lutte anti tabac auprès de cette population.

De plus, si depuis le 1er février 2007, la participation de l'Assurance Maladie pour le financement de TNS est assurée dans la limite d'un forfait de 50 euros par an et par bénéficiaire, pour les femmes enceintes, cette participation a été portée à 150 € au 1er septembre 2011. Une question se pose alors, pourquoi ne pas rembourser à 100% l'intégralité du traitement par TNS qui devient si couteux à long terme ?

VI- BIBLIOGRAPHIE

[1] Taché C. Wilquin JL. Cancers et tabac chez les femmes. Fiches repère. Mesure 10 : Poursuivre la lutte contre le tabac. Etat des connaissances en date du 27 mai 2010 ; p.2.

[2] INCa. Prévention Tabac. INCa 2012.
Disponible sur : www.e-cancer.fr

[3] Peretti-Watel P, Beck F, Wilquin JL. Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. Baromètre santé INPES 2005 ; pp.77-79.

[4] Beck F, Guignard R, Richard JB, Wilquin JL, Evolutions récentes du tabagisme en France, Inpes, à paraître. Communiqué de presse du 18 octobre 2010 à propos du baromètre santé 2010.

[5] Hill C., Laplanche A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. BEH 2003; n°22-23 : pp. 98-100.

[6] Delcroix M. La Grossesse et le Tabac. Editions Presses Universitaires de France - PUF; 2e édition mise à jour (15 avril 2002)

[7] Société Française de Pédiatrie (SFP). Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Synthèse du Programme National Nutrition-Santé (PNNS) février 2005 ; pp. 28-46

[8] Giglia RC, Binns CW, Alfonso HS. Which women stop smoking during pregnancy and the effect on breastfeeding duration. BMC Public Health. 2006; 6: 195.

[9] La Leche League France. Taux d'allaitement maternel 2006 et 2007 : en hausse !
Disponible sur http://www.lllfrance.org/Actualite-scientifique/Taux-d-allaitement-maternel-2006-et-2007-en-hausse.html

[10] Turck D. Plan d'action : Allaitement maternel. Rapport du groupe de travail Allaitement du PNNS, et propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel, présenté à Mme la Ministre en Juin 2010

[11] Observatoire Régional de la Santé d'Alsace (ORS). Synthèse d'une Evaluation d'une action de promotion de l'allaitement maternel en Alsace. 2000. 4 p.

[12] Kronborg H, Vaeth M. the influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. Scand J Public Health , 2004 ; 32 : 210-16.

[13] Amir LH, Donath SM. Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? The epidemiological evidence. Birth 2002 Jun; 29(2) : pp. 112-23.

[14] Weiser TM, Lin M, Garikapaty V, Feyerharm RW, Bensyl DM, Zhu BP. Association of maternal smoking status with breastfeeding practices: Missouri, 2005. Pediatrics, Décembre 2009; 124(6):1603-10.

[15] OMS. Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, Allaitement maternel. OMS 2012.
Disponible sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/fr/

[16] Patoit I., Delaforge G. Allaitement maternel et traitement nicotinique de substitution. Le mag', zero tabac, alcool, cannabis octobre 2011 ; n°2 :p20.

[17] La Leche League France. Le point sur... tabac et allaitement. Allaiter Aujourd'hui 2003 ; n°56
Disponible sur http://www.lllfrance.org/Allaiter-Aujourd-hui/AA-56-Allaitement-et-tabac.html

[18] Liston J. Breastfeeding and the use of recreational drugs - alcohol, caffeine, nicotine and marijuana. B Rev 1998 ; 6(2) : pp. 27-30. Disponible sur : http://vivian.noel.free.fr/allait/tabac.htm.

[19] Fontaine B. Comment prendre en charge les femmes fumeuses ? - Tabagisme et allaitement : quelles techniques d'aide à l'arrêt du tabac proposer aux mères ? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005; 34(1) : 209-212

[20] O'Campo P, Faden RR, Brown H, Gielen AC. The impact of pregnancy on women's prenatal and postpartum smoking behavior. Am J Prev Med 1992 Jan-Feb; 8(1) : 8-13.

[21] Mémoire Clément L. Circonstances et raisons de la rechute du tabagisme dans le post partum. DE de Sage Femme : UJF Grenoble ; 2009 ; pp. 21-23

[22] Richard A. et al. Les entretiens individuels de motivation inefficaces pour inciter les femmes enceintes à arrêter de fumer. BMJ août 2005 ; vol. 331 : pp. 373-375.

[23] Gomez C. Substituts nicotiniques pendant la grossesse et l'allaitement. Association nationale des Sages Femmes Tabacologues.

[24] INPES. Grossesse et Tabac. Brochure d'informations.
Disponible sur http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1026.pdf

[25] Pla A, Beaumel C. Bilan démographique 2011, la fécondité reste élevée. INSEE première; 2012; n°1385.
Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1385/ip1385.pdf.

[26] Grangé G, Vayssiere C, Borgne A, Ouazana A, L'Huillier JP, Valensi P, et al. Description of tobacco addiction in pregnant women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol ; 2005; 120 (2) : 146-51

[27] Vanderstichele S, Morice O, Roumilhac M, Hammou Y, Turck D, Codaccioni X. Une nouvelle donnée pour l'allaitement : le père. Réseau mère-enfant de la Francophonie; 2005.

[28] Grangé G, Vayssière C, Borgne A, Ouazana A, L'Huillier JP, Valensi P et al. Characteristics of tobacco withdrawal in pregnant women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol ; 2006; 125(1): 38-43.

[29] Beck F, Guignard R, Richard JB, Wilquin JL, Premiers résultats du baromètre santé 2010, Evolutions récentes du tabagisme en France, Inpes.

[30] Delamaire C, César C. L'allaitement face aux inégalités sociales de santé. Communications affichées des JASP 2010. 14ème journées annuelles de santé publique. Du 22 au 24 novembre 2010. Québec, Canada.

[31] INPES, Ministère de la santé et des solidarités. Zéro alcool pendant la grossesse. Dossier de presse INPES; 2006; pp 4-6.

[32] Menella JA, Beauchamp GK. Smoking and the flavor of breast milk. New Engl J Med; 1998; 339(21).

[33] Abrous N, Aubin HJ, Berlin I, Junien C et al. Tabac : comprendre la dépendance pour agir. Expertise collective Inserm, éditions Inserm, Paris, 2004, 473 p.

[34] Arvers P. Précocité de la consommation de tabac chez les jeunes français : évolution de 1993 à 2007 et facteurs de risque associés. Diplôme interuniversitaire de Tabacologie : université Joseph Fourier – Grenoble ; Année 2010-2011.

[35] Swamy GK, Roelands JJ, Peterson BL, Fish LJ, Oncken CA, Pletsch PK et al. Predictors of adverse events among pregnant smokers exposed in a nicotine replacement therapy trial. Am J Obstet Gynecol; 2009; 201:354.e1-7.

[36] Carson KV, Verbiest MEA, Crone MR, Brinn MP, Esterman AJ, Assendelft WJJ et al. Formation des professionnels de la santé au sevrage tabagique. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012, Issue 5.

VII- ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de recueil de données

CHRA
CENTRE HOSPITALIER
DE LA RÉGION D'ANNECY

Pôle Femme Mère Enfant

le 02 août 2012

De Mme LE ROUX Sylvie
Sage-femme cadre supérieur
Pôle FME
CHR Annecy

à Melle PAGGI PELISSIER Céline

Objet : Demande d'autorisation de recueil de données pour mémoire de fin d'études

Mademoiselle ,

Je vous informe qu'après concertation avec Mme PERRU, sage-femme cadre et le Dr BRAIG, médecin chef de pôle, nous acceptons que vous réalisiez votre recueil de données nécessaires à la réalisation de votre mémoire au sein de notre établissement. La consultation des dossiers papiers ou informatisés devra se faire obligatoirement dans le service.

Je reste à votre disposition pour tout complément d'information si nécessaire et vous adresse mes cordiales salutations.

Mme Le Roux Sylvie
Sage-femme cadre supérieur

Annexe 2 : Classification du taux de CO expiré selon l'APPRI

Maternité Sans Tabac : demandez à faire mesurer votre taux de monoxyde de carbone !

Je n'arrive pas à arrêter de fumer, qui peut m'aider ?

Le monoxyde de carbone contenu dans la fumée de cigarettes est **toxique pour vous mais beaucoup plus pour votre bébé : fumer diminue son oxygénation**

Sachez que le bébé concentre le monoxyde de carbone que vous absorbez (volontairement ou non, tabagisme passif) Le taux de **monoxyde de carbone de votre bébé est toujours plus élevé que le vôtre.**

L'analyseur permet de mesurer le taux de monoxyde de carbone* (qui est désigné par le sigle CO) contenu dans l'air de vos poumons et donc dans votre sang et celui de votre bébé.

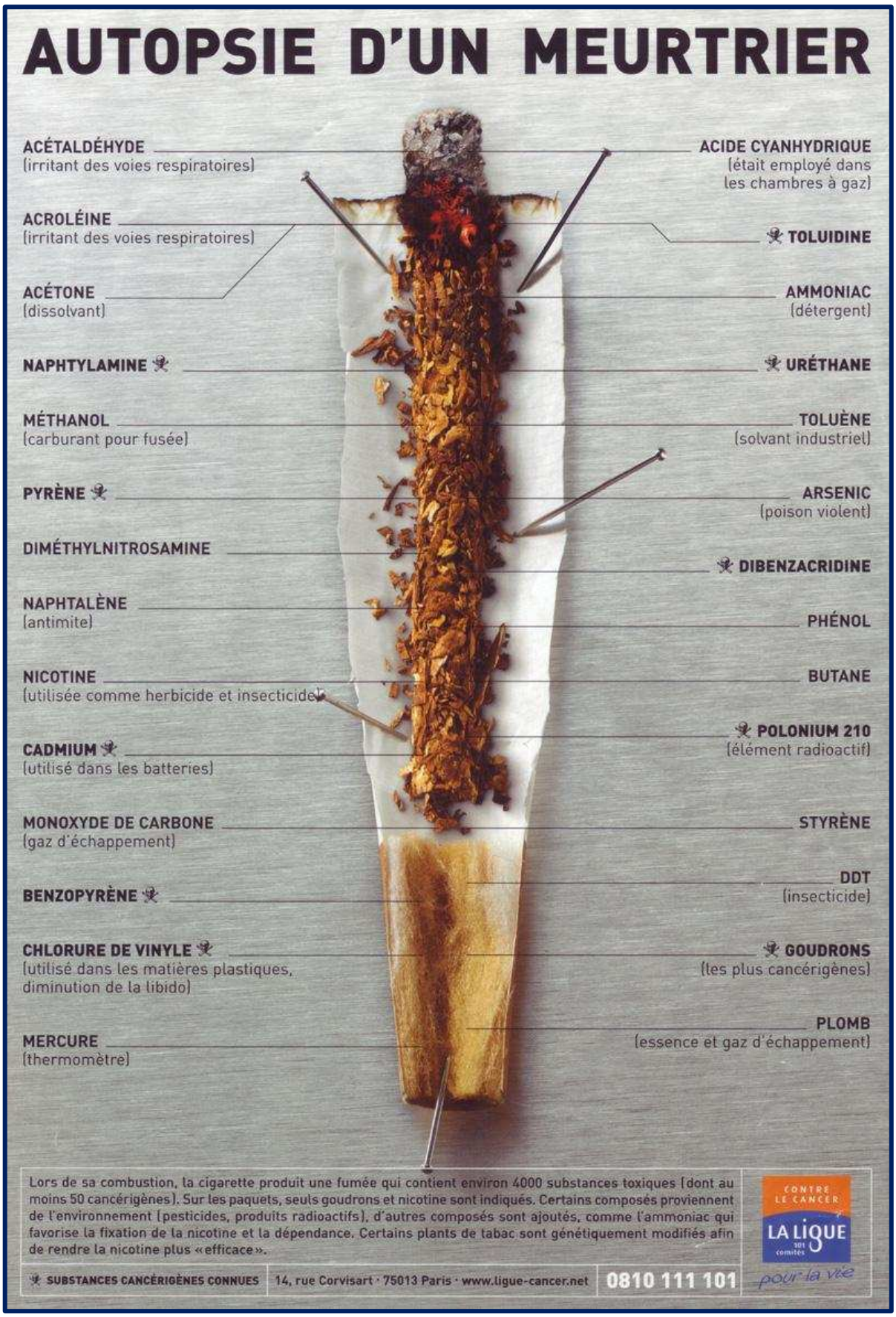
au-delà de 20 ppm*	**Intoxication très importante :** **- tabagisme actif +++** **- intoxication au CO ++**
de 10 à 19 ppm*	**19 ppm*** **Intoxication importante** **- tabagisme actif ++** **- tabagisme passif +++** **- intoxication au CO +** **10 ppm***
de 3 à 9 ppm*	**9 ppm*** **Intoxication débutante :** **- tabagisme actif +** **- tabagisme passif +** **- pollution atmosphérique** **3 ppm***
de 0 à 2 ppm*	**Normal : pas d'intoxication**

**Résultat est exprimé en ppm : particules de CO par million de particules d'air*

Pr M Delcroix APPRI-UPSM des Flandres BP 139 59270 Bailleul - formation continue n° 315 904 085 59 tel 03 28 41 14 83 – fax. 03 28 41 08 56 -

Annexe 3 : Les différents types de TNS disponibles actuellement

Annexe 4 : Campagne de prévention 2005 de la Ligue contre le cancer



Annexe 4 (suite) : Campagne de prévention 2005 de la Ligue contre le cancer

2005 : Le refus d'une communication culpabilisante
De tout temps, la Ligue contre le cancer s'est fixée comme principe de refuser toute communication culpabilisante. C'est la raison pour laquelle les campagnes qui se succèdent se concentrent systématiquement sur le produit qui rend addict, sans jamais y associer un personnage. Le but étant de ne pas stigmatiser les fumeurs par exemple, lorsque l'on aborde la question du tabac en tant que facteur de risques. Avec "Autopsie d'un meurtrier", on entre dans l'intimité du produit. Un moyen d'aller plus loin que les messages d'avertissement qui figurent sur les paquets de cigarettes. On part du principe que le grand public est au courant que la cigarette tue, mais qu'il ne sait pas pourquoi. Cette campagne figure aujourd'hui parmi celles qui ont eu le plus d'impact dans l'histoire de la Ligue. Son aspect pédagogique lui a même valu d'être reprise dans certains manuels scolaires.

Annexe 5 : Extrait du Plan cancer 2003-2007

Mesure n°10, Plan cancer 2003-2007

Lutter contre le tabagisme des femmes enceintes : information dans les maternités, sensibilisation du personnel soignant, accès aux consultations de sevrage.

Annexe 6 : Extrait du Plan cancer 2009-2013

Mesure 10.2, Plan cancer 2009-2013

Renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique :

- Développer l'accès aux substituts nicotiniques pour les femmes enceintes et les personnes bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire.

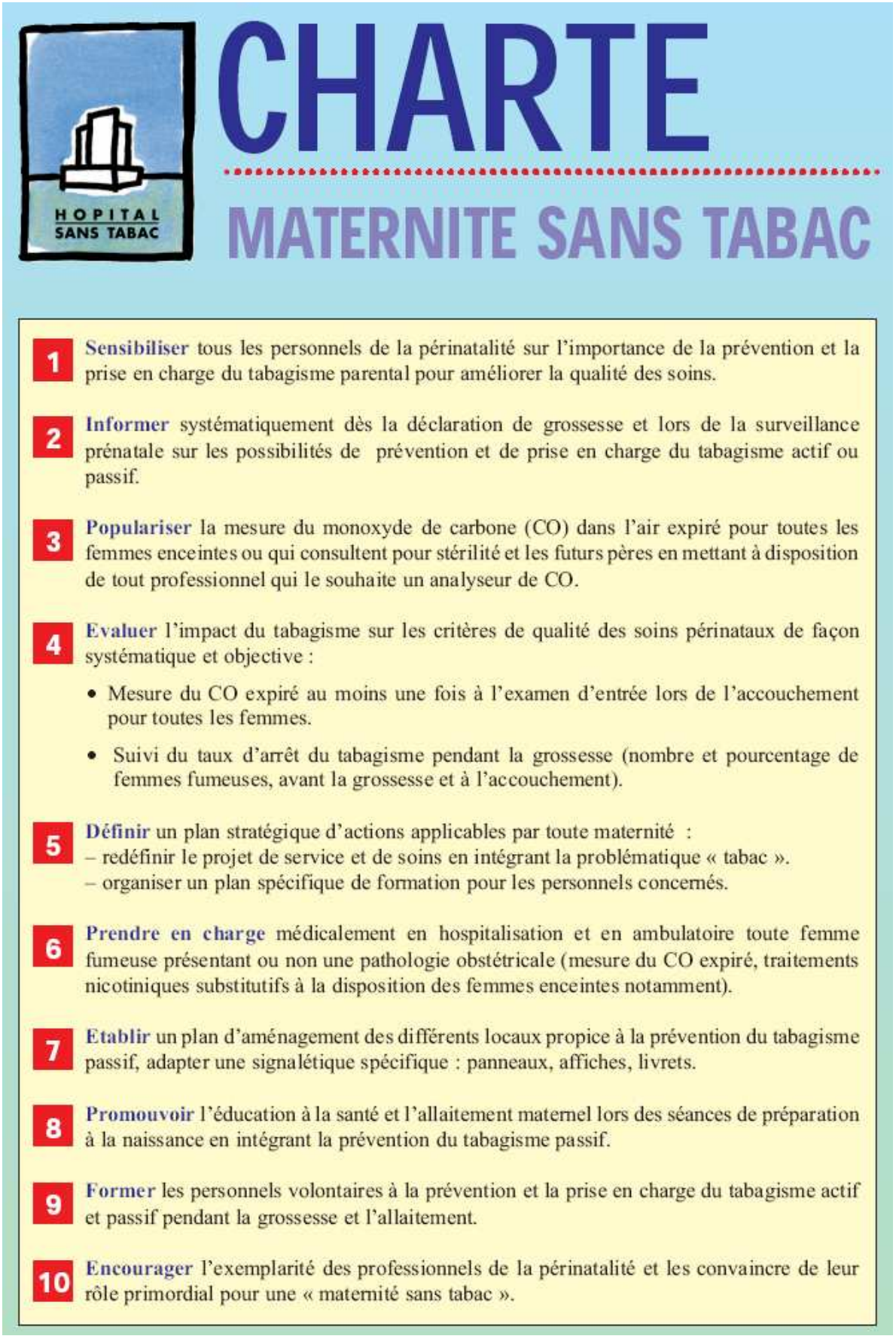
Mis en place le 1er février 2007, un forfait financé par les caisses d'assurance maladie permet de rembourser les substituts nicotiniques et certains médicaments utilisés dans le sevrage tabagique, à hauteur de 50€ par an et par assuré. Ce forfait est d'ores et déjà ouvert aux femmes enceintes, tout comme aux patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire. Compte tenu des enjeux particuliers liés à l'arrêt du tabagisme pendant la grossesse, il est proposé de renforcer le forfait au bénéfice des femmes enceintes, ainsi qu'aux bénéficiaires de la CMU pour leur première année de prise en charge, pour lesquelles l'État et l'Assurance maladie porteront en 2010 la prise en charge à 150€, permettant de rembourser trois mois de traitements de substitution.

- Améliorer l'aide à distance et renforcer son accessibilité et son efficience.

- Développer des campagnes d'information sur les risques du tabagisme.

- Améliorer la qualité de l'aide à l'arrêt par de nouvelles recommandations professionnelles.

Annexe 7 : Charte Maternité sans Tabac



Annexe 8 : Lois (extraits tirés de www.legifrance.gouv.fr):

Annexe 8.1 : *Loi Veil du 9 juillet 1976*

Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme

Toute propagande ou publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac ou des produits du tabac ainsi que toute distribution gratuite sont interdites.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux enseignes des débits de tabac, ni aux affichettes disposées à l'intérieur de ces établissements, non visibles de l'extérieur, à condition que ces enseignes ou ces affichettes soient conformes à des caractéristiques définies par arrêté interministériel. Elles ne s'appliquent pas non plus aux publications éditées par les organisations professionnelles de producteurs, fabricants et distributeurs des produits du tabac et qui sont réservées à leurs adhérents, ni aux publications professionnelles spécialisées dont la liste sera établie par arrêté ministériel.

Toute opération de parrainage est interdite lorsqu'elle a pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac ou des produits du tabac.

Annexe 8.2 : *Loi Evin du 10 janvier 1991,*

Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme

A compter du 1er janvier 1992 *date d'effet*, toute référence à un indice des prix à la consommation pour la détermination d'une prestation, d'une rémunération, d'une dotation ou de tout autre avantage s'entend d'un indice ne prenant pas en compte le prix du tabac.

Toute propagande ou publicité, directe ou indirecte, en faveur du tabac ou des produits du tabac ainsi que toute distribution gratuite sont interdites.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux enseignes des débits de tabac, ni aux affichettes disposées à l'intérieur de ces établissements, non visibles de l'extérieur, à condition que ces enseignes ou ces affichettes soient conformes à des caractéristiques définies par arrêté interministériel.

Toute opération de parrainage est interdite lorsqu'elle a pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac ou des produits du tabac.

Il ne peut être fait de propagande ou de publicité directe ou indirecte en faveur du tabac et des produits du tabac :

1° Par des émissions de radiodiffusion ou de télévision, par des enregistrements ou par voie de télédistribution ;

2° Par des projections ou des annonces dans les salles de spectacles et autres lieux publics ou ouverts au public ;

3° Par affiches, panneaux réclames, prospectus ou enseignes, lumineuses ou non. Ces dispositions ne s'appuient pas, toutefois, à la publicité faite au moyen d'affiches, de panneaux réclames ou d'enseignes lumineuses ou non à l'intérieur des débits de tabac, ni aux enseignes et panneaux signalant ces établissements ;

4° Par voie aérienne, fluviale ou maritime.

Il est interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire, et dans les moyens de transport collectif, sauf dans les emplacements expressément réservés aux fumeurs.

Annexe 8.3 : *Décret du 15 novembre 2006 applicable au 1er février 2007*

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

L'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif mentionnée à l'article L. 3511-7 s'applique :

1° Dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail ;

2° Dans les moyens de transport collectif ;

3° Dans les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs.

NOTA : Décret 2006-1386 du 15 novembre 2006 art. 5 : les présentes dispositions entrent en vigueur le 1er février 2007. Toutefois, les dispositions en vigueur à la date de publication du présent décret restent applicables jusqu'au 1er janvier 2008 aux débits permanents de boissons à consommer sur place, casinos, cercles de jeu, débits de tabac, discothèques, hôtels et restaurants.

Annexe 8.4 : *Circulaire du 3 août 2011*

Circulaire du 3 août 2011 relative aux mesures de lutte contre le tabagisme prévues par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Points clés:

- L'interdiction de vente de tabac aux mineurs
- L'interdiction des cigarettes aromatisées
- L'interdiction d'implantation de lieux de vente de tabac dans les zones protégées interdire l'implantation de lieux de vente de tabac manufacturé dans les zones dites « protégées » qui existent actuellement pour les débits de boissons à consommer sur place.
- L'interdiction de vendre du tabac dans les galeries marchandes des hyper et supermarchés des départements d'outre-mer (DOM)
- Contrôles, impliquant des sanctions

ANNEXE

LES CINQ MESURES SUR LE TABAC DE LA LOI N° 2009-879 DU 21 JUILLET 2009 PORTANT RÉFORME DE L'HÔPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, À LA SANTÉ ET AUX TERRITOIRES (HPST)

ARTICLE DE LOI	MESURE	COMPLÉMENTS DE LA MESURE	SANCTIONS APPLICABLES
Article L. 3511-2-1 du CSP, modifié par l'article 98 de la loi HPST	**Interdiction de vente de produits du tabac ou ingrédients aux mineurs : extension de l'interdiction de 16 à 18 ans**	Décret n° 2010-545 du 25 mai 2010 relatif aux sanctions prévues pour la vente et l'offre de produits du tabac (JORF du 27 mai 2010). Arrêté du 28 mai 2010 fixant le modèle de l'affiche prévue par l'article D. 3511-15 du code de la santé publique (JORF du 3 juin 2010).	Le non-respect de l'interdiction de vente des produits du tabac ou ingrédients aux mineurs est puni d'une contravention de 4e classe (jusqu'à 750 €).

ARTICLE DE LOI	MESURE	COMPLÉMENTS DE LA MESURE	SANCTIONS APPLICABLES
Article L. 3511-2 du CSP, modifié par l'article 98 de la loi HPST	**Interdiction des cigarettes aromatisées** **Interdiction de la vente, de la distribution ou de l'offre à titre gratuit de cigarettes aromatisées,** dont la teneur en ingrédients donnant une saveur sucrée ou acidulée dépasse des seuils fixés par décret.	Décret n° 2009-1764 du 30 décembre 2009 relatif à la composition des cigarettes aromatisées, dont la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit est interdit (JORF du 31 décembre).	Le non-respect de cette interdiction est puni de 100 000 € d'amende (le maximum de l'amende pouvant être porté à 50 % du montant des dépenses consacrées à l'opération illégale). En outre, la responsabilité pénale des personnes morales peut être engagée.
Article L. 3511-2-2 inséré au CSP par l'article 99 de la loi HPST	**Interdiction d'implantation de débits de tabac dans les zones dites protégées,** qui existent actuellement pour les débits de boissons.		
Article L. 568 du code général des impôts, modifié par l'article 100 de la loi HPST	**Interdiction de vendre du tabac dans les galeries marchandes des hyper et supermarchés des départements d'outre-mer (DOM).**	Les conditions d'application de l'article 568 *bis*, notamment le nombre de licences susceptibles d'être créées dans chaque département ainsi que les modalités de cessation d'activité seront définies par **décret.**	
Article L. 3512-4 du CSP, modifié par l'article 94 de la loi HPST	**Renforcement des pouvoirs des agents de contrôle** sur les mesures sur le tabac.		

Annexe 8.5 : ***Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac***

Article 8

Protection contre l'exposition à la fumée du tabac

1. Les Parties reconnaissent qu'il est clairement établi, sur des bases scientifiques, que l'exposition à la fumée du tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort.

2. Chaque Partie adopte et applique, dans le domaine relevant de la compétence de l'Etat en vertu de la législation nationale, et encourage activement, dans les domaines où une autre compétence s'exerce, l'adoption et l'application des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres mesures efficaces prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics.

Article 10

Réglementation des informations sur les produits du tabac à communiquer

Chaque Partie, dans le respect de son droit national, adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces exigeant des fabricants et des importateurs de produits du tabac qu'ils communiquent aux autorités gouvernementales les informations relatives à la composition et aux émissions des produits du tabac. Chaque Partie adopte et applique en outre des mesures efficaces pour que soient communiquées au public des informations sur les constituants toxiques des produits du tabac et les émissions qu'ils sont susceptibles de produire.

Article 12

Education, communication, formation et sensibilisation du public

Chaque Partie s'efforce de promouvoir et de renforcer la sensibilisation du public aux questions ayant trait à la lutte antitabac, en utilisant, selon qu'il conviendra, tous les outils de communication disponibles. A cette fin, chaque Partie adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces pour favoriser:

a) un large accès à des programmes efficaces et complets d'éducation et de sensibilisation du public aux risques sanitaires, y compris les caractéristiques dépendogènes de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac;

b) la sensibilisation du public aux risques pour la santé liés à la consommation de tabac et à l'exposition à la fumée du tabac, ainsi qu'aux avantages du sevrage tabagique et des modes de vie sans tabac, ainsi que le stipule l'article 14.2;

c) l'accès du public, conformément à la législation nationale, à un large éventail d'informations concernant l'industrie du tabac pertinentes au regard de l'objectif de la Convention;

d) des programmes de formation ou de sensibilisation et prise de conscience efficaces et appropriés en matière de lutte antitabac à l'intention des personnes telles que les agents de santé, les agents communautaires, les travailleurs sociaux, les professionnels des médias, les éducateurs, les décideurs, les administrateurs et autres personnes concernées;

e) la sensibilisation et la participation des organismes publics et privés et d'organisations non gouvernementales qui ne soient pas liés à l'industrie du tabac, lors de l'élaboration et de la mise en oeuvre de programmes et de stratégies intersectoriels de lutte antitabac; et

f) la sensibilisation du public aux informations concernant les conséquences sanitaires, économiques et environnementales préjudiciables de la production et de la consommation de tabac, et l'accès du public à ces informations.

Article 14

Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique

1. Chaque Partie élabore et diffuse des directives appropriées, globales et intégrées fondées sur des données scientifiques et sur les meilleures pratiques, en tenant compte du contexte et des priorités nationaux et prend des mesures efficaces pour promouvoir le sevrage tabagique et le traitement adéquat de la dépendance à l'égard du tabac.

2. A cette fin, chaque Partie s'efforce:

a) de concevoir et mettre en oeuvre des programmes efficaces visant à promouvoir le sevrage tabagique, dans des lieux comme les établissements d'enseignement, les établissements de santé, les lieux de travail et de pratique des sports;

b) d'inclure le diagnostic et le traitement de la dépendance à l'égard du tabac et les services de conseil sur le sevrage tabagique dans les programmes, plans et stratégies

nationaux de santé et d'éducation, avec la participation des agents de santé, des agents communautaires et des travailleurs sociaux, selon qu'il conviendra;

c) de mettre sur pied, dans les établissements de santé et les centres de réadaptation, des programmes de diagnostic, de conseil, de prévention et de traitement de la dépendance à l'égard du tabac; et

d) de collaborer avec les autres Parties afin de faciliter l'accès à un traitement de la dépendance à l'égard du tabac à un coût abordable, y compris aux produits pharmaceutiques, conformément à l'article 22. Ces produits et leurs composants peuvent comprendre des médicaments ou des produits utilisés pour administrer des médicaments et des diagnostics, le cas échéant.

Annexe 9 : Nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles en France selon l'INSEE

▪ AGRICULTEURS : - Agriculteurs (salariés de leur exploitation)	▪ PROFESSIONS INTERMEDIAIRES - Professeurs des écoles, instituteurs et professions assimilées - Professions intermédiaires de la sante et du travail social - Clergé, religieux - Professions intermédiaires administratives de la fonction publique - Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises - Techniciens (sauf techniciens tertiaires - Contremaitres, agents de maitrise (maîtrise administrative exclue)
▪ ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISES : - Artisans (salariés de leur entreprise) - Commerçants et assimiles (salariés de leur entreprise) - Chefs d'entreprise de 10 salaries ou plus (salariés de leur entreprise)	▪ EMPLOYES - Employés civils et agents de service de la fonction publique - Agents de surveillance - Employés administratifs d'entreprise - Employés de commerce - Personnels des services directs aux particuliers
▪ CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPERIEURES - Professions libérales (exercées sous statut de salarié) - Cadres de la fonction publique - Professeurs, professions scientifiques - Professions de l'information, des arts et des spectacles - Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises - Ingénieurs et cadres techniques d'entreprises	▪ OUVRIERS - Ouvriers qualifies de type industriel - Ouvriers qualifies de type artisanal - Chauffeurs - Ouvriers qualifies de la manutention, du magasinage et du transport - Ouvriers non qualifies de type industriel - Ouvriers non qualifies de type artisanal - Ouvriers agricoles et assimiles

RESUME

Introduction :

Avec une prévalence de 24% chez les femmes enceintes, le tabagisme est un facteur de risque majeur de ne pas allaiter. Le suivi tabacologique mis en place au sein du Centre Hospitalier de la Région Annécienne (CHRA) permet un accompagnement des patientes désireuses de s'arrêter de fumer.

Objectif :

L'objectif principal de cette étude était de montrer l'influence du suivi tabacologique jusqu'à l'accouchement sur le choix d'allaitement de mères fumeuses.

Population et méthode :

Il s'agissait d'une étude de cohorte exposé - non exposé, rétrospective, monocentrique au CHRA, incluant 97 patientes fumeuses suivies en tabacologie et ayant accouché au-delà de 37 SA au CHRA entre le 1er janvier 2010 et le 31 août 2012.

Résultats :

Trente-huit patientes ont bénéficié d'un suivi tabacologique jusqu'à l'accouchement (groupe 1) alors que 59 femmes ont arrêté ce suivi au moins un mois avant l'accouchement (groupe 2). Aucune différence n'existait entre les deux groupes que ce soit au niveau des caractéristiques de la population, de la durée ou de la qualité du suivi tabacologique. Seul le terme de la première consultation était plus précoce pour le groupe 2 (en moyenne de 8 semaines) ($p < 0,0001$).

Près de 87% du groupe 1 et 78% du groupe 2 ont choisi l'allaitement maternel mais cette différence n'est pas significative ($p = 0,27$).

Lors de la dernière consultation, 47,4% de l'effectif total ne consommait plus aucune cigarette, et 90,7% présentait un taux de monoxyde de carbone expiré inférieur à trois qualifiant une absence d'intoxication. Mais là encore aucune différence significative n'existait entre les deux groupes.

Conclusion :

Il semble donc que la période de suivi tabacologique ne soit pas un élément déterminant dans la diminution du tabagisme et le choix de l'allaitement maternel, mais que ce soit plutôt la durée (au moins 8 semaines) et la qualité du suivi. Cependant notre étude manquant de puissance, ces résultats demandent à être confirmés.

Mots clés :

Suivi tabacologique, Grossesse, Allaitement maternel, sevrage tabagique