



**HAL**  
open science

## Délai et facteurs associés à une reprise du tabagisme dans les 6 premiers mois du post-partum

Maëlle Migne, Marion Vallejo

► **To cite this version:**

Maëlle Migne, Marion Vallejo. Délai et facteurs associés à une reprise du tabagisme dans les 6 premiers mois du post-partum. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02402710

**HAL Id: dumas-02402710**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02402710>**

Submitted on 10 Dec 2019

**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.



Faculté des sciences  
médicales et paramédicales  
Aix-Marseille Université

**Délai et facteurs associés à une reprise du tabagisme dans les 6  
premiers mois du post-partum.**

## **T H È S E EN BINÔME**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**Le 30 Octobre 2019**

**Par Madame Maelle MIGNE**

**Née le 20 octobre 1991 à Saint-Nazaire (44)**

**Et par Madame Marion VALLEJO**

**Née le 15 juin 1989 à Pontoise (95)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur CHANEZ Pascal**

**Président**

**Monsieur le Professeur SIMON Nicolas**

**Assesseur**

**Madame la Docteure WEINBERG-RICARD Isabelle**

**Directrice**

**Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic**

**Assesseur**



**Délai et facteurs associés à une reprise du tabagisme dans les 6  
premiers mois du post-partum.**

## **T H È S E EN BINÔME**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**Le 30 Octobre 2019**

**Par Madame Maelle MIGNE**

**Née le 20 octobre 1991 à Saint-Nazaire (44)**

**Et par Madame Marion VALLEJO**

**Née le 15 juin 1989 à Pontoise (95)**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

**Membres du Jury de la Thèse :**

**Monsieur le Professeur CHANEZ Pascal**

**Président**

**Monsieur le Professeur SIMON Nicolas**

**Assesseur**

**Madame la Docteure WEINBERG-RICARD Isabelle**

**Directrice**

**Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic**

**Assesseur**

# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

**Doyen Georges LEONETTI**

**Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI**  
**Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS**

**Direction d'école** :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

**Asseseurs** :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission** :

- 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3<sup>ème</sup> cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

**Chef des services généraux** : Déborah ROCCHICCIOLI

**Chefs de service** :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

**DOYENS HONORAIRES**

M. Yvon BERLAND  
M. André ALI CHERIF  
M. Jean-François PELLISSIER

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
PENE Pierre  
PIANA Lucien  
PICAUD Robert  
PIGNOL Fernand  
POGGI Louis  
POITOUT Dominique  
PONCET Michel  
POUGET Jean  
PRIVAT Yvan  
QUILICHINI Francis  
RANQUE Jacques  
RANQUE Philippe  
RICHAUD Christian  
RIDINGS Bernard  
ROCHAT Hervé  
ROHNER Jean-Jacques  
ROUX Hubert  
ROUX Michel  
RUFO Marcel  
SAHEL José  
SALAMON Georges  
SALDUCCI Jacques  
SAN MARCO Jean-Louis  
SANKALE Marc  
SARACCO Jacques  
SASTRE Bernard  
SCHIANO Alain  
SCOTTO Jean-Claude  
SEBAHOUN Gérard  
SERMENT Gérard  
SERRATRICE Georges  
SOULAYROL René  
STAHL André  
TAMALET Jacques  
TARANGER-CHARPIN Colette  
THOMASSIN Jean-Marc  
UNAL Daniel  
VAGUE Philippe  
VAGUE/JUHAN Irène  
VANUXEM Paul  
VERVLOET Daniel  
VIALETTES Bernard  
WEILLER Pierre-Jean

## PROFESSEURS HONORIS CAUSA

### 1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)  
CID DOS SANTOS (Portugal)

### 1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)  
T.A. LAMBO (Suisse)

### 1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)  
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

### 1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)  
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

### 1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)  
C.GIBBS (U.S.A.)  
J. DACIE (Grande-Bretagne)

### 1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

### 1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)  
R.D. ADAMS (U.S.A.)

### 1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)  
M. SCHOU (Danemark)  
M. AMENT (U.S.A.)  
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)  
S. REFSUM (Norvège)

### 1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

### 1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)  
KLINSMANN (R.D.A.)

### 1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)  
T. MUNSAT (U.S.A.)  
LIANA BOLIS (Suisse)  
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

### 1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

### 1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)  
W.K. ENGEL (U.S.A.)  
V. ASKANAS (U.S.A.)  
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)  
A. DAVIGNON (Canada)  
A. BETTARELLO (Brésil)

### 1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)



**1990**

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)  
J. PORTER (U.S.A.)

**1991**

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)  
W. BURGDORFER (U.S.A.)

**1992**

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)  
D. CARSON (U.S.A.)  
T. YAMAMURO (Japon)

**1994**

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)  
W.J. KOLFF (U.S.A.)

**1995**

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)  
M. MULLER (Suisse)  
V. BONOMINI (Italie)

**1997**

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)  
D. STULBERG (U.S.A.)  
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)  
P.I. BRANEMARK (Suède)

**1998**

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

**1999**

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)  
D. COLLEN (Belgique)  
S. DIMAURO (U. S. A.)

**2000**

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)  
C. R. CONTI (U.S.A.)

**2001**

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)  
G. HUGUES (Grande Bretagne)  
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

**2002**

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)  
K. DAI (Chine)

**2003**

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)  
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

**2004**

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

**2005**

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

**2006**

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

**2007**

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

## PROFESSEURS EMERITE

### 2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

### 2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

### 2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

### 2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

### 2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

### 2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

### 2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

### 2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

**2016**

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

**2017**

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

**2018**

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

---

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES**

ADALIAN Pascal  
 AGHABABIAN Valérie  
 BELIN Pascal  
 CHABANNON Christian  
 CHABRIERE Eric  
 FERON François  
 LE COZ Pierre  
 LEVASSEUR Anthony  
 RANJEVA Jean-Philippe  
 SOBOL Hagay

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

BRANDENBURGER Chantal

### **PRAG**

TANTI-HARDOUIN Nicolas

### **PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS**

ADNOT Sébastien  
 FILIPPI Simon

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent ( <i>disponibilité</i> )	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>dispo oct 2018</i> )	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

## MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic  
GENTILE Gaëtan

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques  
BONNET Pierre-André  
CALVET-MONTREDON Céline  
GUIDA Pierre  
JANCZEWSKI Aurélie

## MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion  
REVIS Joana

**ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)  
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)  
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)  
*LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

**ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)  
DANIEL Laurent (PU-PH)  
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)  
GARCIA Stéphane (PU-PH)  
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)  
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)  
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)  
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)  
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;  
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)  
BRUDER Nicolas (PU-PH)  
LEONE Marc (PU-PH)  
MICHEL Fabrice (PU-PH)  
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

**ANGLAIS 11**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT  
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)  
PERRIN Jeanne (PU-PH)

**BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)  
GUYE Maxime (PU-PH)  
*MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre*  
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)  
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)  
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale  
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

*CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre*  
GAUDART Jean (PU-PH)  
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)  
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)  
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)  
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)  
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

**ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)  
VERNA Emeline (MCF)

**BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)  
DRANCOURT Michel (PU-PH)  
FENOLLAR Florence (PU-PH)  
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)  
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)  
LA SCOLA Bernard (PU-PH)  
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)  
*ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018*  
DUBOURG Grégory (MCU-PH)  
GOURIET Frédérique (MCU-PH)  
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)  
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)  
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)  
DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section )  
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)  
GABERT Jean (PU-PH)  
GUIEU Régis (PU-PH)  
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)  
FROMNOT Julien (MCU-PH)  
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)  
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)  
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)  
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)  
BONELLO Laurent (PU PH)  
BONNET Jean-Louis (PU-PH)  
CUISSSET Thomas (PU-PH)  
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)  
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)  
HABIB Gilbert (PU-PH)  
PAGANELLI Franck (PU-PH)  
THUNY Franck (PU-PH)

**CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)  
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)  
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

**CHIRURGIE GENERALE 5302**

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)  
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)  
SEBAG Frédéric (PU-PH)  
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)  
BIRNBAUM David (MCU-PH)

**CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)  
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)  
 CURVALE Georges (PU-PH)  
 FLECHER Xavier (PU PH)  
*PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité*  
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)  
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

**CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)  
 CHINOT Olivier (PU-PH)  
 COWEN Didier (PU-PH)  
 DUFFAUD Florence (PU-PH)  
 GONCALVES Anthony (PU-PH)  
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)  
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)  
 SALAS Sébastien (PU-PH)  
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)  
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

**CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

COLLART Frédéric (PU-PH)  
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)  
 DODDOLI Christophe (PU-PH)  
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)  
 MACE Loïc (PU-PH)  
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)  
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)  
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)  
 AMABILE Philippe (PU-PH)  
 BARTOLI Michel (PU-PH)  
 BOUFI Mourad (PU-PH)  
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)  
 PIQUET Philippe (PU-PH)  
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

**HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)

*ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité*  
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)  
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)  
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)  
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

**DUSI**

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)  
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)  
 CUNY Thomas (MCU PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)  
 BOYER Laurent (PU-PH)  
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)  
*SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre*  
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)  
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)  
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)  
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

**CHIRURGIE INFANTILE 5402**

GUYS Jean-Michel (PU-PH)  
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)  
 LAUNAY Franck (PU-PH)  
 MERROT Thierry (PU-PH)  
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)  
 FAURE Alice (MCU PH)  
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

**CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)  
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)  
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)  
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

**GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)  
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)  
*BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre*  
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)  
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)  
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)  
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)  
 SEITZ Jean-François (PU-PH)  
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

**GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)  
 KRAHN Martin (PU-PH)  
 LEVY Nicolas (PU-PH)  
 MONCLA Anne (PU-PH)  
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)  
 TOGA Caroline (MCU-PH)  
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)  
 BOUBLI Léon (PU-PH)  
 BRETELLE Florence (PU-PH)  
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)  
 COURBIERE Blandine (PU-PH)  
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)  
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)



**IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)  
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)  
 OLIVE Daniel (PU-PH)  
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)  
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)  
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)  
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)  
 ROBERT Philippe (MCU-PH)  
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)  
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)  
 PAROLA Philippe (PU-PH)  
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

**MEDECINE D'URGENCE 4805**

KERBAUL François (PU-PH)  
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU  
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)  
 DISDIER Patrick (PU-PH)  
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)  
*FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre*  
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)  
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)  
 ROSSI Pascal (PU-PH)  
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)  
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)  
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)  
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)  
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

**NUTRITION 4404**

DARMON Patrice (PU-PH)  
 RACCAH Denis (PU-PH)  
 VALERO René (PU-PH)

*ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité*  
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)  
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

**IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)  
 COSTELLO Régis (PU-PH)  
 CHIARONI Jacques (PU-PH)  
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)  
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)  
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)  
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)  
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)  
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)  
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

BARTOLI Christophe (PU-PH)  
 LEONETTI Georges (PU-PH)  
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)  
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

**MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)  
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

**MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)  
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

**NEPHROLOGIE 5203**

*BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre*  
 BRUNET Philippe (PU-PH)  
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)  
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)  
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)  
 MOAL Valérie (PU-PH)

**NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)  
 FUENTES Stéphane (PU-PH)  
 REGIS Jean (PU-PH)  
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)  
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)  
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

**NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)  
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)  
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)  
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)  
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)  
 FELICIAN Olivier (PU-PH)  
 PELLETIER Jean (PU-PH)

**OPHTALMOLOGIE 5502**

DENIS Danièle (PU-PH)  
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*  
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

**PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904**

DA FONSECA David (PU-PH)  
 POINSO François (PU-PH)

**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)  
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)  
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)  
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)  
 MICHEL Justin (PU-PH)  
 NICOLLAS Richard (PU-PH)  
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)  
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*  
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -  
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)  
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*  
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)  
 SIMON Nicolas (PU-PH)  
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

**PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**

RANQUE Stéphane (PU-PH)  
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)  
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)  
 MARY Charles (MCU-PH)  
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

**PHILOSOPHIE 17**

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)  
 MATHIEU Marion (MAST)

**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)  
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)  
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)  
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)  
 MICHEL Gérard (PU-PH)  
 MILH Mathieu (PU-PH)  
 REYNAUD Rachel (PU-PH)  
 SARLES Jacques (PU-PH)  
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)  
 COZE Carole (MCU-PH)  
 FABRE Alexandre (MCU-PH)  
 OVAERT Caroline (MCU-PH)  
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

**PHYSIOLOGIE 4402**

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)  
 BREGEON Fabienne (PU-PH)  
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)  
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)  
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)  
 BONINI Francesca (MCU-PH)  
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)  
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)  
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)  
 REY Marc (MCU-PH)

**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**

BAILLY Daniel (PU-PH)  
 LANCON Christophe (PU-PH)  
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)  
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101****RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)  
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)  
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)  
 GIRARD Nadine (PU-PH)  
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)  
 JACQUIER Alexis (PU-PH)  
 MOULIN Guy (PU-PH)  
 PANUEL Michel (PU-PH)  
 PETIT Philippe (PU-PH)  
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)  
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)  
 BARLESI Fabrice (PU-PH)  
 CHANEZ Pascal (PU-PH)  
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*  
 GREILLIER Laurent (PU PH)  
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)  
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

**REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)  
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)  
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)  
 ROCH Antoine (PU-PH)

**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

AMBROSI Pierre (PU-PH)  
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

**RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)  
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)  
 PHAM Thao (PU-PH)  
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)  
 KARSENTY Gilles (PU-PH)  
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)  
 ROSSI Dominique (PU-PH)

# **REMERCIEMENTS**

*À nos juges,*

*Monsieur le Président du jury,*

**Pr Pascal CHANEZ**

PU-PH Médecin pneumologue

Responsable du service de Pneumologie, clinique des bronches de l'allergie et du sommeil, de l'hôpital Nord de Marseille

*Nous vous remercions de nous faire l'honneur de présider cette thèse. Merci pour votre accueil lors de nos premiers semestres respectifs. C'est lors de ce stage que l'idée de ce sujet a débuté. Veuillez trouver ici, le témoignage de notre sincère reconnaissance.*

*Messieurs les Assesseurs,*

**Pr Nicolas SIMON**

PU-PH Médecin pharmacologue et addictologue

Responsable du centre antipoison et de toxicovigilance de l'hôpital Sainte-Marguerite

*Nous vous remercions de nous faire l'honneur de participer à notre jury de thèse et d'apporter votre regard critique sur notre travail.*

**Dr Ludovic CASANOVA**

MCU-MG Médecin généraliste installé à Vaison-la-Romaine

*Nous vous remercions de nous faire l'honneur de participer à notre jury de thèse.*

*Notre Directrice de thèse,*

**Dr Isabelle WEINBERG-RICARD**

Médecin addictologue

Responsable de l'ELSA de l'hôpital Henri Duffaut à Avignon

*Merci pour votre guidance et votre soutien tout au long de notre travail. Merci pour la confiance que vous nous avez accordée.*

*Merci aux patientes ayant participé à l'étude.*

*Merci au Docteur Maëva JEGO-SABLIER pour votre soutien et votre aide précieuse tout au long de notre travail.*

*Merci au Docteur Nicolas Bonnet, à mesdames Corinne Chanal et Clémence Cagnat, pour leurs avis éclairés.*

*Merci au Docteur Col, et à mesdames Véronique Rouveyrol, Marie-Hélène Durand, Bénédicte Martin et Laurence Alberti, de nous avoir permis de diffuser les questionnaires de thèse au sein de leurs établissements respectifs.*

*Merci aux équipes médicales, paramédicales et aux secrétaires des différentes maternités pour leur investissement et leur aide dans la diffusion de nos questionnaires.*

*Merci aux différents chefs et médecins rencontrés lors de nos stages hospitaliers et en cabinet en tant qu'interne.*

## REMERCIEMENTS DE MAËLLE

### À ma famille :

À mes parents, pour leur amour, leur soutien et leur accompagnement pendant toutes ces longues années d'étude et depuis toujours.

À mes frères et sœurs, pour nos moments partagés, notre complicité, nos fous rires. Et merci à Léa pour sa relecture attentive de la thèse.

À mon parrain, pour son amour et sa bienveillance depuis toujours. J'essaye de te les rendre au mieux. J'espère que tu seras fier de moi.

À mes grands-parents, pour tout ce qu'ils sont, leur joie de vivre et leurs encouragements. Merci pour votre accueil à chaque période de révisions et merci mamie pour tous ces bons petits plats.

Et à tous les autres que je ne peux pas citer mais qui ont été présents et m'ont soutenu dans ces études.

### À ma binôme, Marion :

Merci infiniment de m'avoir fait partager ton projet.

À ces heures de travail qu'on a arrêtées de compter, merci pour tes relectures et tes reformulations efficaces !

Maintenant, pensons aux jouissances qui nous attendent après cette soutenance. Tu me comprendras ;) )

### À mes colocs :

À Julie, Chérazade et Guillaume pour leur soutien sans faille ces dernières semaines qui a été précieux.

Pour tous les moments de vie, de partage et de fête dans cet appartement et depuis notre rencontre à Toulon.

À Alexia, la 5<sup>ème</sup> coloc, sans qui tout ça, aurait été moins drôle. Merci pour tes playlists ! Je suis heureuse de vous avoir rencontrés. Vous allez me manquer l'année prochaine.

À tous mes autres colocs (Alice, Elena et Domi notamment, mais la liste est longue) de m'avoir fait profiter de cette vie étudiante à fond !!

### Aux Montpelliérains :

À toutes celles et ceux rencontré(e)s pendant l'externat de médecine de Montpellier (Clémence, Sandrine, Juliette, Lucie, Marie, Manon, ... je ne peux pas citer tout le monde). Merci de m'avoir accueilli dans la team quand j'ai débarqué à Montpellier et surtout à bientôt pour nos prochaines vacances communes !

À l'équipe de Toulon : Hello Aloha !

*À Matthou, Gaëliz, Margaux, et tous les autres.  
Merci pour ce semestre de folie et ceux qui ont suivi à vos côtés.  
Vous aussi, vous allez me manquer cette année.*

*Aux Marseillais :*

*À Julie et Lucie, qui font partie des belles rencontres de l'internat Timone. Je suis sûre qu'on se recroisera quelque part dans le monde prochainement ! Sinon je reviendrai vous voir sur Marseille sans faute.*

*À Anaïs, pour ces belles randos autour de Marseille et surtout tous ces bons moments en Corse. Profite bien de la montagne, et on se revoit pour naviguer quand j'aurai tout appris !!*

*À Raph, mon partenaire de kite préféré. Courage pour ton mémoire et ta thèse ! On naviguera pour toi de l'autre côté de l'Atlantique.*

*À tous les autres (co-internes ou pas) rencontrés lors de cet internat. Je me suis éclatée grâce à vous !*

*Aux amis bretons et ligériens :*

*À Julia, pour les plus beaux fous rires de ma vie depuis toutes ces années, de la maternelle à aujourd'hui. Pourvu que ça dure encore longtemps.*

*À toute la meute : les culs salés, toujours là depuis 15 ans. Hâte de vous retrouver !!*

*À ceux de la fac de médecine de Nantes, avec qui j'ai passé de belles années. Notamment à Pierre, Marie et Louise pendant l'Erasmus.*

*Et enfin à Clément :*

*Merci de ton soutien et de ton réconfort. Merci de croire en moi.*

*À nous les voyages jusqu'au bout du monde, les road trips en van, le bateau et bien d'autres. L'aventure ne fait que commencer...*

*Hâte de partager tout ça avec toi.*



## REMERCIEMENTS DE MARION

*À ma famille,*

*À ma mère, merci pour ton amour, ton soutien et ton écoute sans faille pendant ces longues études, et depuis ma venue au monde.*

*À mon père, merci pour ta transmission du goût de l'effort et de l'ambition dans le travail, pour tes conseils et ton soutien.*

*À ma sœur, pour ton soutien et les cas-cliniques que tu me faisais faire au lieu de réviser ton bac ... et ceux que tu m'envoies par message maintenant !*

*À mon frère, merci pour nos moments partagés, pour ta présence et ton soutien.*

*À mes grands-parents, Pépé et Mémé, merci pour votre amour et votre accompagnement lors de mes longues révisions à l'ombre des mûriers platanes, et depuis toujours.*

*À Mémété, merci pour ton amour, pour ces heures de conversations sans fin. Merci pour tous les cierges que tu as allumés pour ma réussite, qui semblent avoir bien fonctionnés ☺.*

*À mon parrain et ma marraine, à mon oncle, à mes cousins, et ma cousine, merci pour ces bons moments partagés et votre amour.*

*À Pascal, Cécile et Jérôme, merci pour votre soutien et ces bons moments partagés en famille.*

*À tonton et tata Molla, merci pour votre soutien précieux pendant mon internat et depuis toujours.*

*À mes beaux-parents, merci pour votre soutien et votre accompagnement ces dernières années et durant cette thèse.*

*À ma co-thésarde, Maëlle,*

*Merci de m'avoir rejoint sur ce projet, d'y avoir consacré autant de travail et d'énergie. Merci de m'avoir fait jouir de tes talents de statisticienne hors pair.*

*Je suis très heureuse d'avoir partagé cela avec toi et te souhaite un bon voyage bien mérité !*

*À mes « vieux » amis,*

*À Eugé, ma sœur de toujours, merci pour cet amour qui persiste au fil du temps. Merci à toi et tes parents, pour votre accueil au sein de votre famille.*

*À tonton Machy et Choukette, mes acolytes du lycée, merci pour tous ces moments de bonheur et de rires partagés. Merci d'être encore présents aujourd'hui.*

*À Caro, ma PPSH russe andalouse, merci pour ces années de complicité et pour ton écoute.*

*À Antho, mon Kakounet, merci pour tous ces fous rires et toutes nos bêtises. Merci pour cette amitié qui résiste à l'épreuve du temps et des kilomètres.*

*À Quentinou, merci pour ta franchise et nos heures de discussions sans fin.*

*À Laure, merci pour cette belle rencontre au fil d'un congrès, merci pour ton écoute, et pour tous ces bons souvenirs d'étudiantes.*

*Aux Balbyniens,*

*À Julia, la première rencontre et pas des moindres, à tous nos bons moments partagés (Lixam\*\*\* !), et nos discussions dans les moments de doutes à la ruche comme ailleurs.*

*Et à David, pour ces moments de révision plus que pas sérieux.*

*À Arlou, mon coloc d'un temps, merci pour tous ces moments de bonheur, les trajets du matin musique à fond dans les bouchons, et ces beaux souvenirs de voyage.*

*À Jordael, à nos longues heures de révision nous faisant perdre la raison.*

*À Elo, merci pour tous ces moments de folie partagés et pour cette amitié.*

*À Astrid et Joannie, merci pour tous ces bons moments partagés, et pour vos caractères engagés (on se comprend !)*

*Aux belles rencontres de ces dernières années,*

*À Julie et Ricardo, merci pour ces bons moments partagés et pour notre amitié qui ne fait que commencer.*

*À Julo, merci pour tous ces moments de bonheur, pour ta spontanéité, et pour ces trajets périlleux en Clio sous la pluie.*

*À Célio' et Popo, les copines du WEI, toujours là pour une bonne discussion entre amish !*

*À Soso Carbo, merci pour ton soutien tout au long de ce stage éprouvant partagé, à nos conversations à haut débit et aux décollages de lanternes ratés.*

*À Coline, Lorena, Marcel, Rémi et Douglas, merci pour toutes ces belles soirées avignonnaises.*

*À Emi, merci pour ta douceur et ton amitié.*

*À Elsa et Amédée, aux bons moments à venir entre « futurs voisins ».*

*À Marie, pour cette belle rencontre sur cette belle île de la Reunion, à tous les bons moments partagés à venir.*

*À mon Ninou, merci de m'avoir supportée pendant toute la durée de ce travail, et depuis notre rencontre. Merci pour ton soutien, tes bons petits plats et notre amour. Merci pour ces belles aventures partagées jusqu'au bout du monde et pour celles à venir.*

*Enfin, à toute l'équipe du « nid » d'Avignon qui fut ma cantine et ma seconde maison pendant la rédaction de ce manuscrit et à Cindy, qui a dû m'écouter me plaindre parfois.*



# TABLE DES MATIÈRES

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	3
1. GÉNÉRALITÉS SUR LE TABAC .....	4
2. ÉPIDÉMIOLOGIE GÉNÉRALE .....	7
3. ÉPIDÉMIOLOGIE PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM .....	8
4. LE TABAGISME PASSIF .....	10
5. TABAGISME ET ALLAITEMENT MATERNEL .....	11
6. AIDE AU SEVRAGE DANS LE POST-PARTUM .....	13
7. RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE .....	15
8. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE .....	17
<b>II. MATÉRIEL ET MÉTHODE</b> .....	18
1. TYPE D'ÉTUDE .....	18
2. POPULATION DE L'ÉTUDE .....	18
3. MÉTHODE DE RECRUTEMENT ET DE RECUEIL .....	19
<b>III. RÉSULTATS</b> .....	26
<b>III. A ANALYSE DE LA REPRISE DU TABAC À 6 MOIS : PREMIÈRE PÉRIODE D'INCLUSION</b> .....	26
1. PARTICIPATION À L'ÉTUDE .....	26
2. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION .....	28
3. DÉLAI ET PRÉVALENCE DE LA REPRISE DU TABAC DANS LES 6 PREMIERS MOIS DU POST-PARTUM.....	30
4. FACTEURS ASSOCIÉS À LA REPRISE DU TABAC AU COURS DES 6 PREMIERS MOIS DU POST-PARTUM.....	33
5. ÉVALUATION QUALITATIVE DE L'INFLUENCE DES FACTEURS .....	42

<b>III. B ANALYSE DE LA REPRISE DU TABAC À 1 MOIS ET 3 MOIS : PREMIÈRE PÉRIODE D'INCLUSION COMPLÉTÉE DE LA DEUXIÈME PÉRIODE D'INCLUSION.....</b>	<b>44</b>
1. POPULATION .....	44
2. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION .....	44
3. DÉLAI ET PRÉVALENCE DE LA REPRISE DU TABAC : 1 ET 3 MOIS ...	46
4. FACTEURS ASSOCIÉS À LA REPRISE DU TABAC .....	47
5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES .....	59
<b>IV. DISCUSSION.....</b>	<b>60</b>
1. LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE .....	60
2. ANALYSE ET COMPARAISON DES RÉSULTATS AVEC LA LITTÉRATURE .....	64
3. FREINS ET PERSPECTIVES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA REPRISE DU TABAGISME DANS LE POST-PARTUM.....	77
<b>V. CONCLUSION.....</b>	<b>81</b>
<b>VI. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>82</b>
<b>VII. LISTE DES ABRÉVIATIONS .....</b>	<b>89</b>
<b>VIII. LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>91</b>
<b>IX. LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>93</b>
<b>X. ANNEXES .....</b>	<b>94</b>

# I. INTRODUCTION

Le tabagisme est un enjeu et une problématique majeurs de santé publique en France et dans le monde. La grossesse et le post-partum sont des moments propices à une modification de la consommation tabagique dans la vie d'une femme.

D'après les résultats du *Baromètre santé 2017*, on considère qu'en France 27,9% des femmes fument au début de leur grossesse et 50% d'entre elles arrêtent à l'annonce ou pendant leur grossesse (1).

Cependant l'autre moitié d'entre elles continue à fumer jusqu'à la fin de leur grossesse (86% diminuant néanmoins leur consommation) (1) malgré le risque de complications obstétricales et néonatales (2,3). Ces complications étant proportionnelles à la consommation de cigarettes par la mère.

Pour ces raisons, l'arrêt du tabac est recommandé aux patientes par les sages-femmes et les médecins durant la grossesse. Les médecins généralistes sont de plus en plus investis dans la prise en charge des femmes enceintes, et ont un rôle majeur et central dans la prise en charge du sevrage tabagique de la population générale (4).

D'après la *Haute Autorité de Santé* (HAS) 80% des femmes reprennent leur consommation dans l'année suivant l'accouchement (4). Selon la seule étude française réalisée par *N. Lelong*, 50% recommencent à fumer dans les 6 premiers mois du post-partum (5). Tout cela entraînant une augmentation de la morbi-mortalité pour les nourrissons et les enfants exposés au tabagisme passif de leurs parents, ainsi que pour ces femmes ; faisant de ce maintien du sevrage tabagique de manière durable dans le post partum, un enjeu de santé publique.

Au regard de ces constats, il nous semble important de déterminer quelles sont les périodes à risque de reprise de la consommation de tabac dans les 6 premiers mois du post-partum et quels sont les facteurs pouvant y être associés.

# 1. GÉNÉRALITÉS SUR LE TABAC

## A- Composition

Le tabac, ou *Nicotiana tabacum*, est une plante dont les larges feuilles, une fois séchées, sont utilisées pour la fabrication de cigarettes, cigares, scaferlatis (utilisé pour la pipe ou le tabac à rouler), tabac à narguilé, tabac oral et tabac chauffé (6).

Une cigarette contient plus de 7000 composants chimiques identifiés dont 69 sont considérés comme cancérigènes (7).

## B- Dépendance au tabac

La nicotine est le principal agent responsable de la dépendance. C'est la drogue la plus puissante sur le marché. En revanche sa toxicité est faible (6). Elle agit sur des récepteurs nicotiques périphériques et centraux. La dépendance aux substances addictives passe notamment par la libération de dopamine dans le noyau accumbens, activant le système de récompense chez le fumeur. Lorsque le patient fume, il existe un pic rapide de la concentration plasmatique de nicotine, vraisemblablement responsable de l'effet particulièrement addictogène de la cigarette (8).

Le tabagisme est un comportement renforcé par 3 types de dépendances reconnus (3) :

- La dépendance physique, liée à la nicotine ;
- La dépendance psychique, due aux effets psychoactifs de la nicotine et des autres alcaloïdes du tabac ;
- La dépendance comportementale correspondant aux automatismes acquis chez le fumeur (geste, habitudes) et aux effets de l'environnement.

*M. Underner* évoque dans sa publication (3) :

- Une composante sensorielle, liée aux effets sensoriels périphériques de la cigarette (goûts, odeurs, chaleur, irritation des voies respiratoires hautes) ;
- Une composante identitaire, correspond à l'identification du soi par le fait de fumer et à l'appartenance au groupe social « fumeur ».

### C- Principales pathologies du fumeur et bénéfiques à l'arrêt du tabac

- Pathologies cancéreuses : en France, 1 cancer sur 4 est dû au tabac, entraînant 47 000 décès par an (7). Il est particulièrement en cause dans les cancers broncho-pulmonaires puisque la consommation de tabac multiplie par 10 le risque de cancer du poumon, et que 90% des cancers du poumon sont liés au tabac. Le risque de cancer du poumon dépend du nombre de cigarettes consommées par jour et surtout de l'ancienneté du tabagisme (9). On observe une diminution du risque de cancer dans les 5 à 10 ans après l'arrêt du tabac. L'étude de *Peto et al.* a estimé que chez les hommes ayant arrêté de fumer à 60, 50, 40 et 30 ans, les risques cumulés de cancer du poumon à 75 ans étaient de 10%, 6%, 3% et 2% (10).
- Pathologies cardio-vasculaires : le tabac multiplie par 20 le risque de développer une maladie cardio-vasculaire (6), et multiplie par 3 le risque d'infarctus du myocarde (7), entraînant 20 000 décès par an. Le risque de survenue d'un infarctus du myocarde ou d'un accident vasculaire cérébral diminue de 50% dans les deux ans après un sevrage tabagique (11). Et ce risque disparaît pratiquement totalement pour les fumeurs ayant arrêté avant l'âge de 30 ans. Chez les patients coronariens, l'arrêt du tabac entraîne une diminution de 36% du risque de décès (12).
- Pathologies respiratoires : 3,5 millions de personnes souffrent de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) (6), 15% des fumeurs sont touchés (7). Le tabac aggrave et rend les exacerbations des patients asthmatiques plus nombreuses. À l'arrêt du tabac, la symptomatologie fonctionnelle respiratoire diminue dans l'année (13) et l'on observe un ralentissement du déclin du VEMS chez les patients atteints de BPCO d'intensité faible à modérée (14).
- Pathologies gynéco-obstétricales : le tabagisme de la femme enceinte entraîne une augmentation du risque de fausse couche spontanée (multiplié par 3), de

grossesse extra-utérine (multiplié par 1,5 à 3), d'hématome rétro placentaire et de placenta prævia (multiplié par 2) ainsi que des complications néonatales telles que des risques de retard de croissance in-utéro, de prématurité liée à la rupture prématurée des membranes (multiplié par 2 à 3), de mort fœtale in utéro et de mort subite inopinée du nourrisson (2,3) Les bénéfices sur le poids du nourrisson, la prématurité et le risque d'hématome rétro-placentaire ont été démontrés chez la femme enceinte en cas d'arrêt de tabac avant la grossesse ou au cours des 3 à 4 premiers mois (11).

L'arrêt du tabac entraîne une amélioration de l'espérance et de la qualité de vie, quel que soit l'âge, et d'autant plus que l'arrêt est précoce.

Les résultats de l'étude de *Doll et al.* (15) ont estimé le gain d'espérance de vie à :

- 3 ans chez un fumeur arrêtant à l'âge de 60 ans.
- 6 ans si l'arrêt avait lieu à l'âge de 50 ans,
- 9 ans pour un arrêt à 40 ans.

La courbe de survie des ex-fumeurs se superposait à celle des non-fumeurs si l'arrêt avait lieu à 35 ans.

## 2. ÉPIDÉMIOLOGIE GÉNÉRALE

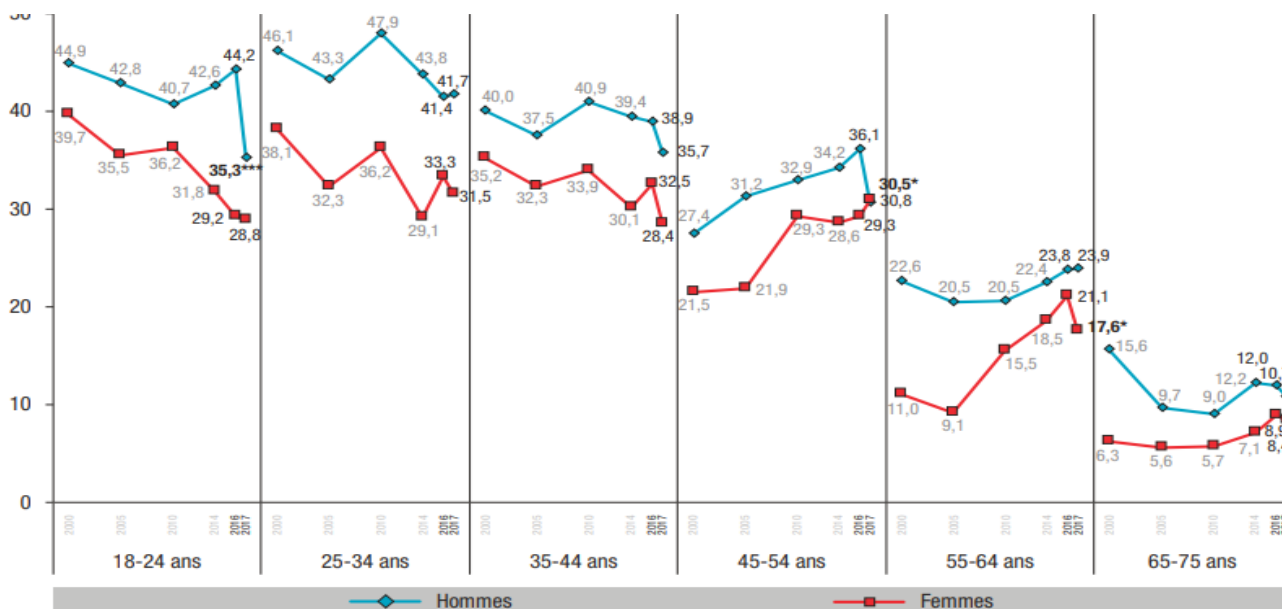
Dans le monde, le tabac est responsable de la mort d'une personne toutes les 6 secondes, soit plus de 8 millions de décès par an (16). En France, et dans le monde, le tabac est la première cause de décès précoce évitable (6).

En France métropolitaine, on estime le nombre de fumeurs à 13 millions (17), et le nombre de décès attribués au tabac à plus de 75 000 par an (18) dont 19 900 femmes (19).

En 2017, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, se distinguait par une prévalence en tabagisme quotidien des 18-75 ans à 32,1%, soit la plus élevée de France métropolitaine (20).

La prévalence du tabagisme chez la femme a été en constante augmentation depuis le début des années 1970. En 2018, 28,9% des femmes âgées de 18-75 ans déclaraient fumer de manière occasionnelle ou quotidienne (22,9% quotidiennement) (18).

Figure 1 : Prévalence (en %) du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans, France 2000-2017 (20).



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017, Santé publique France.  
Les \* indiquent une évolution significative entre 2016 et 2017 : \* p<0,05 ; \*\*\* p<0,001.

L'augmentation du tabagisme féminin s'est traduite par une augmentation de la morbi-mortalité liée au tabac. Entre 2002 et 2015, le nombre de décès attribuables au tabagisme

a été multiplié par 2,5 chez les femmes (21). L'incidence du cancer du poumon a augmenté de 72%, l'incidence des infarctus du myocarde avant l'âge de 65 ans a augmenté de 50% et l'incidence des hospitalisations pour BPCO a doublé (22).

En 2017 et 2018, la prévalence du tabagisme quotidien en France a baissé de manière significative (18,20), ce qui n'avait pas été le cas depuis 2005, sous l'effet des hausses du prix du paquet réalisées de manière progressive jusqu'en 2020, de la mise en place de l'opération « Mois sans tabac » et de l'élargissement de la prise en charge forfaitaire pour les traitements de substitution nicotinique (19).

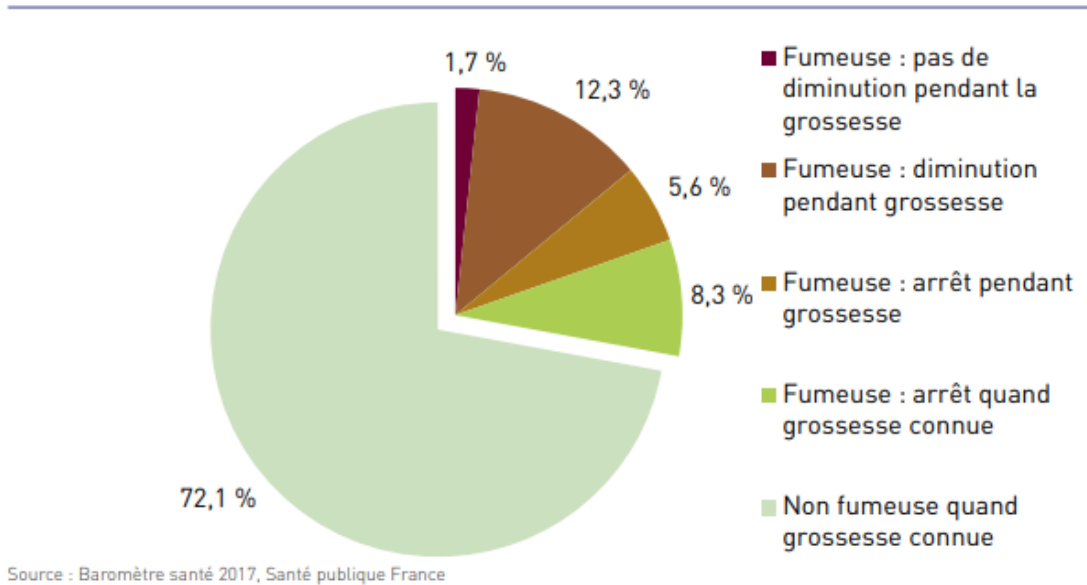
L'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) a constaté qu'en 2018, les ventes de traitements d'aide à l'arrêt du tabac réalisées en pharmacie ont augmenté de 25% à la suite de la mise en œuvre du remboursement à 65 % des substituts nicotiniques par l'Assurance maladie (mesure du *Plan National de Lutte contre le Tabac (PNLT) 2018-2022*), qui a progressivement remplacé le forfait de 150 euros par an et par personne (19).

### **3. ÉPIDÉMIOLOGIE PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM**

D'après les résultats du *Baromètre santé de Santé publique France*, en France, en 2017, 27.9% des femmes mères d'un enfant de cinq ans ou moins, déclaraient être fumeuses lors de la prise de connaissance de leur grossesse. Parmi elles, 30% ont arrêté leur consommation lorsqu'elles ont appris être enceinte, et 20% ont arrêté pendant leur grossesse. De fait, 14% des femmes ont continué à fumer pendant leur grossesse, dont 12.3% déclaraient avoir diminué leur consommation (1). La prévalence du tabagisme durant la grossesse en France diminue peu depuis 2010 et reste un des taux les plus élevés d'Europe (23).



Figure 2 : Statut tabagique des femmes lors de la prise de connaissance de la grossesse et évolution durant la grossesse lors de la dernière grossesse (1)



Dans le *Baromètre santé* de 2017, 84,7 % des femmes ont déclaré avoir recommencé à fumer après leur grossesse (1).

D'après la HAS, dans le post-partum, 80% des femmes auront repris leur consommation un an après l'accouchement, et 30 à 50% reprennent précocement (4,5).

La reprise du tabagisme dans le post-partum est peu étudiée en France, seule une étude (de *N. Lelong*) a été publiée en 2001 retrouvant le tabagisme du conjoint comme facteur favorisant la reprise de manière significative (5).

Chez les femmes ayant arrêté de fumer avant ou pendant la grossesse, la HAS recommande « d'anticiper le risque de rechute après la naissance de l'enfant, aux différentes périodes critiques (à la sortie de la maternité, après l'allaitement, à la fin du congé maternité, etc.) » ; « d'anticiper la sortie de la maternité en construisant un projet de prise en charge spécifique d'arrêt de la consommation du tabac, de façon à prévenir les rechutes. » et « de fournir des documents d'information aux femmes sevrées sur les aides à la prévention de la rechute. » (4). Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommande d'aborder cette problématique lors de la consultation du post-partum réalisée dans les 6 à 8 semaines après l'accouchement.

#### **4. LE TABAGISME PASSIF**

##### A- Physiopathologie du tabagisme passif

Le tabac fumé produit 3 types de fumées (6) :

- Le courant primaire inhalé par le fumeur lorsqu'il tire sur la cigarette.
- Le courant secondaire qui s'échappe de la cigarette par le bout incandescent entre 2 bouffées. Cette combustion se faisant sans apport suffisant d'oxygène produit des taux de toxiques plus élevés. C'est la cause majeure du tabagisme passif. La concentration en CO est 2,5 fois supérieure à celle du courant primaire et les substances cancérigènes y sont concentrées 2 fois plus. (24)
- Le courant tertiaire est le courant exhalé par le fumeur, également impliqué dans l'intoxication passive.

##### B- Effets du tabagisme passif sur le nouveau-né et l'enfant

D'après l'*Organisation Mondiale de la Santé* (OMS), plus de 40% des enfants dans le monde sont exposés au tabagisme passif de leurs parents (25).

Le tabagisme passif serait responsable de 1,2 millions de décès par an dans le monde dont 65 000 enfants (16), et de 5000 décès par an en France (6).

Il a été démontré chez les nourrissons et les jeunes enfants exposés au tabagisme passif ex-utéro de leurs parents, et particulièrement lorsque le parent fumeur est la mère :

- Une multiplication par 2 à 3 du risque de mort subite du nourrisson (MSN) (26).
- Une prévalence des coliques du nourrisson deux fois plus élevée chez les mères fumant plus de 5 cigarettes par jour. (27)
- Une augmentation du nombre d'atteintes ORL :
  - +72% de bronchites, bronchiolites et pneumopathies si la mère fume (+29% si un autre membre de la famille fume) (28). Ainsi qu'une augmentation de leur sévérité avec un taux d'hospitalisations majoré de 30% (29).

- +21% de prévalence de l'asthme (29). Chez les enfants asthmatiques, l'exposition au tabagisme passif est responsable d'un asthme plus sévère et plus difficile à traiter : elle augmente la morbidité, le nombre de consultations médicales et la consommation médicamenteuse (30).
- +48% d'otites moyennes aiguës (28). Elles sont aussi de résolution plus lente. (29)
- +27% de caries (31).

Par ailleurs, les enfants de parents fumeurs auraient 2 à 3 fois plus de risque de devenir fumeurs à leur tour (32).

Le lien entre l'exposition au tabagisme passif et la prévalence des cancers de l'enfant n'a pas été démontré. Cependant, une exposition au tabagisme passif poursuivie à l'âge adulte entraîne une augmentation du risque relatif de cancer du poumon de 26% et de décès par maladie cardiovasculaire de 20 à 30 % (6).

Il est recommandé aux parents d'arrêter toute consommation tabagique pour la santé de leur nourrisson ou enfant. Pour les parents fumeurs il est recommandé de :

- Fumer à l'extérieur du domicile
- Se doucher et changer de vêtements avant de porter leur bébé
- Ne pas pratiquer le co-dodo<sup>1</sup> (33,34)

## **5. TABAGISME ET ALLAITEMENT MATERNEL**

### **A- Conséquences délétères du tabagisme sur l'allaitement maternel**

La nicotine et d'autres toxines inhalées passent dans le lait maternel et s'y concentrent. Un tabagisme supérieur à 10 cigarettes par jour entraîne une diminution de la production de lait, la nicotine diminuant la sécrétion de prolactine, ainsi qu'une inhibition du réflexe d'éjection (35), entraînant un arrêt de l'allaitement à 3 mois deux fois supérieur chez la

---

<sup>1</sup> *Co-dodo* (33) : lorsque l'enfant dort dans la même pièce que ses parents, dans le même lit (= *bed-sharing* : contre indiqué car risque de MSN) ou dans un lit séparé du lit conjugal (= *room-sharing*). Le *room-sharing* est recommandé pour faciliter l'allaitement maternel, mais contre-indiqué en cas de tabagisme d'un des parents à cause du rejet de CO durant la nuit.

mère fumeuse (36). Les femmes fumeuses, pensant que leur production de lait est insuffisante sont moins motivées à maintenir l'allaitement (37).

Le sevrage précoce de l'allaitement maternel dépend aussi de l'interprétation de la mère sur les effets délétères de son allaitement, tels que les coliques du nourrisson liées en réalité à l'exposition au tabagisme passif. (27,38)

#### B- Les bénéfices de l'allaitement maternel chez la femme fumeuse

L'allaitement maternel est recommandé, la balance bénéfico-risque étant en faveur de celui-ci, et sur une période d'au moins 6 mois. Il a été démontré que la morbidité et la mortalité des enfants de mères fumeuses alimentés avec un lait artificiel étaient supérieures à celles des bébés nourris avec le lait de leur mère tabagique (37).

- Bénéfices sur les atteintes respiratoires :

- Un allaitement maternel supérieur à 6 mois réduit l'incidence des maladies respiratoires liées au tabagisme passif chez le nourrisson. Un effet protecteur de l'allaitement supérieur à 6 mois sur les infections des voies respiratoires basses a été démontré et celui-ci est d'autant plus important chez les nourrissons exposés au tabagisme maternel, rendant le risque de maladies respiratoires liées au tabagisme passif non significatif (36).
- Un allaitement maternel inférieur à 4 mois et une exposition au tabagisme passif sont associés à une sévérité des bronchiolites et à des hospitalisations plus longues. Au contraire, le tabagisme passif n'augmente pas le risque de bronchiolites lorsque l'allaitement maternel est supérieur à 4 mois (39).

- Bénéfices sur les coliques du nourrisson :

- Le risque de coliques du nourrisson devient non significatif et la prévalence diminue si l'enfant est nourri au sein (36).

- Bénéfices sur les complications du tabagisme passif in-utéro :

- Bien que nés avec un plus petit poids de naissance, les nourrissons allaités de mères fumeuses ont un gain de poids supérieur après la naissance par rapport aux nourrissons allaités artificiellement. (36)

D'après les recommandations de la HAS, il est préférable d'encourager l'allaitement maternel chez les mères fumeuses. Les conséquences de l'exposition du nourrisson au tabagisme passif sont réduites par l'allaitement maternel, d'autant plus qu'il est de longue durée (supérieur à 4 mois) (4).

Afin de limiter l'exposition de l'enfant à la nicotine et aux autres toxiques lors de la tétée, le *Centre de Références sur les Agents Tératogènes (CRAT)* (40) et la HAS (4) recommandent de :

- Fumer juste après la tétée ou d'attendre 2 heures après la prise de la dernière cigarette pour mettre l'enfant au sein car la demi-vie de la nicotine dans le lait maternel varie entre 60 et 90 minutes.
- Diminuer la consommation tabagique de la mère au maximum. La priorité des professionnels de santé doit être de proposer une aide au sevrage tabagique.

## **6. AIDE AU SEVRAGE DANS LE POST-PARTUM**

Actuellement en France, nous disposons des outils suivants :

### A- Traitements médicamenteux :

- Le Bupropion et la Varénicline

La quantité de bupropion et de ses métabolites ingérés via le lait est faible. À ce jour aucun évènement particulier attribuable au traitement n'a été retenu chez des enfants allaités. Son utilisation serait donc envisageable pendant l'allaitement mais n'est pas recommandée à ce jour (41).

Les effets de la Varénicline utilisée pendant l'allaitement sont peu connus. De ce fait son utilisation n'est pas recommandée dans le post partum (41).

Ces traitements sont proposés en cas de tabagisme actif et non en prévention des rechutes. Ils sont aussi contre-indiqués pendant la grossesse.

- Traitements de Substituts Nicotiques (TSN)

La nicotine et son métabolite, la cotinine, passent dans le lait maternel. Via les patchs, les quantités de nicotine et de cotinine ingérées par l'enfant au cours de l'allaitement sont de 7,8 % des doses maternelles rapportées au poids. Chez les enfants allaités, les concentrations plasmatiques de cotinine sont d'environ 13,4 % des concentrations plasmatiques maternelles (41).

Il n'existe pas de dosages effectués des autres formes de substituts nicotiques dans le lait ou le plasma des enfants allaités.

Au vu de ces éléments, le CRAT (41) et la HAS (4) recommandent en ce qui concerne la prescription d'une substitution nicotinique :

- De privilégier sa mise en place et son évaluation dans le cadre d'une consultation spécialisée.
- L'utilisation de toutes les formes de substitution nicotinique : en privilégiant les formes orales.
- De conseiller aux femmes de prendre le substitut après la tétée et d'attendre environ 2 heures après la prise afin de minimiser l'exposition de l'enfant allaité à la nicotine et à ses dérivés.

L'utilisation de traitements substitutifs de la nicotine chez les femmes allaitantes pour maintenir une abstinence tabagique est bénéfique. Le risque associé à la présence d'une faible concentration de nicotine dans le lait maternel est largement contrebalancé par les bénéfices apportés par l'allaitement et l'abstinence tabagique de la mère. Il existe une augmentation des taux de réussite lorsque les doses de nicotine sont adaptées et lorsque deux galéniques différentes (voie transdermique et voie orale) sont associées (35).

B- Prises en charge non médicamenteuses

- Entretien motivationnel et soutien psychologique :
  - Le conseil minimal
  - L'entretien motivationnel (EM) consiste en une exploration empathique de l'ambivalence du fumeur face au changement (arguments pour et contre la poursuite du tabagisme, d'une part et de son arrêt, d'autre part). L'EM repose sur un partenariat coopératif et collaboratif valorisant l'autonomie du patient au cours de séances longues ou courtes qui permettent de renforcer son degré de motivation (3).
  - Le type de soutien psychologique est variable : soutien individuel simple, séances individuelles ou en groupe, suivi et soutien par téléphone, SMS ou Internet, thérapies cognitives et comportementales (TCC). (3)

La HAS recommande à ce propos de réaliser en première intention, chez les patientes enceintes ou qui viennent d'accoucher, les approches psychologiques et/ou comportementales. Un TSN peut être instauré en seconde intention si la première approche est insuffisante ou refusée et de préférence en association avec une approche psychologique et/ou comportementale (4).

## **7. RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE**

La lutte contre le tabac est un enjeu de santé publique majeur. Le tabagisme en France a un coût social annuel estimé à 120 milliards d'euros en 2010 (42).

La lutte contre le tabac est un des objectifs principaux du gouvernement actuel tendant à ce que « d'ici 2032, les enfants nés depuis 2014 deviennent la première génération d'adultes non-fumeurs », en lien avec les objectifs du plan cancer 3, et dans la poursuite des engagements du *Programme National de Réduction Tabagique (PNRT) 2014/2019* du gouvernement précédent, visant "à impliquer d'avantage les professionnels de santé et à mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac", et en particulier les médecins généralistes qui, depuis la loi HPST (*Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires*) de 2009, occupent un rôle central dans le système de soins.

Ce rôle est souligné par les recommandations de la *Haute Autorité de Santé* (HAS) de 2014 indiquant qu'elles s'adressent « en priorité aux médecins généralistes, naturellement concernés par la prévention dans le cadre de la prise en charge globale et du suivi au long cours de leurs patients, et qui rencontrent en premier lieu la grande majorité des patients visés par ces recommandations. » et précisant que « le médecin généraliste est en première ligne de la prise en charge des différentes addictions. » (4)

Par ailleurs, la participation des médecins traitants aux suivis de grossesses progresse. D'après une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) de 2016, 63% des médecins généralistes de moins de 40 ans réalisent au moins une consultation par trimestre à ce sujet, et 84% des praticiens considèrent que le suivi de grossesse à bas risque fait partie de leurs missions (43). Les médecins généralistes sont amenés à recevoir un nombre croissant de femmes dans la période du post-partum, notamment avec la mise en place en 2010 du PRADO maternité (programme d'accompagnement au retour à domicile), favorisant le retour à domicile précoce de la mère et de son enfant, avec un soutien à domicile d'une sage-femme. Selon l'assurance maladie, 60% des naissances en France en 2018 ont donné lieu à un accompagnement PRADO. Les médecins généralistes sont d'autant plus sollicités pour le suivi de leur nourrisson puisque 78% des médecins généralistes effectuant des suivis de grossesse estiment que l'examen post natal du nourrisson, effectué entre le 6<sup>e</sup> et le 10<sup>e</sup> jour de vie, fait partie de leur mission (43) ainsi que pour les examens mensuels et les vaccinations du nouveau-né.



## **8. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

L'objectif principal de cette étude est de déterminer le délai et la prévalence de la reprise du tabac dans les 6 premiers mois du post-partum.

L'objectif secondaire de cette étude est de mettre en évidence les facteurs associés à la reprise du tabagisme dans les 6 premiers mois du post-partum.

### **Hypothèse principale :**

- 50 % des femmes ayant arrêté de fumer pendant leur grossesse reprennent leur consommation durant les 6 mois suivant l'accouchement dont une majorité dans les 3 premiers mois du post-partum.

### **Hypothèse secondaire :**

- Le tabagisme du conjoint, la reprise du travail, l'allaitement artificiel, l'état d'anxiété et moral de la mère, la consommation d'alcool et/ou de cannabis et/ou d'autres drogues, la prise de poids pendant la grossesse, la multiparité, les conditions d'arrêt et de consommations antérieures ainsi que l'intention première d'arrêter uniquement pendant la grossesse, sont des facteurs associés à la reprise du tabagisme dans le post-partum.

## **II. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **1. TYPE D'ÉTUDE**

Nous avons réalisé une enquête de cohorte descriptive prospective multicentrique par auto-questionnaires dans les maternités du Centre Hospitalier d'Avignon, de la polyclinique Urbain V d'Avignon et du Centre Hospitalier de Carpentras.

Une demande auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) de type MR-004 a été réalisée et acceptée (Annexe n°1). Nous avons par ailleurs obtenu un avis favorable du comité d'éthique de l'Université Aix-Marseille. (Annexe n°2)

### **2. POPULATION DE L'ÉTUDE**

- Critères d'inclusion : notre étude incluait
  - Toute femme, en service de suites de couches, majeure fumeuse ayant arrêté totalement sa consommation tabagique dans la période péri-conceptionnelle ( $\leq 6$  mois avant la grossesse) ou au cours de la grossesse
  - Acceptant de participer à l'étude
  - Et ayant une adresse électronique
- Critères d'exclusion : notre étude excluait
  - Les femmes mineures
  - Les femmes ne sachant pas lire ou écrire le français
  - Les femmes ne possédant pas d'adresse électronique valide
  - Les grossesses ayant abouti à une fausse couche tardive, une MFIU, ou un accouchement prématuré  $< 37$  SA
  - Les femmes ayant poursuivi leur consommation tabagique pendant la grossesse, et les non-fumeuses.

### **3. MÉTHODE DE RECRUTEMENT ET DE RECUEIL**

#### **A- Choix et descriptions des centres**

Nous avons effectué une étude multicentrique dans des maternités du Vaucluse, car nous n'avons retrouvé aucune étude ni travail de thèse réalisé sur ce territoire, dans nos recherches.

Nous avons choisi de réaliser cette étude dans les 3 maternités du département réalisant le plus grand nombre d'accouchements par an :

- La maternité du Centre Hospitalier Henri Duffaut d'Avignon : 3000 accouchements/an
- La maternité de la Polyclinique Urbain V d'Avignon : 1800 accouchements/an
- La maternité du Centre Hospitalier de Carpentras : 1100 accouchements/an

Nous avons sollicité Mme K. HAESSIG, sage-femme libérale en Avignon adhérente au *RESAD* (Réseau de Santé Addictions Vaucluse), afin d'inclure des patientes lors de visites à domicile du post-partum.

Nous avons effectué un travail de rencontres des équipes et de coordination de l'étude dans les différents centres à travers une réunion dans les maternités regroupant le chef de service et les cadres de santé. Cet entretien en amont, nous a permis de déterminer le mode de distribution des questionnaires le plus adéquat à chaque centre dans un souci d'ajouter une charge de travail minimum aux équipes médicales et paramédicales.

Un entretien a été réalisé avec Mr J-L. ARMONICO, responsable de la section recherche de l'hôpital d'Avignon, afin de lui présenter le projet d'étude.

#### **B- Dispositifs d'appui et de ressources**

Afin de mesurer la pertinence du choix de nos items dans l'élaboration de notre questionnaire, nous avons pris l'avis du Dr N. BONNET, pharmacien de santé publique, directeur de l'association *RESPADD* (Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions) ainsi que de Mme C. CHANAL, sage-femme, du réseau

périnatal Naitre et Grandir en Languedoc-Roussillon et présidente de l'association *GEGA* (Groupe d'Étude Grossesse et Addictions).

Par ailleurs, Mme C. CAGNAT, directrice de l'association *Alliance contre le tabac*<sup>2</sup> et membre de l'association *Le souffle 84*<sup>3</sup>, nous a apporté une guidance dans la recherche bibliographique.

### C- Inclusion et recueil de données

L'inclusion des patientes s'est déroulée sur une période de 3 mois et demi, du 16 décembre 2018 au 31 mars 2019 dans les différents services de suites de couches.

Le recueil de données a été réalisé jusqu'au 15 septembre 2019, il a été réalisé par auto-questionnaires.

### D- Déroulement de l'étude

- Dans un premier temps

Un questionnaire sur papier ainsi qu'une feuille d'information (Annexe n°3) étaient distribués aux patientes dans les différents services de suites de couches.

Nous avons choisi le mode de distribution le plus adéquat à l'organisation de chaque service : les documents étaient distribués par les auxiliaires puéricultrices au CH d'Avignon, par les sages-femmes à la clinique Urbain V et par les secrétaires au CH de Carpentras. La consigne était de donner un questionnaire à chaque patiente du service, ayant accouché à terme ( $\geq 37$  SA) d'un enfant vivant, pendant son hospitalisation en suites de couches.

Les femmes acceptant de participer à l'étude remettaient le questionnaire rempli aux membres du personnel du service.

---

<sup>2</sup> *L'alliance contre le tabac* est une association rassemblant 25 associations membres, créée en 1991 pour accompagner la bonne application de la Loi Evin et les mesures de prévention du tabagisme.

<sup>3</sup> *Le souffle 84 – comité du Vaucluse contre les maladies respiratoires*, déclinaison départementale de la Fondation du Souffle, est une association ayant pour mission d'apporter son concours à l'organisation et au développement de la lutte contre les maladies respiratoires dans le Vaucluse.

Nous allions renouveler le stock de questionnaires et de feuilles d'information et récupérer les réponses aux questionnaires dans les services tous les 15 jours.

- Dans un second temps

Nous avons envoyé aux patientes correspondant aux critères d'inclusion un second questionnaire à 1 mois, 3 mois et 6 mois du post-partum afin d'évaluer leur reprise du tabac.

Nous avons transmis ces questionnaires aux patientes par courrier électronique par souci de faisabilité (rapidité, faible coût, facilité de recueil des données).

Les questionnaires à 3 mois et 6 mois étaient envoyés uniquement aux femmes déclarant ne pas avoir repris de consommation tabagique lors du précédent questionnaire.

En l'absence de réponse, les patientes recevaient un rappel par courrier électronique à cinq jours de l'envoi du questionnaire puis par téléphone dix jours après la première relance.

Nous avons considéré comme perdues de vue les patientes n'ayant pas répondu au questionnaire un mois après le premier envoi.

#### E- Outils utilisés : auto-questionnaires

Les auto-questionnaires comprenaient des questions fermées à réponse unique ou multiple. Nous n'avons pas recueilli de données sensibles selon la CNIL<sup>4</sup>.

Le premier auto-questionnaire : distribué en suites de couches (Annexe n°4)

---

<sup>4</sup> : Les données sensibles forment une catégorie particulière des données personnelles. Ce sont des informations qui révèlent la prétendue origine raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale, ainsi que le traitement des données génétiques, des données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique, des données concernant la santé ou des données concernant la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle d'une personne physique.

Il comportait au recto un rappel du déroulement de l'étude, ainsi que 2 questions nous permettant de savoir si la patiente répondait à nos critères d'inclusion : c'est-à-dire si la patiente fumait avant sa grossesse et si elle avait arrêté pendant sa grossesse.

La patiente renseignait ensuite son adresse de courrier électronique et son numéro de téléphone.

Puis le questionnaire recueillait des informations générales sur les patientes, et sur leur consommation tabagique avant et pendant la grossesse. Il comportait 10 questions.

- Les premières questions concernaient les caractéristiques générales de la patiente :
  - Âge, poids initial et prise de poids pendant la grossesse, taille
  - Parité
  - Mode d'accouchement
  
- Les questions suivantes interrogeaient sur la consommation de tabac avant la grossesse et les moyens mis en œuvre pour le sevrage tabagique.
  - La première question concernait la consommation de tabac antérieure. Elle a été évaluée par le nombre de cigarettes fumées en moyenne par jour. Nous avons utilisé les échelles du *Cigarette Dependence Scale (CDS)* (Annexe n°5). Même si le *Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)* est le test le plus connu et le plus utilisé, le CDS, plus récent, a une meilleure cohérence interne et reflète mieux les critères de dépendance du DSM-IV et de la CIM-10 que le FTND (44,45).
  - La seconde question renseignait le moment de l'arrêt du tabac.
  - La troisième question cherchait à savoir si la patiente avait eu recours à une aide au sevrage tabagique.

- La dernière question portait sur l'intention initiale d'arrêter de fumer uniquement pendant la grossesse ou définitivement.

Les auto-questionnaires à 1 mois, 3 mois et 6 mois du post-partum : envoyés par courrier électronique (Annexe n°6)

Les questionnaires étaient similaires à 1 mois, 3 mois et 6 mois du post-partum avec comme variable la question concernant le moment de la reprise tabagique. Ils comportaient 24 questions pour les femmes ayant recommencé à fumer, et 19 questions pour celles n'ayant pas repris.

- La première question interrogeait sur la reprise du tabagisme. Si la patiente avait repris sa consommation, une question supplémentaire concernait le moment de la reprise
- La seconde question cherchait à savoir si la patiente avait bénéficié d'une aide au maintien du sevrage depuis son accouchement.
- La troisième question concernait la consommation associée d'autres substances addictives : l'alcool, le cannabis et les autres drogues (cocaïne, héroïne etc.). Les patientes devaient renseigner leur consommation selon leur fréquence d'usage à savoir « jamais », « ponctuelle = consommation au moins une fois dans l'année » et « régulière = au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, et consommation de cannabis au moins 10 fois au cours du mois » selon les définitions utilisées dans les enquêtes de l'OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies) (46).
- La quatrième et la cinquième questions interrogeaient sur la situation professionnelle et sur la reprise du travail
- La sixième question concernait le mode d'allaitement

- La section suivante cherchait à dépister une éventuelle dépression du post-partum (DPP), via le *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Annexe n°7) (47).

Elle comportait 10 questions, à réponses multiples cotées entre 0 et 3 points. Ce test est considéré comme positif pour un score  $\geq 11$ , ou si la réponse à la question 10 concernant les idées suicidaires était positive.

Pour des raisons éthiques, les femmes étaient informées en amont de la nature de ce questionnaire par la note suivante « Le questionnaire suivant est un outil de dépistage validé utilisé pour repérer un éventuel état de dépression du post-partum. On considère une dépression post-natale fortement probable quand le score est supérieur ou égal à 11. Si c'est votre cas, nous vous invitons à prendre un rendez-vous avec un professionnel de santé afin de vous accompagner. » et le nombre de points était mentionné devant chaque proposition pour permettre à la patiente de s'évaluer.

- Enfin les 3 dernières questions concernaient la consommation de tabac de l'entourage notamment du conjoint de la patiente et son exposition au tabagisme passif.

Par ailleurs, les femmes ayant recommencé à fumer étaient interrogées de manière qualitative sur leur ressenti concernant l'influence des différents facteurs (la reprise du travail, l'arrêt de l'allaitement, le moral et/ou état de stress et le tabagisme du conjoint) sur la reprise de leur consommation. Pour cela nous leur demandions de coter cette influence sur une échelle de 1 à 5 (1 = non pas du tout, et 5 = oui, de façon importante).

Nous avons interrogé les patientes sur l'influence de leur état moral ou de stress quel que soit leur résultat au test de dépistage EPDS.

#### F- Analyses complémentaires

Nous avons poursuivi l'inclusion des patientes dans les maternités jusqu'au 31 juillet 2019 afin de présenter des résultats partiels avec un échantillon de femmes plus



important à 1 mois et 3 mois du post-partum. L'inclusion de ces patientes et le recueil des données se sont déroulés de la même façon.

Nous allons détailler, dans une première partie des résultats, nos analyses concernant notre échantillon de patientes interrogées jusqu'à 6 mois du post-partum ; puis, dans une seconde partie des résultats, nos analyses partielles sur nos échantillons à 1 et 3 mois du post-partum.

#### G- Recueil des données

Les données ont été recueillies au moyen du logiciel Google Forms.

Les données ont été collectées dans le logiciel Excel et anonymisées, dès réception des réponses aux questionnaires, grâce à un tableau de correspondance papier.

#### H- Analyses des données

Les analyses descriptives ont été préalablement menées, à l'aide du logiciel Excel, afin de décrire les caractéristiques générales de la population incluse, les délais de reprise du tabac et les taux de reprise.

Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide de moyennes. Leur dispersion a été précisée à l'aide de leur écart-type.

Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et pourcentages des répartitions dans les différentes catégories.

Dans un second temps, les analyses explicatives ont été menées afin de comparer les caractéristiques des patientes ayant repris le tabac et de celles ne l'ayant pas repris à 6 mois de l'accouchement. Elles consistent en des analyses univariées.

Nous avons utilisé le test de Student pour la comparaison des variables quantitatives, le test de Fisher pour la comparaison des variables qualitatives ou le test du Chi<sup>2</sup> en fonction de nos effectifs.

Le risque  $\alpha$  était fixé à 5%.

# **III. RÉSULTATS**

## **III. A ANALYSE DE LA REPRISE DU TABAC À 6 MOIS : PREMIÈRE PÉRIODE D'INCLUSION**

### **1. PARTICIPATION À L'ÉTUDE**

Entre le 16 décembre 2018 et le 31 mars 2019, 1505 femmes ont accouché dans les 3 maternités de notre étude (872 au CH d'Avignon, 325 à la clinique Urbain V, et 308 au CH de Carpentras).

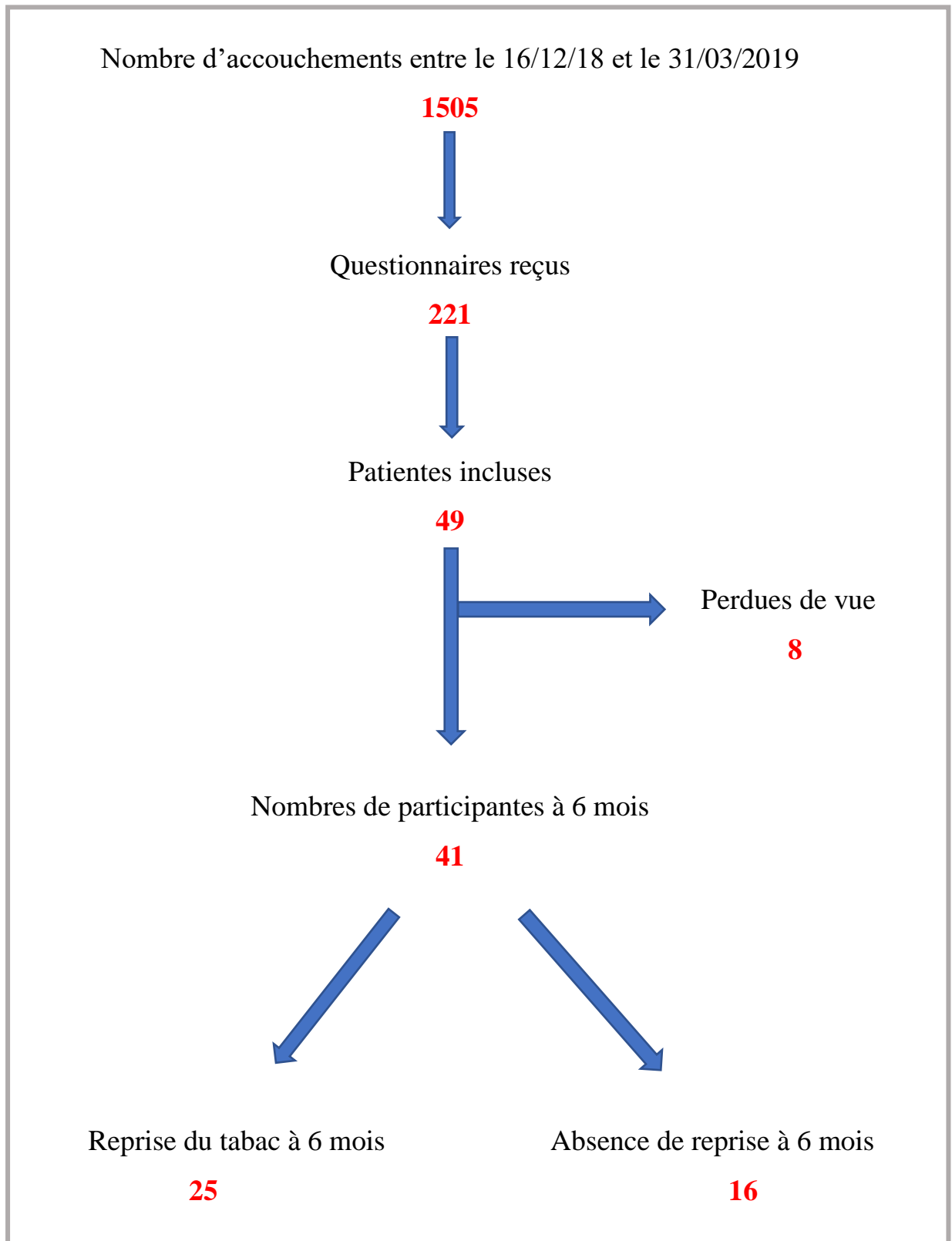
Nous avons obtenu 221 retours de questionnaires, soit un taux de 14.6%.

49 patientes correspondaient à nos critères d'inclusion. Les autres retours concernaient des patientes n'ayant pas rempli correctement le questionnaire (coordonnées ou données manquantes ou erronées), les femmes ayant poursuivi leur consommation tabagique au cours de la grossesse et les non-fumeuses.

Au terme des 6 mois de l'étude, nous avons obtenu un taux de réponses aux questionnaires de 83.7%. 8 patientes ont été perdues de vue, soit 16.3%.

Les résultats de notre étude à 6 mois du post-partum concernent l'analyse des données de 41 patientes.

Figure 3 : Diagramme de flux



## **2. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION**

### **A- Caractéristiques générales de notre échantillon (Tableau 1)**

L'âge moyen de notre échantillon était de 30.1 ans.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) moyen avant la grossesse était de 23 kg/m<sup>2</sup> et la prise de poids moyenne au cours de la grossesse était de 14,2 kg.

Concernant l'activité professionnelle, la majorité des femmes (87.8%) étaient en emploi au moment de la découverte de la grossesse. Notre échantillon ne contenait pas d'étudiante.

90.2 % des patientes vivaient avec leur partenaire. 1 patiente vivait avec un parent et 3 vivaient seules.

Notre échantillon comptait 22 primipares et 19 multipares. 87,8% des femmes ont accouché par voie basse et 12,2% par césarienne.

Les données détaillées des caractéristiques de notre échantillon sont recensées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques générales des 41 patientes de notre échantillon à 6 mois.

Caractéristiques	Population étudiée N = 41 (100 %)
<b>Âge moyen</b>	
(En années)	30,1 ± 4,3
<b>IMC avant la grossesse</b>	
< 18,5	9,8
18,5 à 24,9	70,7
25 à 29,9	9,8
30 à 34,9	9,8
≥35	0
<b>Prise de poids pendant la grossesse (kg)</b>	
< 5	2,4
5 à 9	14,6
10 à 12	22
13 à 15	24,4
16 à 19	22
≥ 20	14,6
Prise de poids moyenne	14,2 ± 5,2
<b>Situation professionnelle</b>	
En emploi	87,8
Étudiante	0
Autre (sans emploi ou chômage)	12,2
<b>Mode de vie</b>	
En couple	90,2
Seule	7,3
Autre (parent)	2,4
<b>Nombre d'enfant(s)</b>	
1	53,7
2	31,7
3	12,2
4	0
≥ 5	2,4
<b>Accouchement</b>	
Voie basse	87,8
Césarienne	12,2

### **3. DÉLAI ET PRÉVALENCE DE LA REPRISE DU TABAC DANS LES 6 PREMIERS MOIS DU POST-PARTUM**

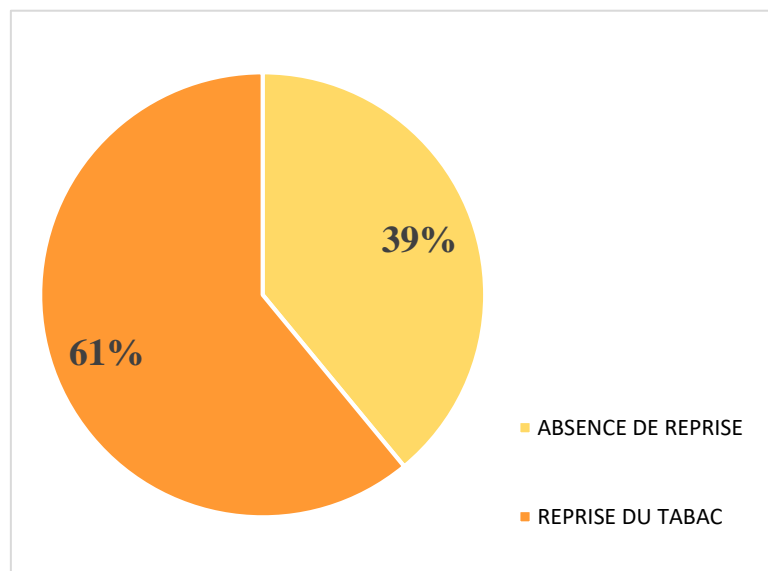
#### **A- Délai de reprise tabagique**

La reprise du tabac s'est faite majoritairement entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> mois du post-partum.

La seconde période la plus à risque de reprise du tabac se trouvait entre la 2<sup>ème</sup> et la 4<sup>ème</sup> semaine après l'accouchement, suite au retour à domicile.

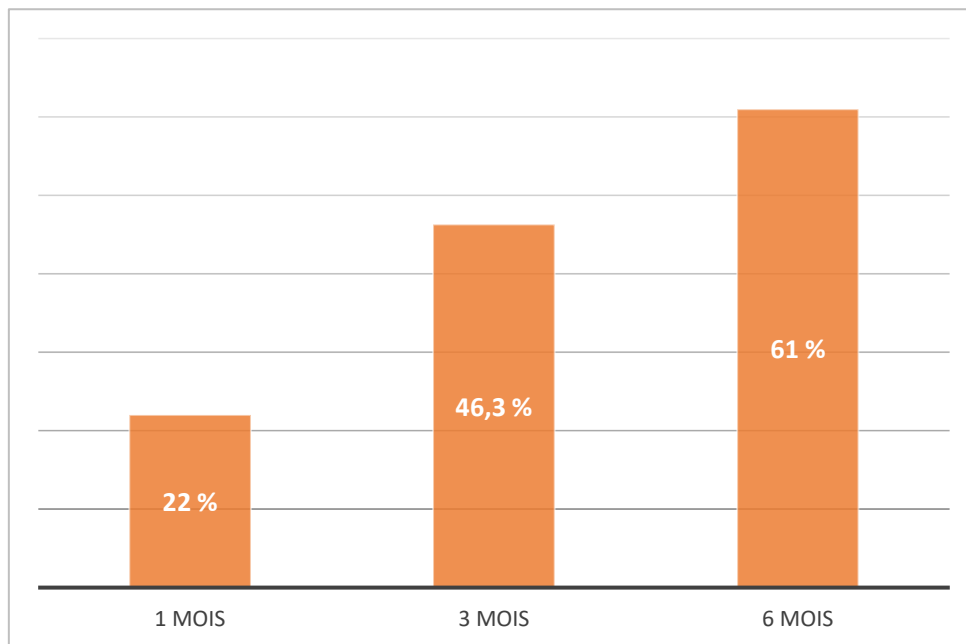
#### **B- Prévalence de la reprise tabagique à 6 mois**

*Figure 4 : Prévalence de la reprise tabagique à 6 mois du post-partum*



25 patientes, soit 61%, ont déclaré avoir repris le tabac au cours des 6 premiers mois du post-partum. Le taux de reprise était de 22% à 1 mois et de 46,3% à 3 mois.

Figure 5 : Prévalence de la reprise du tabac à 1 mois, 3 mois et 6 mois du post-partum



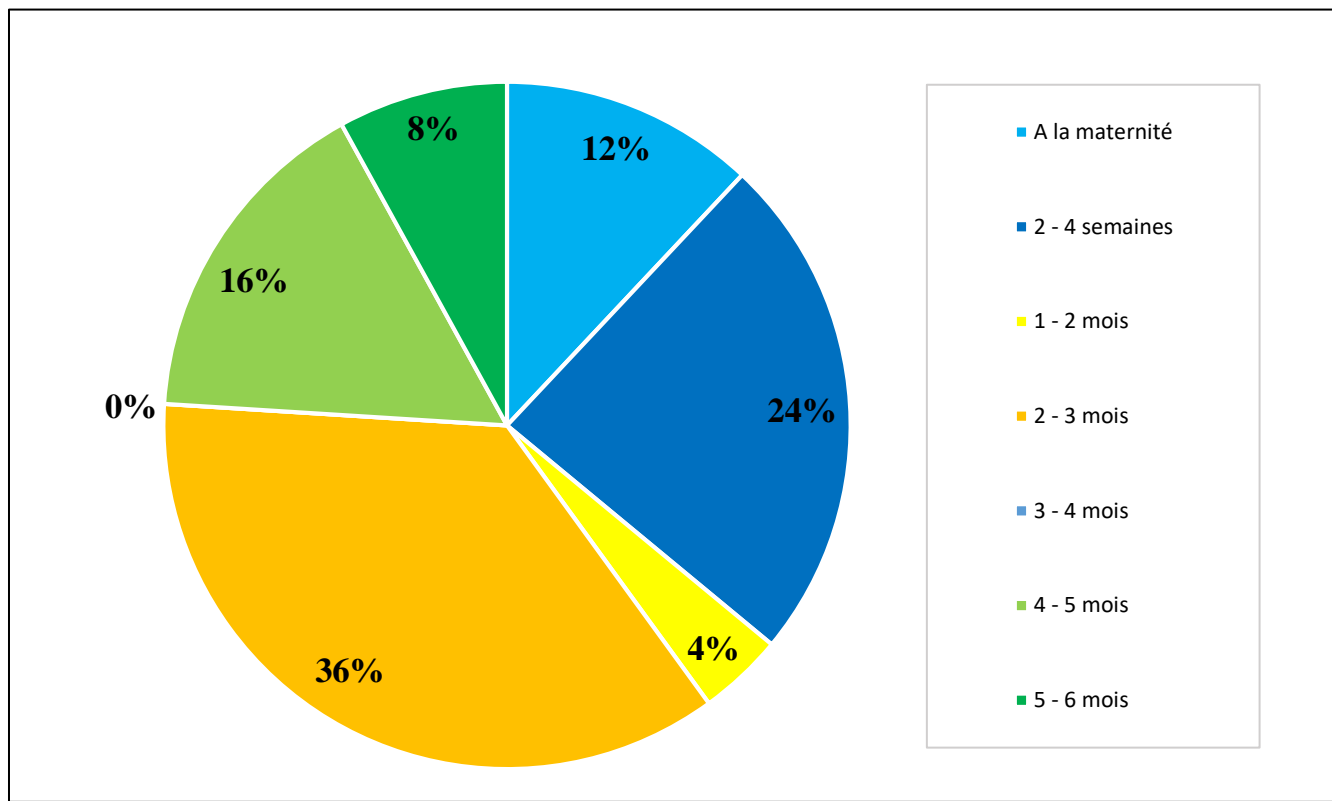
Parmi les patientes ayant recommencé à fumer : 36% ont repris durant le 1<sup>er</sup> mois, 40% entre le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ème</sup> mois et 24% entre le 3<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois après l'accouchement. 76% ont donc repris leur consommation dans les 3 premiers mois du post-partum.

9 patientes ont recommencé à fumer pendant le premier mois, dont 3 dès la maternité et 6 après leur retour à domicile. La majorité d'entre elles a déclaré avoir repris entre la 3<sup>ème</sup> et la 4<sup>ème</sup> semaine du post-partum.

10 patientes ont repris leur consommation entre le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ème</sup> mois du post-partum, dont 9 entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> mois du post partum.

6 patientes ont repris le tabac entre le 3<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois du post-partum, dont la majorité entre le 4<sup>ème</sup> et le 5<sup>ème</sup> mois.

Figure 6 : Prévalence de la reprise du tabac en fonction du délai



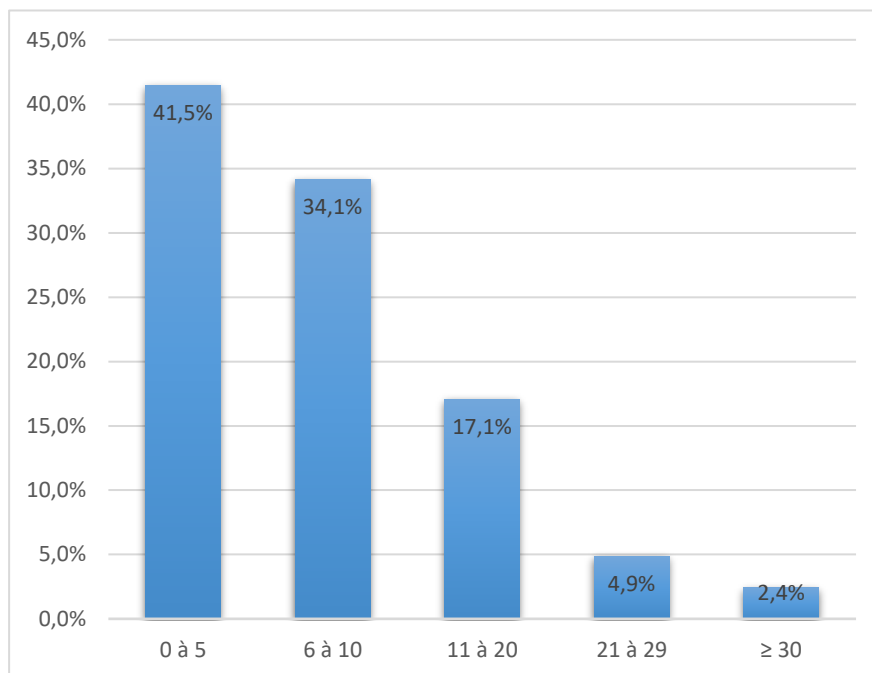


#### **4. FACTEURS ASSOCIÉS À LA REPRISE DU TABAC AU COURS DES 6 PREMIERS MOIS DU POST-PARTUM**

##### **A- Consommation de tabac antérieure et sevrage**

###### **a. Consommation de tabac antérieure à l'arrêt**

*Figure 7 : Consommation antérieure à l'arrêt du tabac en nombre de cigarettes par jour*



75.6 % des femmes ont déclaré avoir une consommation  $\leq 10$  cigarettes par jour avant la grossesse. La majorité consommait moins de 5 cigarettes quotidiennes.

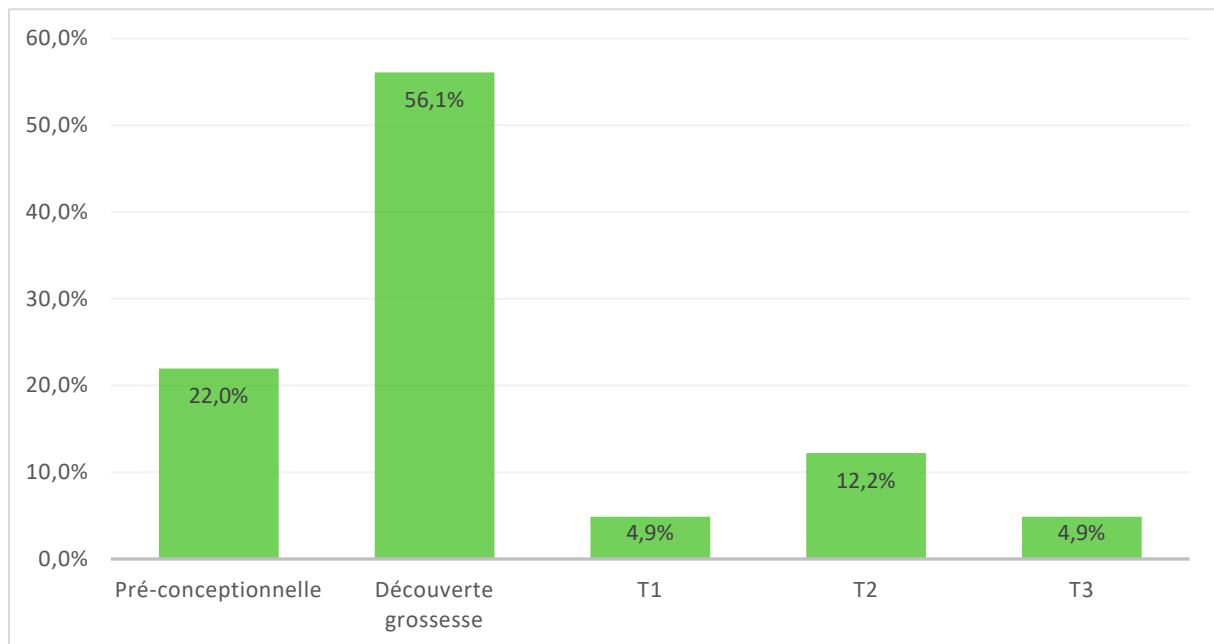
70% (7/10) des femmes ayant une consommation  $\geq 11$  cigarettes par jour avant la grossesse ont repris le tabac en post-partum.

Le nombre de cigarettes quotidiennes fumées avant l'arrêt n'avait pas de répercussion significative avec la reprise du tabac dans le post-partum.

###### **b- Moment du sevrage tabagique**

La majorité des femmes (56.1% soit 23 patientes) ont déclaré avoir arrêté de fumer au moment de la découverte de leur grossesse.

Figure 8 : Période d'arrêt du tabac



Sur les 32 patientes ayant déclaré avoir arrêté de fumer en pré-conceptionnel ou à la découverte de la grossesse, 20 (62,5%) ont repris au cours des 6 mois de l'étude dont 15 dans les 3 premiers mois du post-partum.

Sur les 9 patientes ayant déclaré avoir arrêté plus tardivement pendant leur grossesse, 5 ont repris le tabac (55,6%) dont 4 dans les 3 premiers mois du post-partum.

Il n'y avait pas de différence significative entre un arrêt précoce (que ce soit en pré-conceptionnel ou à la découverte de la grossesse) et un arrêt plus tardif au cours de la grossesse sur la reprise tabagique dans les 6 premiers mois du post-partum.

#### c- Aide au sevrage tabagique

Seules 2 patientes sur 41, soit 4,9%, ont déclaré avoir bénéficié d'une aide au sevrage tabagique pendant leur grossesse par le biais de substituts nicotiniques et, pour l'une d'entre elle, avec l'aide de son médecin traitant.

La patiente ayant bénéficié de l'aide de son médecin traitant en association au TSN était toujours abstinente à 6 mois du post-partum. L'autre patiente sous TSN seul a repris sa

consommation dès la maternité. Il est à noter que ces 2 patientes ont arrêté toute aide au sevrage avant leur accouchement.

Aucune patiente de notre échantillon n'a déclaré avoir bénéficié d'une aide au maintien du sevrage dans le post-partum.

#### B- Intention initiale à l'arrêt du tabac

29 femmes (70,7%) ont déclaré avoir l'intention initiale d'arrêter définitivement leur consommation tabagique. 11 patientes (26,8%) avaient l'intention initiale d'arrêter uniquement pendant leur grossesse. 1 ne savait pas répondre à cette question (2,8%).

81,8% des femmes ayant déclaré vouloir arrêter le tabac uniquement pendant la grossesse ont repris leur consommation au cours des 6 mois de l'enquête.

Parmi elles, 8 femmes (88,9%) ont repris dans un délai  $\leq$  à 3 mois dont la moitié durant le premier mois du post-partum.

Cependant l'intention initiale au moment de l'arrêt du tabac n'avait pas d'impact significatif sur la reprise ( $p = 0,15$ ).

#### C- Mode de vie et tabagisme de l'entourage

61% des femmes de notre étude ont déclaré vivre avec une personne fumeuse, il s'agissait toujours du conjoint.

96% des patientes ayant repris le tabac vivaient en couple. Parmi elles, 62,5% avaient un partenaire fumeur. Aucun conjoint n'a arrêté de fumer pendant la période du post-partum.

La proportion de partenaires fumeurs était similaire que les patientes aient repris leur consommation de tabac ou non.

Concernant l'exposition au tabagisme passif, sur les 25 femmes vivant avec un conjoint fumeur, 24 ont déclaré que celui-ci ne fumait pas à l'intérieur du domicile. L'unique patiente ayant déclaré avoir un partenaire fumant à l'intérieur du domicile a recommencé à fumer dès la maternité.

75% des femmes vivant seules ou avec un parent non-fumeur n'avaient pas repris le tabac à 6 mois du post-partum. Cela correspondait à 3 patientes sur 4.

Nous n'avons pas retrouvé de résultat significatif concernant le tabagisme de l'entourage et la reprise du tabac dans le post-partum.

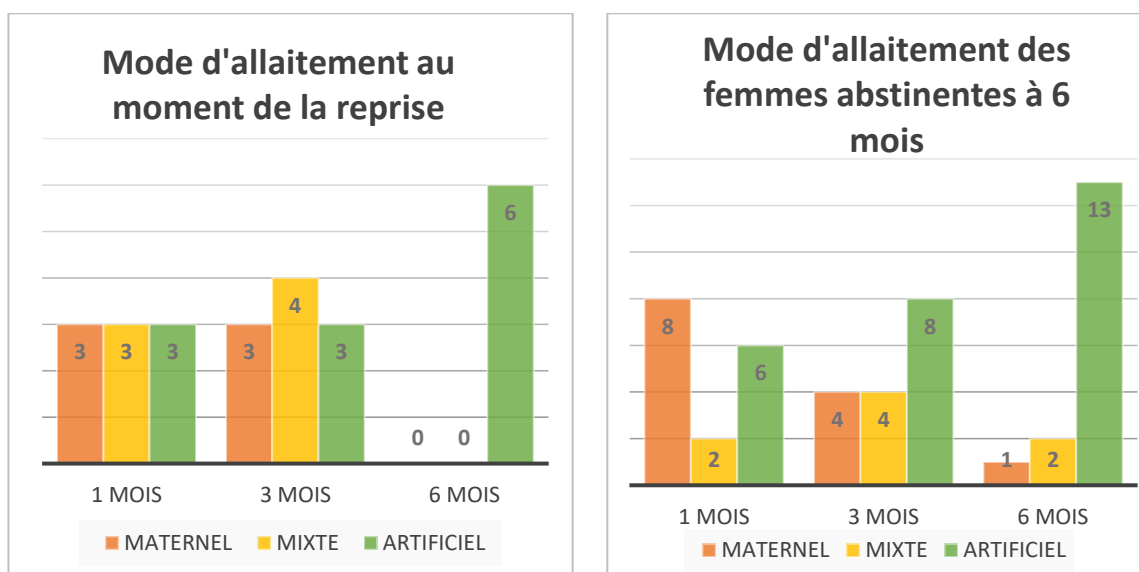
#### D- Allaitement

À la maternité, 30 (73,2%) femmes étaient en allaitement maternel (AM) et 11 (26.8%) en allaitement artificiel (AA). Le mode d'allaitement initial n'avait pas d'impact significatif sur la reprise du tabac.

13 patientes sur 25, soit 52%, allaitaient encore au moment de la reprise du tabac. 6 (24%) étaient en AM exclusif et 7 (28%) en AM mixte.

Les patientes restées abstinentes durant notre étude semblent avoir maintenu l'allaitement maternel plus longtemps. 3 patientes toujours abstinentes allaitaient encore à 6 mois. Alors que toutes les patientes interrogées à 6 mois ayant repris le tabac n'allaitaient plus.

*Figure 9 : Mode d'allaitement des patientes au moment de la reprise du tabac et des patientes abstinentes à 6 mois*



#### E- Reprise du travail

63.9% des femmes ayant une activité professionnelle avant la grossesse ont repris le tabac au cours de l'enquête. Parmi les femmes sans activité, 3 sur 5 soit 60% n'ont pas repris le tabac au terme des 6 mois du post-partum.

21,9 % des femmes de notre étude ont repris le travail dans les 3 premiers mois du post-partum. Pour 57,1% d'entre elles cette reprise d'activité a été accompagnée d'une reprise du tabac.

L'analyse de ces données apporte peu d'éléments contributifs quant à l'influence de la reprise de l'activité sur la reprise de la consommation de tabac.

Il est intéressant de noter que lorsque la reprise du tabac était concomitante à la reprise du travail, elle était toujours associée à une modification du mode d'allaitement chez les patientes allaitantes (maternel exclusif ou mixte). Nous n'avons pas réalisé d'analyses multivariées sur ces résultats étant donné que nos analyses univariées n'étaient pas significatives.

#### F- Parité et accouchement

14 des 19 femmes multipares, soit 73.7%, avaient déjà effectué un sevrage tabagique lors de leur(s) précédente(s) grossesse(s).

Dans notre étude 72.7% des primipares et 47.4% des multipares ont repris le tabac au cours des 6 premiers mois du post-partum. L'analyse des données ne montre pas de lien significatif entre la parité et la reprise du tabagisme après l'accouchement.

Chez les multipares, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre le nombre d'enfants et la reprise du tabagisme.

Les conditions d'accouchement (par voie basse ou par césarienne) n'étaient pas associées à une reprise tabagique dans le post-partum.

#### G- Consommations associées

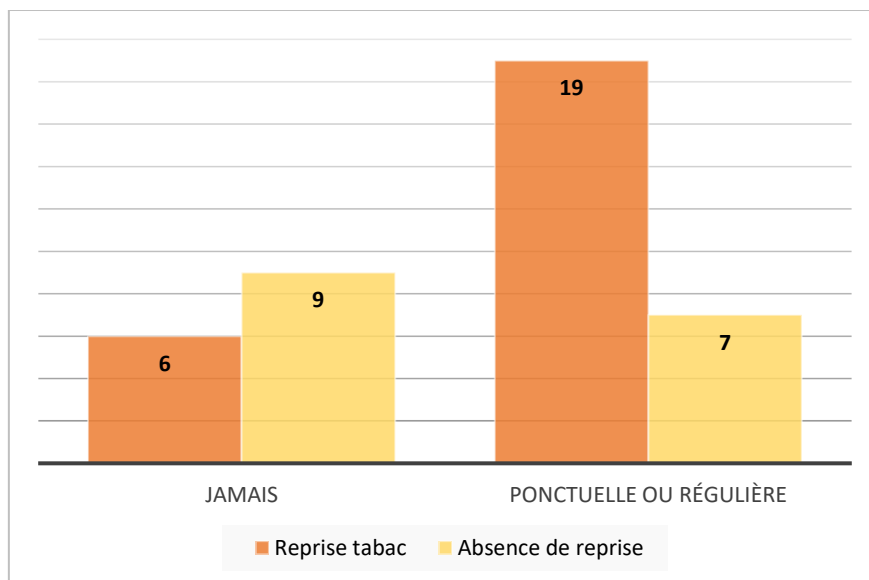
- Concernant la consommation d'alcool :

26 patientes sur 41 soit 63,4% ont déclaré avoir consommé de l'alcool de façon ponctuelle à régulière au cours des 6 mois, à l'inverse 36,6% ont déclaré ne jamais boire d'alcool.

73.1 % des patientes ayant déclaré consommer de l'alcool (ponctuellement ou régulièrement) en post-partum ont repris le tabac au terme des 6 mois. Et 60% des patientes ayant déclaré ne jamais consommer d'alcool sont restées abstinentes.

La reprise du tabagisme dans les 6 premiers mois du post-partum était associée à la consommation d'alcool à la limite de la significativité ( $p = 0.05$ ).

*Figure 10 : Reprise tabagique en fonction de la consommation d'alcool au moment de la reprise dans les 6 mois post-partum*



Par ailleurs, 38,5% de femmes ont déclaré consommer de l'alcool lors de l'allaitement maternel.

- Concernant la consommation de cannabis :

4 patientes ont déclaré consommer ponctuellement du cannabis durant les 6 mois du post-partum. 3 sur 4 ont repris le tabac au cours de l'enquête et ce dans les 3 premiers mois du post-partum.

- Aucune patiente n'a déclaré consommer d'autres types de drogues durant cette période.

## H- Dépression du post-partum

17 patientes de notre étude soit 41.5% ont eu un résultat au test de dépistage EPDS positif durant les 6 premiers mois du post-partum. Parmi ces patientes 58,8% ont repris le tabac à 6 mois.

24 patientes soit 58,5% ont eu un test de dépistage EPDS négatif. Parmi elles, 62.5% ont repris le tabac à 6 mois.

Il y avait autant de patientes ayant un résultat positif au test EPDS dans le groupe de femmes ayant repris leur consommation de tabac que dans le groupe de femmes toujours abstinentes.

Nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre le résultat du dépistage de la dépression du post-partum et la reprise du tabac dans le post-partum.

## I- Âge, IMC et prise de poids pendant la grossesse

Nous n'avons pas mis en évidence de lien entre l'âge ou l'IMC des femmes avant leur grossesse et la reprise du tabac dans les 6 premiers mois du post-partum

- Concernant la prise de poids pendant la grossesse :

On retrouvait une prise de poids moyenne de 15,3 kg chez les patientes ayant repris le tabac contre 12,6 kg chez les patientes restées abstinentes. Cependant l'analyse de ces données ne retrouvait pas de conséquence significative de la prise de poids pendant la grossesse sur la reprise du tabac dans le post-partum ( $p = 0.11$ )

Tableau 2 : Facteurs associés à la reprise du tabac dans les 6 premiers mois post-partum.

	REPRISE TABAC Nb patientes (%) N = 25 (61%)	ABSENCE DE REPRISE Nb patientes (%) N = 16 (39%)	p value
<b>Age moyen</b>	30,3 ± 4,4	29,8 ± 4,4	p = 0,69
<b>Prise de poids moyenne</b>	15,3 ± 5,25	12,6 ± 4,95	p = 0,11
<b>IMC moyen avant la grossesse</b>	22,5 ± 3,6	23,8 ± 4,8	p = 0,36
<b>Parité</b>			
Primipare	16 (64%)	6 (37,5%)	p = 0,12
Multipare	9 (36%)	10 (62,5%)	
<b>Arrêt tabac précédente(s) grossesse(s)</b>			
Oui	7 (77,8%)	7 (70%)	p = 1
Non	2 (22,2%)	3 (30%)	
<b>Nombre d'enfants</b>			
2	6 (66,7%)	7 (70%)	p = 1
≥ 3	3 (33,3%)	3 (30%)	
<b>Accouchement</b>			
Voie basse	22 (88%)	14 (87,5%)	p = 1
Césarienne	3 (12%)	2 (12,5%)	
<b>Consommation de tabac antérieure</b>			
≤ 10	18 (72%)	13 (81,3%)	p = 0,71
≥ 11	7 (28%)	3 (18,8%)	
<b>Période d'arrêt</b>			
Pré-conceptionnelle ou découverte grossesse	20 (80%)	12 (75%)	p = 0,72
1 <sup>er</sup> - 3 <sup>e</sup> trimestre	5 (20%)	4 (25%)	
<b>Aide au sevrage pendant la grossesse</b>			
Oui	1 (4%)	1 (6,25%)	p = 1
Non	24 (96%)	15 (93,75%)	



<b>Intention d'arrêt</b>			
Pendant la grossesse	9 (36%)	2 (12,5%)	p = 0,15
Définitif	15 (60%)	14 (87,5%)	
Ne sait pas	1 (4%)	0 (0%)	
<b>Mode de vie</b>			
En couple	24 (96%)	13 (81,3%)	p = 0,25
Seule	1 (4%)	2 (12,5%)	
Avec un parent	0 (0%)	1 (6,3%)	
<b>Tabagisme entourage</b>			
Oui	15 (60%)	10 (62,5%)	p = 0,87
Non	10 (40%)	6 (37,5%)	
<b>Situation professionnelle</b>			
En emploi	23 (92%)	13 (81,3%)	p = 0,36
Sans activité	2 (8%)	3 (18,8%)	
<b>Reprise du travail</b>			
Oui	7 (28%)	8 (50%)	p = 0,09
Non	16 (24%)	5 (31,3%)	
<b>Allaitement initial<sup>5</sup></b>			
AM (exclusif + mixte)	19 (76%)	11 (68,75%)	p = 0,72
AA	6 (24%)	5 (31,25%)	
<b>Consommation alcool</b>			
Jamais	6 (24%)	9 (56,25%)	p = 0,05
Ponctuelle ou Régulière	19 (76%)	7 (43,75%)	
<b>Consommation cannabis</b>			
Jamais	24 (96%)	15 (93,8%)	p = 1
Ponctuelle ou Régulière	3 (12%)	1 (6,3%)	
<b>Dépistage DPP</b>			
Positif	10 (40%)	7 (43,8%)	p = 1
Négatif	15 (60%)	9 (56,3%)	

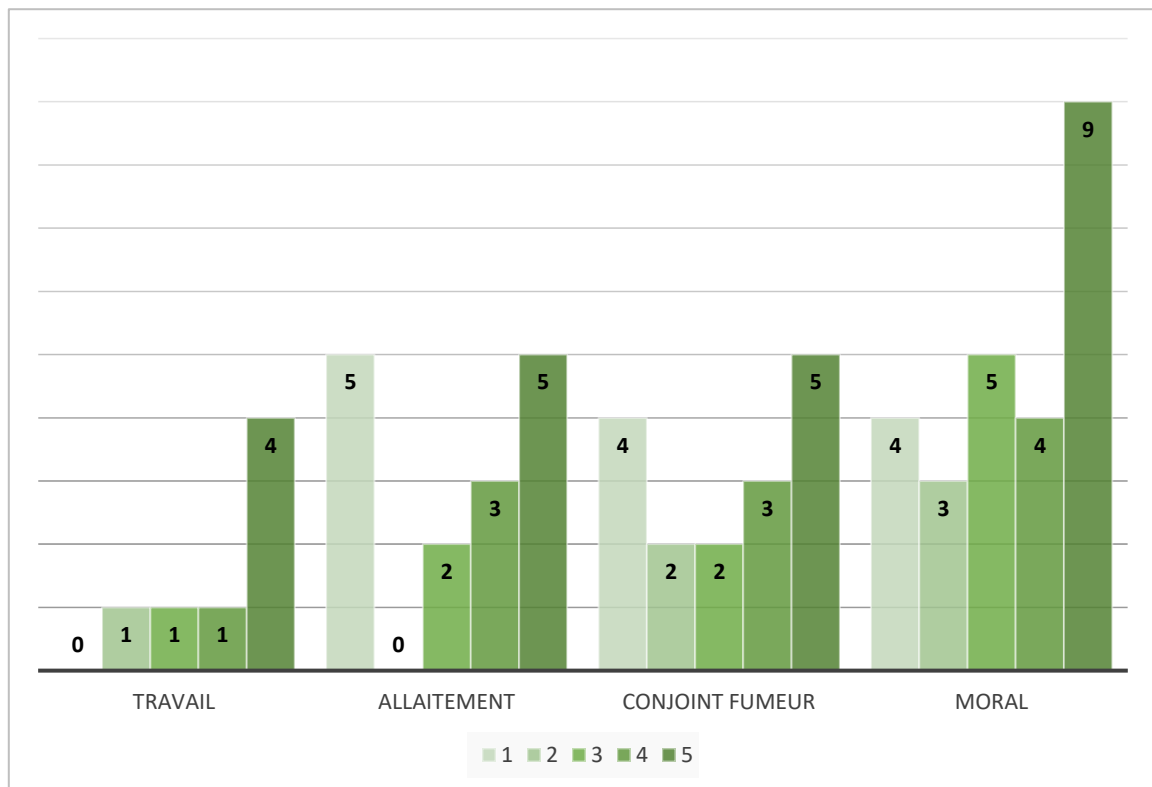
<sup>5</sup> L'allaitement initial correspond au mode d'allaitement réalisé depuis la maternité

## **5. ÉVALUATION QUALITATIVE DE L'INFLUENCE DES FACTEURS**

Les patientes ayant repris leur consommation ont été interrogées sur leur ressenti concernant l'influence des différents facteurs présents lors de leur reprise tabagique.

- 72% d'entre elles ont rapporté que leur moral et/ou état de stress les avaient influencées de manière importante à modérée. 36% des patientes cotaient cette influence au maximum.  
10 patientes sur 15 ayant un test EPDS négatif, estimaient une influence  $\geq 3$  de ce facteur. 8 patientes sur 10 ayant un score EPDS positif estimaient cette influence  $\geq 3$ .
- 85,7% d'entre elles ont rapporté une influence modérée à importante de la reprise du travail. La majorité des patientes a estimé que ce facteur influait de façon importante.
- Les avis concernant l'influence de l'arrêt de l'allaitement étaient divergents.  
33,3% des patientes ont estimé que cela n'avait aucune influence sur leur reprise du tabagisme. Autant de patientes ont estimé que cela les avait influencées de façon importante.
- Le tabagisme du conjoint était perçu majoritairement comme ayant une influence modérée sur la reprise du tabagisme. 10 femmes sur 16 soit 62.5% ont considéré que cela les avait influencées de manière importante à modérée. 30% des patientes ont déclaré que cela n'avait eu aucune influence.

Figure 11 : Évaluation qualitative de l'influence des facteurs de reprise par les patientes



### **III. B ANALYSE DE LA REPRISE DU TABAC À 1 MOIS ET 3 MOIS : PREMIÈRE PÉRIODE D'INCLUSION COMPLÉTÉE DE LA DEUXIÈME PÉRIODE D'INCLUSION**

#### **1. POPULATION**

Durant la période d'inclusion supplémentaire du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 juillet 2019, 1815 femmes ont accouché dans les maternités de notre étude (1040 au CH Avignon, 356 au CH de Carpentras et 419 à la clinique Urbain V). Nous avons obtenu 155 retours de questionnaires soit un taux de 8,5%. 20 patientes correspondaient à nos critères d'inclusion. Nous avons obtenu un taux de réponses de 80%.

Au total, cela nous a permis d'analyser les données de 56 patientes à 1 mois et de 47 patientes à 3 mois en cumulant les deux périodes d'inclusion.

#### **2. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION**

Les caractéristiques générales des patientes à 1 mois et 3 mois étaient similaires à la première analyse à 6 mois.

Les données détaillées des caractéristiques de nos échantillons sont recensées et comparées entre elles, et avec les caractéristiques de la population de *l'Enquête Nationale Périnatale* de 2016 (ENP), dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Comparaison des caractéristiques générales de nos échantillons avec l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016 (48).

	6 mois N= 41 (100%)	1 mois N= 56 (100%)	3 mois N= 47 (100%)	ENP 2016 (48) N= 13 133 (100%)	P
<b>Âge moyen</b>					
(En années)	30,1 ± 4,3	30,3 ± 4,3	30,3 ± 4,4	30,3 ± 5,2	NS
<b>IMC avant grossesse</b>					
< 18,5	9,8	7,1	10,6	7,4	NS
18,5 à 24,9	70,7	69,6	70,2	60,8	
25 à 29,9	9,8	14,3	8,5	20,0	
30 à 34,9	9,8	8,9	10,6	8,1	
≥35	0	0	0	3,7	
<b>Prise de poids</b>					
< 5	2,4	3,6	2,1	6,1	NS
5 à 9	14,6	14,3	12,8	17,9	
10 à 12	22	16,1	17	24,5	
13 à 15	24,4	25	29,8	23,5	
16 à 19	22	26,8	21,3	16,7	
≥ 20	14,6	14,3	17	11,3	
Moyenne	14,2 ± 5,2	14,2 ± 5,2	14,6 ± 5	12,8 ± 5,8	
<b>Situation professionnelle</b>					
En emploi	87,8	89,3	85,1	68,1	p= 0,013
Étudiante	0	0	0	2,1	
Sans emploi	12,2	10,7	14,9	29,8	
<b>Vie en couple</b>					
Oui	90,2	91,1	91,5	94,8	NS
Non	7,3	7,1	6,4	5,2	
Autre	2,4	1,8	2,1	.	
<b>Parité</b>					
1	53,7	60,7	59,6	42,2	NS
2	31,7	26,8	27,7	35,6	
3	12,2	10,7	10,6	14,3	
4	0	0	0	4,8	
≥ 5	2,4	1,8	2,3	3,1	
<b>Accouchement</b>					
Voie basse	87,8	87,5	87,2	80,4	NS
Césarienne	12,2	12,5	12,8	19,6	

### 3. DÉLAI ET PRÉVALENCE DE LA REPRISE DU TABAC : 1 ET 3 MOIS

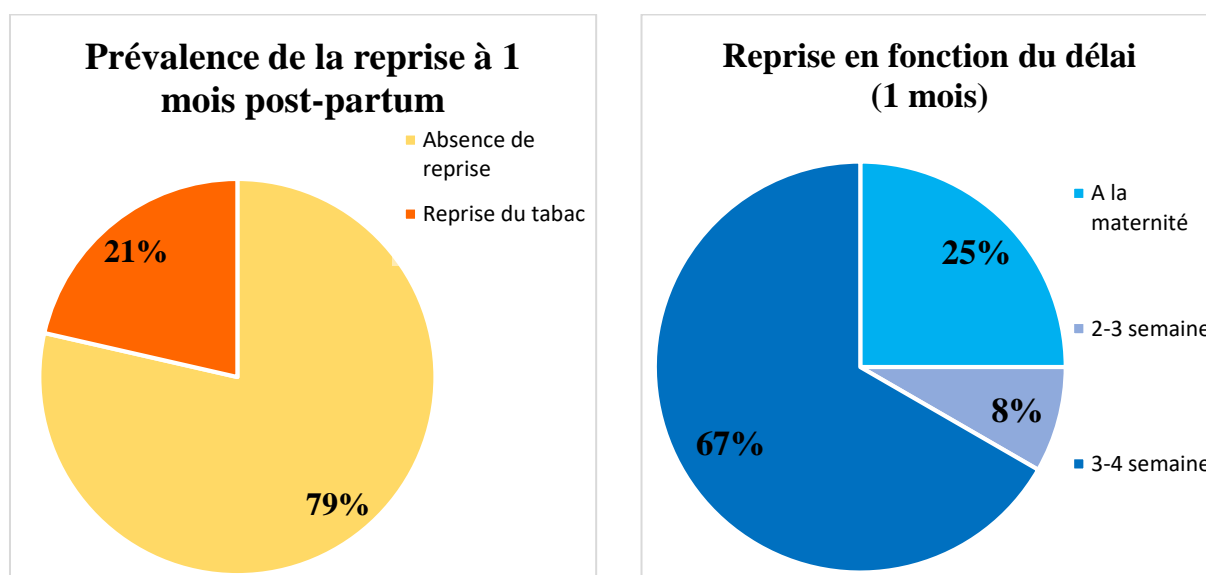
- Concernant les données des 56 patientes à 1 mois :

La reprise du tabac s'est faite majoritairement entre la 2<sup>ème</sup> et la 4<sup>ème</sup> semaine du post-partum.

La prévalence de la reprise du tabac à 1 mois était de 21,4%, soit 12 patientes sur 56.

3 patientes (25%) avaient repris dès la maternité et 8 patientes sur 12, soit 66.7% entre la 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> semaine.

Figure 12 : Prévalence et délai de reprise du tabac à 1 mois du post-partum



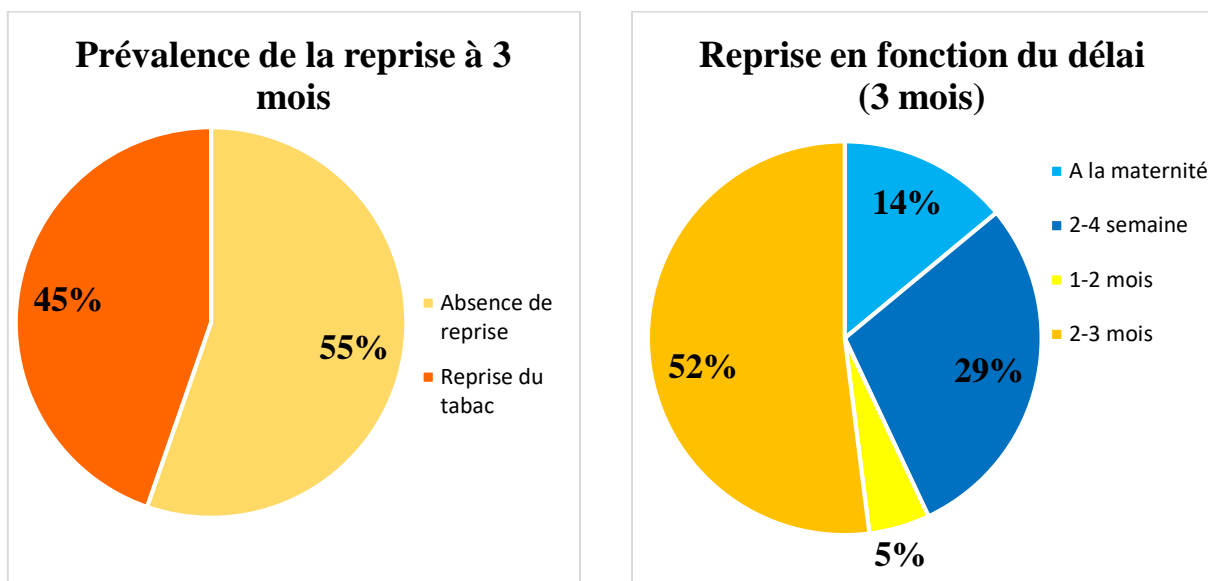
- Concernant les données des 47 patientes à 3 mois :

La reprise du tabac s'est faite majoritairement entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> mois du post-partum (11 patientes sur 21, soit 52.4%).

Le taux de reprise du tabac à 3 mois était de 44.7 %, soit 21 patientes sur 47.

23,8% des patientes avaient repris entre la 3<sup>ème</sup> et la 4<sup>ème</sup> semaine, ce qui correspondait à la 2<sup>ème</sup> période la plus à risque de reprise tabagique.

Figure 13 : Prévalence et délai de la reprise du tabac à 3 mois du post-partum



#### 4. FACTEURS ASSOCIÉS À LA REPRISE DU TABAC

##### A- Consommation de tabac antérieure et sevrage

###### a. Consommation de tabac antérieure

- Concernant les données des 56 patientes à 1 mois :

80.4 % des femmes ont déclaré avoir une consommation  $\leq 10$  cigarettes par jour avant la grossesse. La majorité (46,4%) consommait moins de 5 cigarettes quotidiennes.

27.3% des femmes ayant une consommation  $\geq 11$  cigarettes par jour avant la grossesse ont repris le tabac au cours du 1<sup>er</sup> mois après l'accouchement.

- Concernant les données des 47 patientes à 3 mois :

76.6 % des femmes ont déclaré avoir une consommation  $\leq 10$  cigarettes par jour avant la grossesse. La majorité (44,7%) consommait moins de 5 cigarettes quotidiennes.

61.5% des femmes ayant une consommation  $\geq 11$  cigarettes par jour avant la grossesse ont repris le tabac au cours des 3 premiers mois du post-partum.

Le nombre de cigarettes quotidiennes fumées avant l'arrêt n'avait pas de répercussion significative sur la reprise du tabac à 1 mois et 3 mois du post-partum.

### b. Moment du sevrage tabagique

- Concernant les données des 56 patientes à 1 mois :

La majorité des patientes (62.5%) avaient arrêté le tabac à la découverte de la grossesse et 17.9% avaient arrêté avant la grossesse.

- Concernant les données des 47 patientes à 3 mois :

La majorité des patientes (57.4%) avaient arrêté le tabac à la découverte de leur grossesse et 21.3% avaient arrêté avant la grossesse.

Il n'y avait pas de différence significative entre un arrêt précoce (que ce soit en pré-conceptionnel ou à la découverte de la grossesse) et un arrêt plus tardif au cours de la grossesse sur la reprise tabagique dans le premier mois et le 3<sup>ème</sup> mois du post-partum.

### c. Aide au sevrage tabagique

Les données étaient identiques à nos analyses sur notre échantillon de patientes à 6 mois puisqu'aucune autre femme n'a déclaré avoir eu recours à une aide au sevrage tabagique durant la grossesse ou le post-partum.

#### B- Intention initiale à l'arrêt du tabac

- Concernant les données des 56 patientes à 1 mois :

38 femmes ont déclaré avoir l'intention initiale d'arrêter définitivement leur consommation tabagique soit 67.9%. 17 patientes, soit 30.4% avaient l'intention initiale d'arrêter uniquement pendant leur grossesse.

35.3% des patientes ayant déclaré vouloir arrêter le tabac uniquement pendant la grossesse contre 15,1% de celles ayant déclaré vouloir arrêter définitivement ont repris leur consommation au cours du 1<sup>er</sup> mois.

- Concernant les données des 47 patientes à 3 mois :

33 femmes ont déclaré avoir l'intention initiale d'arrêter définitivement leur consommation tabagique soit 70.2%. 13 patientes, soit 27.7% avaient l'intention initiale d'arrêter uniquement pendant leur grossesse.



61.5% des patientes ayant déclaré vouloir arrêter le tabac uniquement pendant la grossesse contre 36,4% des celles ayant déclaré vouloir arrêter définitivement ont repris leur consommation au cours des 3 premiers mois du post-partum.

L'intention initiale au moment de l'arrêt du tabac n'avait pas d'impact significatif sur la reprise à 1 et 3 mois mais semblait être associée à un délai de reprise plus rapide.

#### C- Mode de vie et tabagisme de l'entourage

Les données étaient identiques à nos analyses sur notre échantillon de patientes à 6 mois puisqu'il y avait la même proportion de partenaires fumeurs et qu'aucune autre femme n'a déclaré être exposée au tabagisme passif de son conjoint au domicile.

Nous n'avons pas retrouvé de résultat significatif concernant le tabagisme de l'entourage et la reprise du tabac à 1 et 3 mois du post-partum.

#### D- Allaitement

- Concernant les données des 56 patientes à 1 mois :

75% des patientes allaitaient toujours à 1 mois du post-partum (46.4% en AM exclusif et 28.6% en AM mixte). 58.3% allaitaient encore au moment de la reprise du tabac.

38,5% des femmes en AA depuis la maternité contre 16,3% de celles en AM avaient repris au cours du premier mois.

- Concernant les données des 47 patientes à 3 mois :

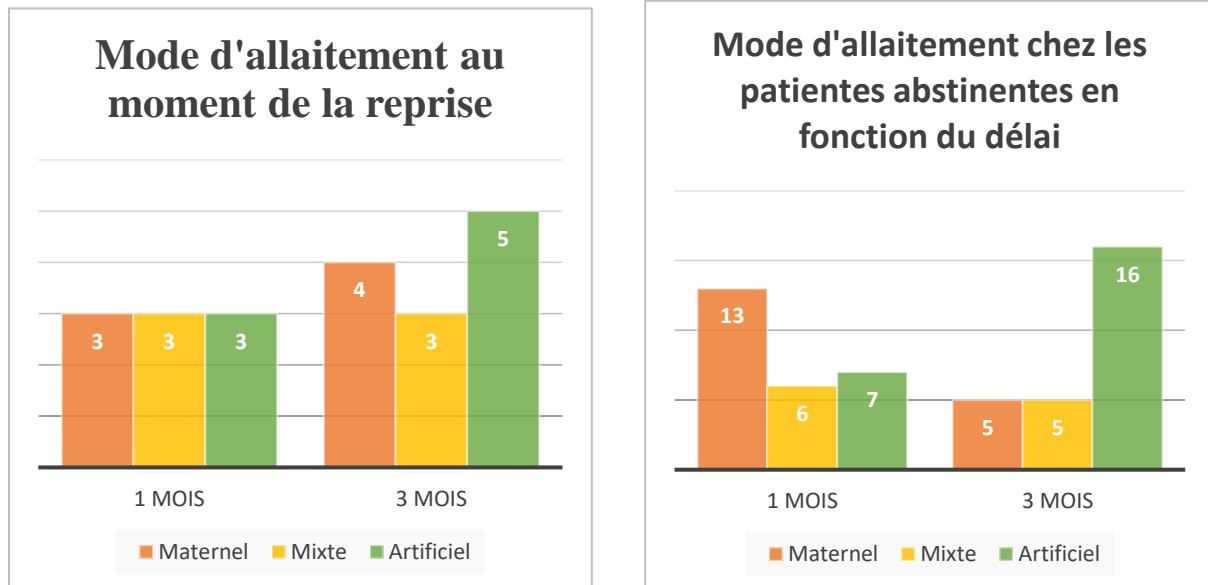
13 patientes sur 21 soit 61.9% allaitaient encore au moment de la reprise du tabac.

Parmi elles, 6 ont repris dans le 1<sup>er</sup> mois et 7 entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> mois.

50% des femmes en AA depuis la maternité contre 42,9% de celles en AM avaient repris au cours des 3 premiers mois.

Nous n'avons pas mis en évidence d'association entre le mode d'allaitement et la reprise tabagique mais un allaitement artificiel instauré dès la maternité semblait être associé à un délai de reprise plus rapide, notamment au cours du premier mois.

Figure 14 : Mode d'allaitement chez les patientes ayant repris leur consommation vs les patientes abstinentes à 1 mois et 3 mois du post-partum



#### E- Reprise du travail

- Concernant les données des 56 patientes à 1 mois :

Aucune patiente n'avait repris le travail à 1 mois.

Parmi les femmes sans activité, 5 sur 6 soit 83.3% n'avaient pas repris le tabac.

- Concernant les données des 47 patientes à 3 mois :

17 % des femmes ont repris le travail dans les 3 premiers mois du post-partum. Pour 37.5% d'entre elles cette reprise d'activité a été accompagnée d'une reprise du tabac.

Parmi les femmes sans activité, 5 sur 7 soit 71.4% n'ont pas repris le tabac au terme des 3 mois du post-partum.

L'analyse de ces données apporte peu d'éléments contributifs quant à l'influence de la reprise de l'activité sur la reprise de la consommation de tabac.

#### F- Parité et accouchement

- Concernant les données des 56 patientes à 1 mois :

16 des 22 femmes multipares, soit 72.7%, avaient déjà effectué un sevrage tabagique lors de leur(s) précédente(s) grossesse(s).

58.3% des primipares et 41.7% des multipares ont repris le tabac au cours du premier mois du post-partum.

- Concernant les données des 47 patientes à 3 mois :

13 des 19 femmes multipares, soit 68.4%, avaient déjà effectué un sevrage tabagique lors de leur(s) précédente(s) grossesse(s).

66.7% des primipares et 33.3% des multipares ont repris le tabac au cours des 6 premiers mois du post-partum.

L'analyse des données concernant la parité, le nombre d'enfants, les conditions d'accouchement, ne montrait pas d'association significative avec la reprise du tabac à 1 mois et 3 mois du post-partum.

#### G- Consommations associées

##### a. Consommation d'alcool

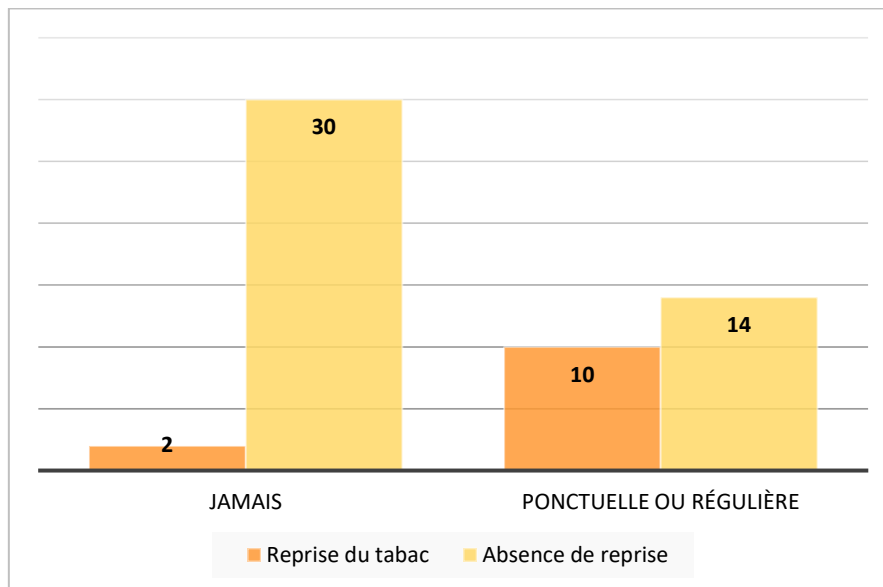
- Concernant les données des 56 patientes à 1 mois :

28 patientes sur 56 soit 50% ont déclaré avoir consommé de l'alcool de façon ponctuelle à régulière au cours du 1<sup>er</sup> mois. À l'inverse l'autre moitié des femmes a déclaré ne jamais boire d'alcool.

55.6 % des patientes ayant déclaré consommer de l'alcool (ponctuellement ou régulièrement) en post-partum ont repris le tabac au terme du 1<sup>er</sup> mois. Et 92.9% des patientes ayant déclaré ne jamais consommer d'alcool n'ont pas repris le tabac au cours de l'enquête.

La reprise du tabac dans le 1<sup>er</sup> premier mois du post-partum était associée à la consommation d'alcool de manière significative ( $p = 0.02$ ).

Figure 15 : Reprise tabagique en fonction de la consommation d'alcool dans le 1<sup>er</sup> mois du post-partum



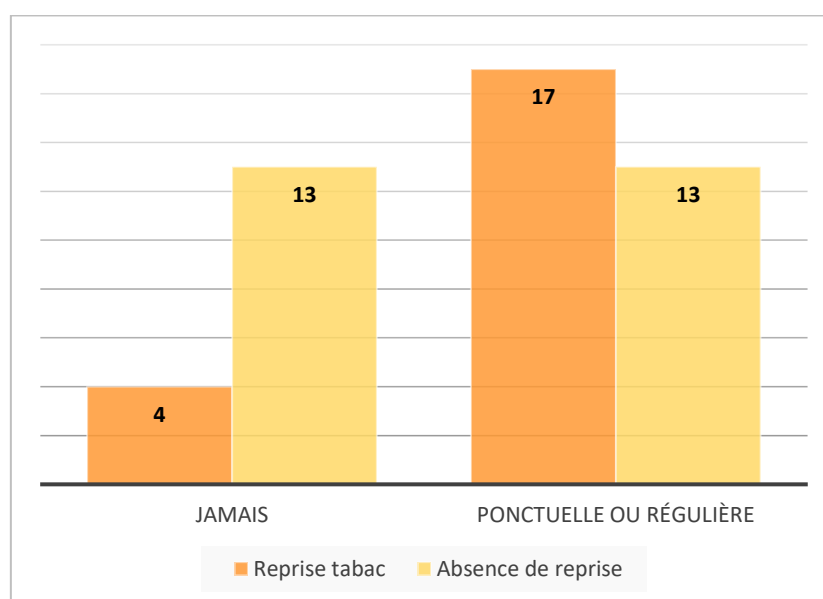
- Concernant les données des 47 patientes à 3 mois :

30 patientes sur 47 soit 63,8% ont déclaré avoir consommé de l'alcool de façon ponctuelle à régulière au cours des 3 mois. À l'inverse 17 patientes sur 47 soit 36,1% ont déclaré ne jamais boire d'alcool.

56.7 % des patientes ayant déclaré consommer de l'alcool (ponctuellement ou régulièrement) en post-partum ont repris le tabac au terme des 3 premiers mois. Et 76.5% des patientes ayant déclaré ne jamais consommer d'alcool n'ont pas repris le tabac au cours de l'enquête.

La reprise du tabac dans les trois premiers mois du post-partum était associée de manière significative à la consommation d'alcool ( $p = 0.04$ ).

Figure 16 : Reprise tabagique en fonction de la consommation d'alcool au moment de la reprise dans les 3 premiers mois du post-partum



#### b. Consommation de cannabis et autres drogues

Les données étaient identiques à nos analyses sur notre échantillon de patientes à 6 mois puisqu'aucune autre femme n'a déclaré consommer du cannabis et aucune patiente de nos échantillons n'a déclaré avoir consommé d'autres drogues. Elles semblaient cependant reprendre dans un délai plus court puisque 75% des consommatrices de cannabis avaient repris à 3 mois.

#### H- Dépistage de la dépression du post-partum

- Concernant les données des 56 patientes à 1 mois :

17 patientes soit 30.4% ont eu un résultat au test de dépistage EPDS positif durant le premier mois du post-partum. Parmi ces patientes 24.5% ont repris le tabac à 1 mois.

39 patientes soit 69.6% ont eu un test de dépistage négatif. Parmi elles, 20.5% ont repris le tabac à 1 mois.

- Concernant les données des 47 patientes à 3 mois :

15 patientes soit 31.9% ont eu un résultat au test de dépistage EPDS positif durant les 3 premiers mois du post-partum. Parmi ces patientes 33.3% ont repris le tabac à 3 mois.

32 patientes soit 68.1% ont eu un test de dépistage négatif. Parmi elles, 50% ont repris le tabac à 3 mois.

Nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre le résultat du dépistage de la dépression du post-partum et la reprise du tabac à 1 mois et 3 mois du post-partum.

#### I- Prise de poids pendant la grossesse

##### a. Prise de poids pendant la grossesse

- Concernant les données des 56 patientes à 1 mois :

La prise de poids durant la grossesse a été en moyenne plus élevée dans le groupe reprise du tabac par rapport aux patientes abstinentes. On retrouvait une prise de poids moyenne de 15.8 kg chez les fumeuses contre 13.7 kg chez les patientes restées abstinentes ( $p = 0.22$ )

- Concernant les données des 47 patientes à 3 mois :

La prise de poids durant la grossesse a été en moyenne plus élevée dans le groupe reprise du tabac par rapport aux patientes abstinentes. On retrouvait une prise de poids moyenne de 15 kg chez les fumeuses contre 14.3kg chez les patientes restées abstinentes ( $p = 0.68$ )

Tableau 4 : Facteurs associés à la reprise du tabac dans le 1er mois post-partum.

	<b>REPRISE TABAC</b> N = 12 (21,4%)	<b>ABSENCE</b> <b>REPRISE TABAC</b> N = 44 (78,6%)	<b>p value</b>
<b>Prise de poids moyenne (kg)</b>	15,8 ± 4,6	13,7 ± 5,3	p = 0,22
<b>Âge moyen</b>	30,2 ± 3,8	30,3 ± 4,4	p = 0,94
<b>Parité</b>			p = 1
Primipare	7 (58,3%)	27 (61,4%)	
Multipare	5 (41,7%)	17 (38,6%)	
<b>Arrêt du tabac lors</b> <b>grossesse(s) précédente(s)</b>			p = 0,59
Oui	3 (25%)	13 (28,9%)	
Non	2 (16,7%)	4 (8,9%)	
<b>Nombre d'enfants</b>			p = 1
2	3 (60%)	12 (70,6%)	
≥3	2 (40%)	5 (29,4%)	
<b>Accouchement</b>			p = 0,63
Voie basse	10 (83,3%)	39 (88,6%)	
Césarienne	2 (16,7%)	5 (11,4%)	
<b>Consommation de tabac</b> <b>avant la grossesse</b>			p = 0,69
≤ 10	9 (75%)	36 (81,8%)	
≥ 11	3 (25%)	8 (18,2%)	
<b>Intention d'arrêt</b>			p = 0,15
Pendant la grossesse	6 (50%)	11 (25%)	
Définitif	5 (41,7%)	33 (75%)	
Ne sait pas	1 (8,3%)	0	
<b>Période d'arrêt</b>			p = 0,69
Pré-conceptionnelle ou			
découverte grossesse	9 (75%)	36 (81,8%)	
1er - 2è - 3è Trimestre	3 (25%)	8 (18,2%)	
<b>Aide au sevrage pendant la</b> <b>grossesse</b>			p = 0,52
Non	11 (91,7%)	43 (97,7%)	
Oui	1 (8,3%)	1 (2,2%)	
<b>Mode de vie</b>		39 (88,6%)	
En couple	12 (100%)	4 (9,1%) ou 1	p = 0,57
Seule ou avec un parent	0 ou 0	(2,3%)	

<b>Tabagisme de l'entourage</b>			
Oui	5 (41,7%)	24 (54,6%)	p = 0,32
Non	7 (58,3%)	16 (36,4%)	
<b>Situation professionnelle</b>			
En emploi	11 (91,7%)	39 (88,6%)	p = 1
Sans activité	1 (8,3%)	5 (11,4%)	
<b>Reprise du travail</b>			
Oui	0	0	p = 1
Non	11 (100%)	39 (100%)	
<b>Allaitement initial</b>			
AM (exclusif + mixte)	7 (58,3%)	36 (81,8%)	p = 0,12
AA	5 (41,7%)	8 (18,2%)	
<b>Consommation alcool</b>			
Jamais	2 (16,7%)	26 (59,1%)	<b>p = 0,02</b>
Ponctuelle ou Régulière	10 (83,3%)	18 (40,9%)	
<b>Consommation cannabis</b>			
Jamais	11 (91,7%)	41 (93,2%)	p = 1
Ponctuelle ou régulière	1 (8,3%)	3 (6,8%)	
<b>Dépistage DPP</b>			
Positif	4 (33,3%)	13 (29,5%)	p = 1
Négatif	8 (66,7%)	31 (70,5%)	



Tableau 5 : Facteurs associés à la reprise du tabac dans les 3 premiers mois post-partum.

	<b>REPRISE TABAC</b> 21 (44,7%)	<b>ABSENCE</b> <b>REPRISE TABAC</b> 26 (55,3%)	<b>p value</b>
<b>Prise de poids moyenne (kg)</b>	15 ± 4,8	14,3 ± 5,3	p = 0,68
<b>Âge moyen</b>	30,3 ± 3,5	30,3 ± 5	p = 0,98
<b>Parité</b>			
Primipare	14 (66,7%)	14 (53,8%)	p = 0,55
Multipare	7 (33,3%)	12 (46,2%)	
<b>Arrêt du tabac lors</b> <b>grossesse(s) précédente(s)</b>			p = 1
Oui	5 (71,4%)	8 (66,7%)	
Non	2 (28,6%)	4 (33,3%)	
<b>Nombre d'enfants</b>			p = 1
2	5 (71,4%)	8 (66,7%)	
≥3	2 (28,6%)	4 (33,3%)	
<b>Accouchement</b>			p = 1
Voie basse	18 (85,7%)	23 (88,5%)	
Césarienne	3 (12,3%)	3 (11,5%)	
<b>Consommation de tabac avant</b> <b>la grossesse</b>			p = 0,73
≤ 10	17 (81%)	19 (73,1%)	
≥11	4 (19%)	7 (26,9%)	
<b>Intention d'arrêt</b>			p = 0,19
Pendant la grossesse	8 (38,1%)	5 (19,2%)	
Définitif	12 (57,1%)	21 (80,8%)	
Ne sait pas	1 (4,8%)	0	
<b>Période d'arrêt</b>			p = 1
Pré-conceptionnelle ou			
découverte grossesse	17 (81%)	20 (76,9%)	
1er - 2è -3è trimestre	4 (19%)	6 (23,1%)	
<b>Aide au sevrage pendant la</b> <b>grossesse</b>			p = 1
Oui	1 (4,8%)	1 (3,8%)	
Non	20 (95,2%)	25 (96,2%)	

<b>Mode de vie</b>			
En couple	21 (100%)	22 (84,6%)	p = 0,12
Seule ou Parent	0	3 (11,5%) + 1 (3,8%)	
<b>Tabagisme de l'entourage</b>			
Oui	14 (66,7%)	15 (65,2%)	p = 1
Non	7 (33,3%)	8 (34,8%)	
<b>Situation professionnelle</b>			
En emploi	19 (90,5%)	21 (80,8%)	p = 0,44
Sans activité	2 (9,5%)	5 (19,2%)	
<b>Reprise du travail</b>			
Oui	3 (15,8%)	5 (23,8%)	p = 0,70
Non	16 (84,2%)	16 (76,2%)	
<b>Allaitement initial</b>			
AM (exclusif + mixte)	15 (71,4%)	20 (76,9%)	p = 0,74
AA	6 (28,6%)	6 (23,1%)	
<b>Consommation alcool</b>			
Jamais	4 (19%)	13 (50%)	<b>p = 0,04</b>
Ponctuelle ou Régulière	17 (81%)	13 (50%)	
<b>Consommation cannabis</b>			
Jamais	18 (85,7%)	25 (96,2%)	p = 0,31
Ponctuelle ou régulière	3 (14,3%)	1 (3,8%)	
<b>Dépistage DPP</b>			
Positif	5 (23,8%)	10 (38,5%)	p = 0,35
Négatif	16 (76,2%)	16 (61,5%)	

## **5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES**

Les périodes les plus à risque de reprise du tabagisme à 1 mois et 3 mois du post-partum correspondaient à celles retrouvées dans l'analyse de nos premiers résultats ; à savoir, entre la 3<sup>ème</sup> et la 4<sup>ème</sup> semaine et majoritairement entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> mois.

La prévalence de la reprise était comparable à 1 mois et 3 mois avec celle retrouvée dans nos premières analyses : 21.4% contre 22% à 1 mois et 44.7% contre 46.3% à 3 mois.

Nous avons pu mettre en évidence une association significative entre la consommation d'alcool et la reprise du tabac dans ces échantillons de patientes plus importants alors que nos résultats étaient à la limite de la significativité dans notre analyse à 6 mois.

Concernant le reste des facteurs, nous n'avons pas pu mettre en évidence d'autres associations avec la reprise du tabac sur ces échantillons de patientes.

Ces résultats viennent donc renforcer les premières données de notre étude.

## **IV. DISCUSSION**

L'objectif de l'étude était d'estimer le délai et la prévalence de la reprise du tabac après l'accouchement chez les femmes qui avaient cessé de fumer pendant leur grossesse.

Les données portaient sur les 6 premiers mois du post-partum.

Nous avons montré que plus de la moitié des femmes ayant arrêté de fumer pendant la grossesse avaient repris 6 mois après la naissance. La majorité d'entre-elles reprenaient dans les 3 premiers mois.

Avoir une consommation d'alcool ponctuelle ou régulière était le facteur le plus important associé à une reprise.

### **1. LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE**

#### **A- Limites et biais**

- Manque de puissance de l'étude

La principale limite de notre étude est son manque de puissance. En effet, nous n'avons pu recueillir qu'un nombre limité de données à 6 mois du post-partum. Nos résultats manquent donc de significativité.

Le faible effectif de patientes de notre échantillon est la conséquence principale d'une période d'inclusion trop courte. Nous avons mal évalué l'ampleur des différentes démarches administratives pour l'obtention des autorisations et cela a retardé le début de l'inclusion de 2 mois.

Malgré un taux de retour de nos questionnaires dans les maternités correct, en comparaison à d'autres études, celui-ci reste faible (14,6%). Par ailleurs, les questionnaires ont été distribués de façon inégale dans les différents centres. Les équipes de la clinique Urbain V ont déclaré avoir égaré une trentaine de réponses fin janvier et ont arrêté de distribuer nos questionnaires au cours du deuxième mois d'inclusion. Nous

avons été confrontées, dans cette structure, à des difficultés pour informer l'équipe soignante, qui semblait peu au courant de la réalisation de notre étude dans leur service lors de nos passages. La cadre de santé nous a informé de la volonté du service de s'investir en priorité pour une autre étude ayant débuté en interne.

Par ailleurs, nous n'avons compté qu'un seul retour de questionnaire d'une patiente suivie par la sage-femme libérale avec qui nous étions associées, ce qui ne nous a pas permis d'inclure par ce biais.

Lorsque nous avons constaté, après 1 mois d'inclusion, le faible taux de retour de nos questionnaires dans les maternités nous avons, dans un premier temps, essayé d'étendre notre étude à d'autres centres afin d'augmenter le nombre de patientes incluses. Nous avons sollicité les maternités des CHU de l'Hôpital Nord et de la Conception de Marseille. Ces maternités n'ont pas souhaité participer à l'étude. Nous avons donc décidé de poursuivre l'inclusion des patientes dans les maternités initiales jusqu'au 31 juillet 2019 afin de présenter des résultats partiels avec un échantillon de femmes plus important à 1 mois et 3 mois du post-partum. Cependant, nous avons eu des difficultés à communiquer la poursuite de l'étude aux équipes et à continuer de les mobiliser sur la durée, entraînant un taux de retour de nos questionnaires beaucoup plus faible (8,5%) sur la période du 1<sup>er</sup> avril 2019 au 31 juillet 2019.

- Biais de sélection et de volontariat

Seules les patientes se portant volontaires ont participé à l'étude. On peut s'attendre à ce que celles-ci représentent les patientes les plus motivées au sevrage tabagique. Nos résultats concernant la reprise tabagique à 6 mois restent néanmoins en accord avec les données de la littérature.

Le nombre de patientes perdues de vues, bien que le taux soit faible (16,3%), entraîne une baisse de la représentativité de notre échantillon.

Le mode d'évaluation par auto-questionnaire excluait les femmes concernées par l'alphabétisation<sup>6</sup> ou l'illettrisme<sup>7</sup> : une enquête de l'Insee PACA de 2013 estimait que 10 % des adultes (soit 305 000 personnes) de la région éprouvent des difficultés jugées préoccupantes à lire ou à écrire (49).

- Biais d'information

Il s'agit d'une enquête déclarative et bien que ce biais soit minimisé par l'anonymat, il reste tout de même présent.

Les estimations de la consommation de tabac étaient basées sur l'auto déclaration et n'étaient pas validées par des essais biochimiques. Comme il est conseillé aux femmes de ne pas fumer pendant l'allaitement et de ne pas exposer leur nourrisson au tabagisme passif, elles pourraient sous-déclarer leur consommation de tabac. Cependant, ce biais semble limité puisque nos résultats concernant le délai et le taux de reprise sont comparables à ceux retrouvés dans les études utilisant un dosage biochimique (50,51).

Il en est de même pour les déclarations concernant la consommation d'alcool, puisqu'il est déconseillé aux mères qui allaitent d'en boire.

Concernant le cannabis et les autres drogues, l'illégalité de ces produits peut amener les patientes à cacher leur consommation.

Nous n'avons pas recueilli de données concernant tous les facteurs pouvant être associés à la reprise du tabac dans le post-partum dans un souci de limiter le temps de réponse à nos questionnaires. Nous n'avons notamment pas interrogé les femmes sur leur catégorie socio-professionnelle. On aurait pu s'interroger sur le lien qui existe entre la consommation tabagique et le niveau d'étude et d'instruction des patientes. Les données de la littérature diffèrent à ce sujet (52).

---

<sup>6</sup> On parle d'analphabétisme pour des personnes n'ayant jamais été scolarisées, ne sachant pas lire ou écrire ou compter.

<sup>7</sup> On parle d'illettrisme pour des personnes ayant été scolarisées en France, n'ayant pas acquis une maîtrise suffisante de la lecture, de l'écriture et du calcul.

## B- Forces de l'étude

Il s'agit d'une enquête de cohorte prospective, donc à plus haut niveau de preuve, ce qui permet de réduire les biais de mémorisation. Le fait de suivre les patientes dans le temps et de les interroger à des intervalles définis et rapprochés a permis de limiter le nombre de perdues de vue.

Nous avons obtenu un taux de réponses très satisfaisant à nos questionnaires de 83.7%.

Notre questionnaire n'a pas été testé en population avant l'étude. En revanche, nous l'avons fait relire et avons sollicité l'avis de plusieurs spécialistes et experts ayant réalisé de nombreuses études sur la question du tabagisme. Par ailleurs, nous nous sommes appuyées sur le questionnaire de l'enquête du *Baromètre santé de Santé Publique France 2017* pour confectionner nos items (53).

La multicentricité de notre étude augmente la représentativité de notre échantillon. Les caractéristiques générales des patientes incluses étaient comparables à celles de l'*Enquête Nationale Péri-natale (ENP)* de 2016 représentative de la population qui recensait 13 133 femmes en France métropolitaine (48). La seule différence que nous avons mise en évidence concernait la situation professionnelle des femmes. La proportion de femmes en emploi était plus importante dans notre échantillon que dans l'ENP d'environ 20%.

Malgré la vraisemblable importance de ce sujet en santé publique, la reprise du tabac dans le post-partum est peu étudiée. Nous n'avons retrouvé qu'une publication et quelques travaux de mémoires réalisés en France. Par ailleurs, la plupart des études s'intéressent à la reprise à 6 et 12 mois, sans détailler les périodes à risque de reprise plus précoces.

Enfin, notre travail en binôme a permis une double lecture dans la réalisation de nos protocoles et questionnaires, ainsi que dans l'analyse de nos résultats. Nous avons pu réaliser des auto et hétéro-critiques mutuelles dans nos avancées respectives.

## **2. ANALYSE ET COMPARAISON DES RÉSULTATS AVEC LA LITTÉRATURE**

### **A- Objectif principal**

Notre objectif principal était d'évaluer le délai et la prévalence de la reprise tabagique dans les 6 premiers mois du post-partum. L'hypothèse avancée était que 50% des femmes auraient repris à 6 mois et qu'elles reprenaient majoritairement le tabac dans les 3 premiers mois après l'accouchement.

Notre étude a mis en évidence que la période la plus à risque de reprise tabagique dans les 6 premiers mois du post-partum était entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> mois et que la majorité des patientes reprenaient dans les 3 premiers mois après l'accouchement.

Les patientes sont amenées à voir de nombreux acteurs de santé dès leur sortie de la maternité (sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, praticiens en cabinet ou PMI). La consultation du post-partum survenant 6 à 8 semaines après l'accouchement, lors de laquelle le CNGOF recommande d'aborder la problématique de la reprise du tabac, survient trop tardivement pour près de la moitié des patientes.

Dans notre étude, la prévalence de la reprise à 6 mois du post-partum était de 61%. 22% des femmes avaient repris à 1 mois et 46,3% à 3 mois.

Ces résultats sont comparables aux données de la littérature. Dans une étude anglaise publiée en 2013 incluant 512 femmes, le taux de reprise était de 46,5% à 6 semaines du post-partum (54). Dans une autre étude publiée en 2007, parmi les femmes ayant repris leur consommation tabagique, 70% avaient recommencé à fumer dans les 3 premiers mois du post-partum (31% dans les 30 premiers jours et 39% entre 1 et 3 mois) (50).

La seule étude française publiée en 2001 par *Lelong N.* regroupait 2 enquêtes (A et B) multicentriques incluant respectivement les réponses de 685 et 636 femmes, ayant accouché de leur 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> enfant, interrogées par auto-questionnaire dans le post-partum. Le taux de reprise était de 48% à 5 mois dans l'enquête A et de 57% à 6 mois dans l'enquête B (5).



Les études estiment que 12 mois après l'accouchement, 80 à 90% des femmes qui ont arrêté de fumer pendant la grossesse auront recommencé (55). Le taux de reprise dans ce contexte post-partum semble plus important que dans la population générale où le taux de réussite d'un arrêt tabagique à 1 an est de 30 % environ (56). Cela pose la question de l'état d'esprit et des motivations des femmes arrêtant de fumer pendant leur grossesse. La décision de sevrage, survenant majoritairement à la découverte de la grossesse, est de ce fait soudaine et non planifiée ni pensée en amont (57). Les études mettent en évidence que la motivation principale des futures mères est d'agir pour la santé de leur bébé, et non pour elles-mêmes (58). Par ailleurs, la grossesse et l'accouchement représentent une période de bouleversements physiques et psychologiques pour les femmes et la multiplication des interdits peut amener un sentiment de frustration pendant la grossesse. L'accouchement peut donc représenter une libération et la levée de ces interdits.

Ces constats appellent à la mise en place d'une démarche d'approche motivationnelle reposant sur plusieurs partenaires (médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres et tabacologues) et d'anticipation du maintien de l'abstinence à construire en amont : tout au long de la grossesse, et/ou de manière précoce après l'accouchement lors du séjour en maternité, ainsi qu'aux différentes périodes critiques (à la sortie de la maternité, après l'allaitement, à la fin du congé maternité, etc.), comme le suggère la HAS (4).

## B- Facteurs associés à la reprise du tabagisme dans le post-partum

Nous avons essayé de mettre en évidence les facteurs associés à la reprise du tabagisme dans les 6 premiers mois du post-partum, mais en raison de la taille de notre échantillon, la puissance statistique était faible.

Notre étude a mis en évidence un lien significatif entre la consommation d'alcool et la reprise du tabagisme dans le post-partum.

L'intention initiale d'arrêter le tabac uniquement pendant la grossesse, une consommation antérieure  $\geq 11$  cigarettes par jour, la primiparité, la consommation de cannabis et une prise de poids plus importante, semblaient être associées à la reprise du tabac. Cependant nos résultats ne sont pas significatifs.

Le tabagisme du conjoint, le mode d'allaitement, la reprise du travail, l'évaluation de la dépression du post-partum chez la mère, le moment de l'arrêt du tabac, les conditions d'accouchement (césarienne) et le fait d'avoir bénéficié d'une aide au sevrage pendant la grossesse ne permettaient pas de prévoir dans notre étude une reprise du tabac dans le post-partum.

La méta-analyse d'études quantitatives de *Orton S.* étudiant les facteurs associés à la reprise du tabac dans le post-partum, incluant 39 études (dont 24 américaines) sur 10 166 publications a identifié l'absence d'allaitement, l'intention d'arrêter de fumer uniquement pendant la grossesse et le fait de vivre avec un partenaire ou un membre de la famille fumeur comme étant les facteurs associés au risque le plus élevé de reprise (52).

### a. Influence de la consommation d'alcool

Dans notre étude, la consommation d'alcool est significativement associée à une reprise de la consommation de tabac. Les analyses de nos échantillons plus conséquents à 1 et 3 mois du post-partum renforcent cette significativité.

L'étude de *Prady et al.* (59), analysant séparément les mères mariées et célibataires sur un échantillon de 1829 femmes, a mis en évidence que boire plus d'une fois par mois, jusqu'à deux fois par semaine après l'accouchement, était associé à un risque accru de

reprise de la consommation de tabac chez les mères mariées [OR 1.90 (IC 95% 1.05–3.40)]. Cette étude a également révélé que la consommation d'alcool moins d'une fois par mois après l'accouchement était associée à un risque réduit de reprise du tabac chez les mères célibataires.

L'étude américaine de *Solomon LJ.* (50), incluant 87 femmes ayant cessé de fumer pendant la grossesse a interrogé les femmes ayant recommencé à fumer 6 mois après l'accouchement sur les circonstances de consommation de leur première cigarette. 23% des femmes consommaient de l'alcool lors de cette reprise.

Environ 2/3 des femmes ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de notre enquête. Ce chiffre est en deçà des données du *baromètre santé 2017*, où 83,7% des femmes âgées de 18 à 75 ans ont déclaré avoir bu de l'alcool dans l'année, et 28 % au moins une fois par semaine (60). Cette différence peut s'expliquer par le fait que la consommation d'alcool est déconseillée pendant l'allaitement. Cependant malgré cette recommandation, il semblerait qu'une proportion non négligeable de femmes allaite tout en consommant de l'alcool.

Ces constats mettent en évidence la nécessité d'anticiper avec les femmes le moment de la reprise de la consommation d'alcool qui peut amener à une reprise du tabac.

#### b. Influence de la consommation de cannabis et autres drogues

Nous n'avons pas mis en évidence d'association entre la consommation de cannabis et la reprise tabagique. Nous n'avons pas retrouvé d'étude étudiant ce facteur dans ce contexte.

9,8% des patientes ont déclaré avoir consommé du cannabis durant notre étude. Les ¾ d'entre-elles ont repris leur consommation dans les 3 premiers mois.

Aucune femme n'a déclaré consommer d'autres substances au cours des 6 mois d'enquête.

D'après l'OFDT, la consommation de cannabis, dans l'année 2017, s'élevait à 7 % pour les femmes, et la consommation des autres drogues étaient < 1% (46).

La déclaration de la consommation de ces produits a pu être minimisée par les patientes du fait de leur illégalité et des considérations négatives de l'usage de ces substances en post-partum ou pendant l'allaitement.

c. Influence de l'intention d'arrêt initiale

Malgré le fait qu'une majorité de patientes déclare avoir la volonté initiale d'arrêter de fumer définitivement, au-delà de la grossesse, cela semble peu déterminant dans le maintien de l'abstinence tabagique après l'accouchement.

En revanche, l'intention initiale d'arrêter de fumer uniquement pendant la grossesse semble avoir de l'influence puisque cela entraîne, dans notre étude, une reprise tabagique plus importante et plus précoce, bien que nos résultats à ce sujet ne soient pas significatifs.

Les 3 études de haut niveau de preuve étudiant ce facteur incluses dans la méta-analyse de *Orton S.* ont retrouvé un lien significatif entre l'intention initiale d'arrêter de fumer uniquement pendant la grossesse et la reprise du tabac après l'accouchement (52). L'étude de *Röske K.* (61), incluant 301 femmes ayant cessé de fumer pendant leur grossesse, a évalué la valeur prédictive de l'intention de reprendre le tabac après l'accouchement sur la reprise tabagique à 6 mois et 12 mois post-partum. 13% des femmes avaient déclaré avoir l'intention de recommencer à fumer et 87% avaient déclaré vouloir maintenir leur abstinence. L'intention initiale de vouloir recommencer à fumer était associée de manière significative à une reprise à 6 et 12 mois (OR = 3,7, IC 95% : 1,51-9,01).

Bien que cette conséquence semble logique et attendue, le fait de questionner les patientes pendant leur grossesse sur leur intention initiale pourrait être un indice pour adapter les interventions chez celles souhaitant recommencer à fumer.

d. Influence de la parité et du mode d'accouchement

Notre échantillon comporte un nombre de primipares supérieur aux multipares, ce qui ne correspond pas à la population générale. Différentes études ont mis en évidence que les femmes multipares avaient un risque plus élevé de réduire leur consommation que

d'arrêter de fumer au cours de la grossesse, elles étaient donc moins représentées dans notre échantillon (5,66).

Dans notre étude, les  $\frac{3}{4}$  des multipares ont déclaré avoir arrêté leur consommation de tabac lors de leur(s) précédente(s) grossesse(s), ce qui reflétait déjà un taux de reprise tabagique important après la naissance.

Nos résultats étaient en faveur d'une reprise tabagique plus importante chez les primipares bien que ceux-ci ne soient pas significatifs. Et nous n'avons pas retrouvé, chez les multipares, de différence significative entre le nombre d'enfants et la reprise du tabagisme. Cela va à l'encontre des publications existantes. Dans l'étude anglaise d'*Harmer C.*, incluant 512 patientes, les femmes ayant au moins 3 enfants étaient significativement plus susceptibles d'avoir repris leur consommation à 6 semaines du post-partum (OR = 3,8, IC à 95%: 2,2 à 6,4) (54). Cependant, la méta-analyse d'*Orton S.*, souligne qu'une majorité d'études ne retrouve pas d'association significative entre la multiparité et la reprise du tabac dans le post-partum (52).

Les conditions d'accouchement n'étaient pas associées à une reprise du tabac dans le post-partum. Les publications étudiant ce facteur, dont l'étude française de *N. Lelong* (5), ne retrouvaient pas de lien significatif entre les conditions d'accouchement et la reprise.

#### e. Influence de la prise de poids pendant la grossesse

Nos résultats suggèrent une prise de poids plus importante (>15 kg) au cours de la grossesse chez les patientes ayant repris le tabac en post-partum, bien que ces résultats ne soient pas significatifs.

On pourrait penser que les femmes enceintes arrêtant de fumer prennent plus de poids pendant la grossesse que les non-fumeuses, ce qui pourrait amener ces femmes à recommencer afin de bénéficier des effets coupe-faim et amincissant de la nicotine (62).

Les résultats des publications étudiant ce facteur sont divergents (52).

#### f. Influence de la consommation de tabac antérieure et aide au sevrage

- Influence de la consommation antérieure

La majorité des patientes de notre étude avait une consommation antérieure  $\leq 10$  cigarettes par jour alors que le *Baromètre santé 2018* estime la quantité de tabac fumé par les femmes à 11,9 cigarettes quotidiennes en moyenne (18). Cette différence peut résulter du fait que les femmes ayant une consommation quotidienne plus importante sont moins représentées dans notre échantillon puisqu'elles arrêtent moins de fumer pendant la grossesse (63).

Dans notre étude, une consommation quotidienne antérieure  $\geq 11$  cigarettes semblait être associée à une reprise plus importante dans le post-partum, bien que nos résultats ne soient pas significatifs. Une étude polonaise de *Polanska K.* (64) évaluant la reprise chez 138 femmes à 3 mois de l'accouchement, a mis en évidence que les femmes qui fumaient entre 11 et 20 cigarettes par jour avant d'arrêter recommençaient plus souvent à fumer (OR = 3,2; IC à 95% de 1,5 à 6,8). Cependant la majorité des études à ce sujet ne retrouve pas d'association significative (52).

- Influence de la période d'arrêt du tabac

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre un arrêt du tabac précoce et un arrêt plus tardif au cours de la grossesse sur la reprise tabagique dans les 6 premiers mois du post-partum.

L'étude de *Polanska K.* a démontré que les femmes ayant cessé de fumer au-delà du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse avaient plus de risque de reprise que celles ayant arrêté de fumer avant la grossesse (OR = 25,9; IC 95% 2,9–343,7) (64).

Cela souligne l'importance d'un sevrage précoce au cours de la grossesse, et idéalement en période pré-conceptionnelle, à la fois pour limiter les risques obstétricaux et néonataux et pour prévenir la reprise du tabac dans le post-partum.

- Influence de l'aide au sevrage tabagique.

Aucune femme de notre étude n'a bénéficié d'une aide au sevrage en post-partum et seules deux patientes ont déclaré avoir reçu une aide au sevrage via des TSN, associés à une prise en charge par son médecin traitant pour l'une d'entre elles, pendant la grossesse.

D'après ces constats, une remise en question des soignants semble nécessaire quant aux mesures de prévention mises en place.

Il aurait été intéressant de savoir si une prise en charge a été proposée aux patientes pendant la grossesse et/ou au moment de l'accouchement pour prévenir la rechute dans le post-partum.

g. Influence du tabagisme de l'entourage au domicile et du mode de vie

Nous n'avons pas mis en évidence de lien significatif entre le tabagisme de l'entourage des patientes et la reprise du tabac dans le post-partum.

Dans la littérature, le tabagisme de l'entourage, et particulièrement du conjoint, est considéré comme un des facteurs de risque les plus importants de reprise du tabac dans le post-partum (OR = 5,6, IC 95%: 3,6-8,8) (54), et d'autant plus si le partenaire fume à l'intérieur du domicile (OR = 7,2; IC 95%: 2,2–28,3) (64).

Une part importante (61%) des femmes de notre étude a déclaré vivre avec un partenaire fumeur alors qu'en 2015, 40,1% des femmes enceintes (tous statuts tabagiques confondus) déclaraient avoir un conjoint fumeur (65). Cela peut signifier que le tabagisme serait un comportement plus fréquemment partagé au sein du couple. Une étude française étudiant le mode de vie de 348 couples infertiles mettait en évidence que les femmes consommatrices de tabac, de cannabis ou d'alcool étaient plus souvent en couple avec un homme présentant la même addiction ( $p < 0,001$ ). 63% des femmes fumeuses étaient en couple avec un fumeur alors que seulement 25% des femmes non-fumeuses avaient un conjoint fumeur (66).

La forte proportion de partenaires fumeurs et leur influence sur la reprise suggèrent que les interventions devraient également viser les pères, pour qui la grossesse et la naissance de leur enfant pourrait être une période propice aux changements dans leur consommation de tabac.

Seule une patiente de notre étude était exposée au tabagisme passif de son conjoint au domicile (< 2,5%). Il est possible que les patientes aient sous-déclaré ce facteur puisqu'il est recommandé aux parents de ne pas exposer leur nourrisson au tabac. Cependant, les actions d'informations et de préventions à ce sujet réalisées depuis 2004, en association

avec la mise en place de la loi Evin, semblent avoir modifié les comportements des fumeurs à ce propos. Les différentes enquêtes du Baromètre santé ont permis de constater que la proportion de la population générale rapportant un tabagisme à domicile était passée de 32,8% en 2005 à 28,2% en 2014 (67).

Cette proportion semble bien plus faible chez les femmes enceintes puisqu'en 2015, 3,9% des femmes disaient avoir été exposées à la fumée d'autrui à leur domicile pendant leur grossesse tous les jours ou presque et 5,2% occasionnellement (65). Cela peut être dû à une attention particulière portée par les futurs parents sur l'exposition au tabagisme passif dans cette période péri-natale qui concerne par ailleurs, une tranche d'âge mieux éduquée à cette problématique.

#### h. Influence de l'allaitement

Notre étude n'a pas montré de lien entre le mode d'allaitement initié à la maternité et la reprise tabagique. La majorité des femmes allaitaient encore leur enfant au-delà du 3<sup>e</sup> mois après la naissance alors que la reprise du tabac survenait majoritairement avant cette période.

Il a été démontré dans de nombreuses études que l'allaitement maternel était un facteur protecteur dans la reprise du tabagisme dans le post-partum (52). L'étude de *Harmer C.*, mettait en évidence que les femmes qui allaitaient étaient nettement moins susceptibles d'avoir recommencé à fumer à 6 semaines du post-partum (OR = 0,6, IC 95%: 0,4-0,9) (54).

Nous n'avons pas pu interpréter les résultats concernant le mode d'allaitement au moment de la reprise du tabac, puisque le groupe de patientes ayant repris le tabac prenait en compte l'allaitement au moment de la reprise, donc à des délais différents, alors que le groupe de patientes toujours abstinentes tenait compte du mode d'allaitement à 6 mois du post-partum. La comparaison de ces 2 groupes et donc l'interprétation de nos résultats est délicate.



En France, l'ENP de 2016 a mis en évidence un taux d'allaitement maternel de 66,7% à la maternité. La région PACA avait un des taux d'allaitement maternel les plus élevés du pays à 72,1%, correspondant à celui de notre étude (48).

Nos analyses selon le délai à 1 mois, 3 mois et 6 mois, montre une tendance au maintien de l'allaitement maternel chez les femmes abstinentes.

L'étude de *Ratner PA*, incluant 228 femmes allaitantes ayant arrêté de fumer pendant la grossesse, mettait en évidence que 2/3 des femmes ayant recommencé à fumer quotidiennement sevrèrent l'allaitement avant 26 semaines, contre 1/3 des femmes étant restées abstinentes (68).

Il semblerait donc que l'allaitement maternel diminue et/ou retarde la reprise du tabac dans le post-partum, et qu'à l'inverse, la reprise du tabac entraîne une diminution de la durée de l'allaitement.

Ces constats mettent en évidence la nécessité de poursuivre l'encouragement de l'allaitement maternel, et de prévenir la reprise de la consommation de tabac dans le post-partum afin d'optimiser la qualité et la durée de l'allaitement.

#### i. Influence de la reprise du travail

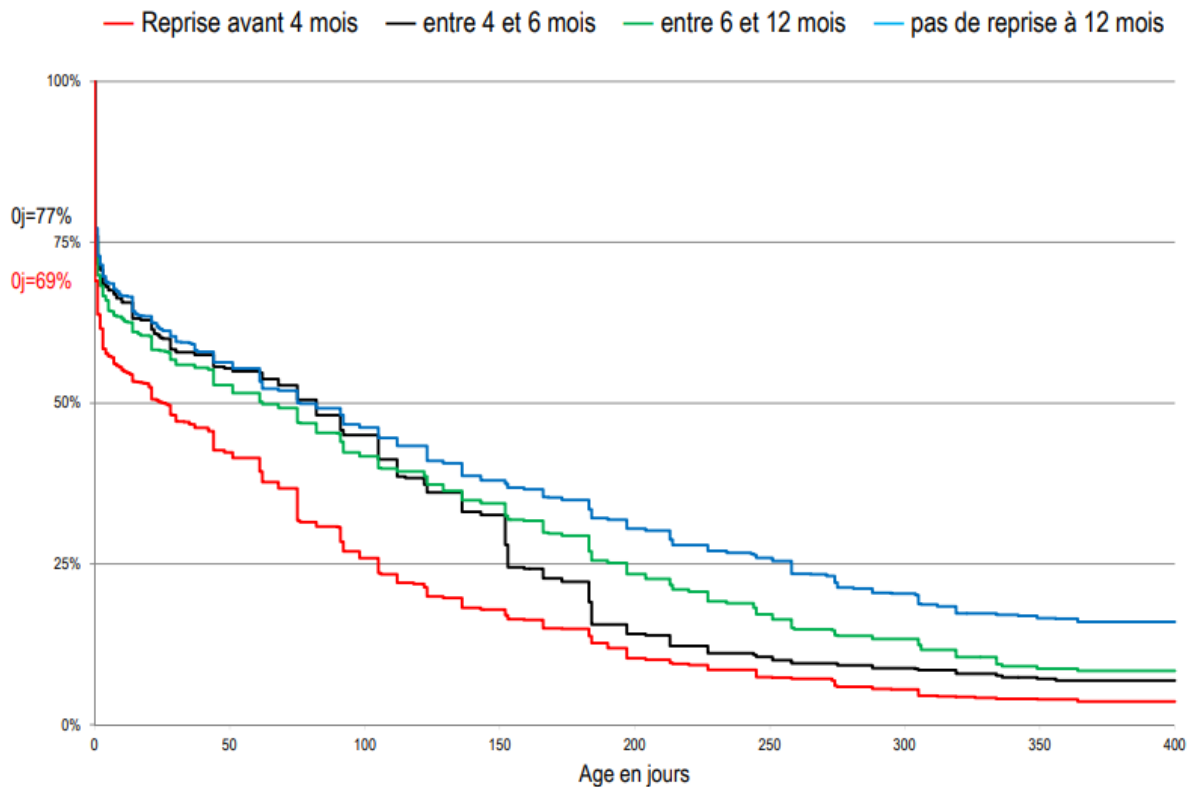
Notre étude n'a pas montré de lien entre la reprise du travail et la reprise tabagique. En effet, la majorité des femmes ont recommencé à fumer dans les 3 premiers mois du post-partum dans notre enquête. Elles n'avaient donc, pour la plupart, pas repris leur activité étant donné que la durée du congé maternité post-natal varie entre 10 et 18 semaines selon le nombre d'enfants.

Cependant, pour les femmes toujours abstinentes au moment de la reprise de leur activité, cela pourrait être déterminant dans la reprise de leur consommation puisque les patientes concernées ont ressenti une forte influence de ce facteur. L'étude française de *Lelong N.*, n'a retrouvé aucun impact significatif du retour au travail sur la reprise du tabac (5).

Il est intéressant de noter que dans notre étude la reprise du travail, qu'elle soit à 3 mois ou 6 mois du post-partum, était toujours associée à une modification du mode d'allaitement. Nous n'avons pas réalisé d'analyses multivariées sur ces résultats étant donné que nos analyses univariées ne sont pas significatives.

L'enquête Epifane (69) a estimé que 25% des femmes reprenaient le travail tout en poursuivant l'allaitement maternel et que la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail était plus fréquente chez les non-fumeuses. Par ailleurs, plus la reprise du travail était précoce plus la durée de l'allaitement était courte.

Figure 17 : Courbe de durée de l'allaitement maternel selon le moment de la reprise du travail. Epifane 2012 (69)



#### j. Influence d'un dépistage positif de la DPP

Dans notre étude, le dépistage positif de la dépression du post-partum n'était pas associé à une reprise du tabac plus importante.

Cependant, l'état moral et/ou de stress était considéré par la majorité des patientes ayant repris le tabac comme le facteur ayant le plus d'influence sur leur reprise tabagique.

Les données concernant ce facteur divergent dans la littérature (52). La plupart ne retrouvent pas de lien significatif entre la dépression du post-partum et la reprise du tabac. En revanche les études évaluant la présence d'un syndrome dépressif majeur pendant la grossesse ou d'anxiété en post-partum retrouvent un lien entre ces facteurs et la reprise du tabac dans le post-partum (50,70).

Dans notre étude, nous avons obtenu un taux très élevé de dépistage positif de la DPP par le questionnaire EPDS (score  $\geq 11$ ), de 41,5%. Une étude de grande ampleur réalisée par la sage-femme Mme Cornet dépistait un taux de 17,3% de DPP à 1 mois du post-partum via ce même questionnaire. Ce contraste peut relever d'une différence dans la chronologie de l'évaluation. Nous avons dépisté ce facteur à 1 mois, 3 mois et 6 mois, nous avons considéré qu'une patiente présentait ce facteur si elle avait un dépistage positif à au moins 1 des 3 retours de questionnaires (71).

Par ailleurs, il s'agit d'un dépistage de la DPP et non d'une confirmation clinique d'un syndrome dépressif du post-partum. En ce sens, nos résultats ont pu être surévalués.

### C- Évaluation qualitative de l'influence des facteurs par les patientes

Nous avons interrogé les patientes ayant repris leur consommation sur leur avis et ressenti concernant l'influence des facteurs auxquels elles étaient exposées. Cependant nous l'avons effectué à l'aide d'une question fermée ce qui n'a pas de réelle valeur qualitative.

Bien que nos résultats quantitatifs n'aient pas mis en évidence d'influence d'une éventuelle dépression du post-partum sur la reprise du tabac, les patientes ayant recommencé à fumer ont exprimé que leur moral et/ou leur état de stress les avait influencées de manière importante, quel que soit leur résultat au test de dépistage EPDS.

Le peu de patientes ayant recommencé à fumer après leur reprise du travail ont estimé une influence importante de ce facteur.

Les avis concernant l'influence de l'arrêt de l'allaitement et le tabagisme du partenaire étaient divergents.

Dans une méta-analyse publiée en 2015, incluant 16 études qualitatives rapportant les points de vue de 1031 femmes américaines et canadiennes en post-partum, *Notley C.* a identifié les obstacles et les facilitateurs signalés par les patientes concernant le maintien de l'abstinence (55).

Les thèmes, spécifiques à la période du post-partum, rapportés comme ayant une importance particulière étaient :

- Les croyances personnelles sur les effets du tabac : par exemple lorsque les femmes considèrent le tabac comme un moyen de réduire le stress ou comme moyen de faire face au stress, elles semblent avoir une tendance à la reprise. À l'inverse, le fait de réussir à arrêter de fumer pendant la grossesse modifie le regard de certaines patientes sur leur dépendance au tabac qu'elles pensaient insurmontable et cela les incite à maintenir leur abstinence.
- La motivation initiale lors de l'arrêt du tabac : il semblerait qu'elle soit directement liée à l'état de grossesse et certaines femmes ont l'intention explicite de reprendre dans le post-partum. Pour d'autres, la motivation pour l'arrêt du tabac se prolonge grâce à l'allaitement. Cependant celui-ci étant limité dans le temps cela ne garantit pas une abstinence au long cours.
- Les réalités physiologiques de la période postpartum : certaines femmes sont submergées par le retour des symptômes de manque et du craving après l'accouchement, qui sont atténués physiologiquement pendant la grossesse. En effet, des études constatent une aversion des femmes à la fumée du tabac ainsi qu'une diminution du craving, en lien avec l'augmentation de la progestérone durant la grossesse, et que ces derniers augmentent après l'accouchement (58,72,73).
- Le soutien social : certaines femmes expriment que le soutien reçu pour arrêter de fumer pendant la grossesse disparaît après l'accouchement. Elles relatent que leurs amis et proches, estimant qu'elles veulent fumer, recommencent à leur proposer des cigarettes. Le tabagisme du partenaire semble être particulièrement important. Il serait extrêmement difficile pour les femmes de rester abstinentes lorsque leur partenaire fume. À l'inverse, le statut non-fumeur du partenaire et/ou

son soutien apparaît comme efficace dans l'aide au maintien de l'abstinence des femmes après l'accouchement.

- Le sens de l'identité de la femme : le stress, causé en particulier par le nouveau statut de mère, est perçu comme ayant un impact sur la reprise du tabac, mais, ce rôle de mère empêche aussi la rechute pour d'autres. Il est suggéré que certaines femmes cherchent à retrouver leur identité individuelle antérieure à la grossesse, et qu'elles considèrent que leur statut de femme fumeuse en fait partie.

Les constats des études qualitatives concernant les facteurs influençant la reprise du tabac dans le post-partum rejoignent ceux retrouvés dans les études quantitatives, en apportant de nouveaux éléments de réflexion, notamment sur l'importance de la transition vers la maternité, pour adapter les interventions sur les motivations intrinsèques et extrinsèques de ces patientes. Cette étude amène aussi une nuance quant à l'influence de l'allaitement maternel sur l'abstinence qui serait limitée dans le temps.

### **3. FREINS ET PERSPECTIVES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA REPRISE DU TABAGISME DANS LE POST-PARTUM**

#### **A- Dépistage et orientation des femmes fumeuses abstinentes pendant la grossesse**

Cette étude soulève un certain nombre de questions : les professionnels de santé dépistent-ils le statut tabagique des femmes fumeuses abstinentes pendant la grossesse ? Sont-ils informés du taux de rechute et des facteurs de risque de reprise dans le post-partum ? Qu'est-il proposé à ces femmes en prévention d'une rechute en post-partum ? Et quels sont les obstacles à ces prises en charge ?

En France, le dépistage du tabagisme des femmes enceintes est réalisé de façon sérieuse par les professionnels de santé, puisque près de 80% des femmes rapportent avoir été interrogées à ce sujet durant la grossesse (4). Il n'existe, en revanche, pas de données concernant le dépistage du statut tabagique antérieur à la grossesse chez les femmes abstinentes. Bien que recommandé par la HAS, celui-ci semble insuffisamment réalisé par les professionnels de santé. Il s'agirait pourtant de la première étape, accompagnée

du dépistage des facteurs de risque de rechute dans le post-partum, à une orientation et une prise en charge adaptée des femmes concernées.

Une étude faisant l'état des lieux du dépistage du statut tabagique des femmes fumeuses abstinentes pendant la grossesse, et des connaissances des professionnels de santé concernant les risques de rechute après l'accouchement permettrait d'apporter des pistes de réflexions sur cette problématique.

Par ailleurs, nous pouvons nous demander quels sont les freins à l'orientation et à la prise en charge spécialisée de ces patientes ?

Les femmes enceintes représentaient environ 2,5% des consultations de tabacologie hospitalières et non-hospitalières entre 2000 et 2003 (74). Le délai moyen de consultation a été estimé à 11 jours en 2015 (75).

L'accès aux informations, par la population générale, concernant les consultations de tabacologie a été facilité avec la mise en place de la plateforme téléphonique, mobile et internet de *tabac-info-service*, fournissant un annuaire des consultations en tabacologie en France (76).

D'après *l'ENP 2016*, incluant 513 maternités sur 517 en activité en France, 77% des établissements interrogés déclaraient faire des consultations de tabacologie au sein de la maternité ou dans l'hôpital (48). Ces consultations sont principalement réalisées par des sages-femmes.

Cependant ces consultations semblent destinées aux patientes enceintes n'ayant pas arrêté de fumer pendant la grossesse. Il n'existe aucune donnée concernant les patientes fumeuses abstinentes adressées en prévention d'une rechute dans le post-partum. Une étude évaluant la faisabilité de la mise en place d'une prise en charge préventive de ces femmes pendant la grossesse en consultation spécialisée ou lors de leur séjour à la maternité pourrait apporter des pistes de réflexions intéressantes.

## B- Efficacité à long terme des interventions dans le post-partum

Ce travail questionne sur les méthodes d'interventions étudiées pour éviter la reprise du tabac dans le post-partum, ainsi que leur efficacité.

La méta-analyse de *Su A.*, incluant 32 études sur 251 publications identifiées, constate peu d'efficacité des interventions dans le maintien du sevrage tabagique en post-partum à long terme. (77)

- Prises en charge médicamenteuses :
  - Les études ayant examiné l'utilisation de TSN pendant la grossesse et dans le post partum, constatent une diminution significative du tabagisme lors de la grossesse (en cas d'association de patch et de formes orales) et dans le post-partum immédiat (1 à 4 mois), mais il n'a pas été démontré d'efficacité significative sur le maintien de l'abstinence 1 an après l'accouchement (77).
  - Une étude montrait une efficacité des TSN associés à la TCC (arrêt multiplié par 3) pendant la grossesse, mais cette méthode était inefficace dans le maintien de l'abstinence en début de post-partum (1-4 mois) (78).
  - Un essai thérapeutique récent, évaluait l'efficacité d'un traitement par 200mg de progestérone versus placebo après l'accouchement sur 41 patientes. Bien que les résultats ne soient pas significatifs, les femmes prenant de la progestérone semblaient plus susceptibles d'être abstinentes au bout de 8 semaines (73).
  
- Prises en charge interventionnelles :
  - Les études ayant évalué l'efficacité d'EM, des conseils donnés aux femmes en consultations régulières, par messagerie électronique ou téléphonique n'ont pas retrouvé d'efficacité significative sur le maintien du sevrage au long terme dans le post-partum (79).
  - Les études ayant suivi les partenaires fumeurs n'ont montré aucun effet significatif des TCC sur le maintien de l'abstinence du tabagisme à long terme dans le post-partum, même lorsqu'il y avait une plus grande proportion de partenaires arrêtant de fumer (80,81).

- La majorité des études ayant réalisé une TCC (via une infirmière, une sage-femme, un médecin ou un conseiller spécialisé dans le sevrage tabagique) a retrouvé une efficacité de cette méthode dans le maintien de l'abstinence au début du post-partum (79) mais seules 2 études ont retrouvé une efficacité significative à 1 an du post-partum (82,83)

Cependant ces études utilisaient des méthodes et des intervenants disparates concernant la réalisation des TCC amenant une comparaison délicate. Par ailleurs, certaines études portaient sur des interventions initiées dès le début de la grossesse pour l'arrêt du tabac et le maintien du sevrage alors que d'autres étudiaient des interventions mises en place pendant la grossesse ou après l'accouchement, après l'arrêt spontané du tabac par les femmes, rendant l'interprétation des résultats plus difficile.

- Les études ayant utilisé les conseils téléphoniques ou la distribution de livrets d'aides n'ont pas montré de résultat dans la prévention des rechutes (77).
- Prises en charge expérimentales par mesures incitatives financières :
  - Les études ayant évalué l'influence de mesures incitatives financières (grâce à la distribution de bons commerciaux) ont montré que cette méthode a une efficacité significative sur le maintien de l'abstinence tabagique dans le post partum. Cette différence reste significative à 6 mois, même lorsque les bons ont arrêté d'être distribués au 3<sup>e</sup> mois (77,84).
  - Le *Programme BABY & ME Tobacco Free* associant des conseils donnés par des spécialistes du sevrage tabagique en prénatal et en post-partum, à des bons pour des couches distribués en cas de dosage négatif était concluant sur le taux d'abstinence 6 mois après l'accouchement (85).

Ces constats interrogent sur la mise en place de nouvelles interventions ainsi que la recherche de méthodes innovantes. Les incitations financières seraient à étudier pour un impact à long terme. Aucune étude à ce sujet n'a été réalisée en France.



## V. CONCLUSION

Cette étude, portant sur les 6 premiers mois du post-partum, permet de mettre en évidence que :

- La majorité des patientes ayant arrêté de fumer pendant la grossesse reprennent la consommation de tabac dans les 3 premiers mois du post-partum
- Les deux périodes les plus à risque de reprise du tabac dans le post-partum se situent entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> mois et suite au retour à domicile, à la fin du premier mois
- La prévalence de la reprise du tabac à 6 mois du post-partum est de 61%
- Très peu de patientes bénéficient d'une assistance pour arrêter de fumer pendant la grossesse
- Aucune patiente n'a reçu d'aide au maintien du sevrage tabagique après l'accouchement
- Une consommation d'alcool ponctuelle ou régulière, en post-partum, tend à être associée à une reprise tabagique.

En France, la question de la reprise du tabac après l'accouchement est abordée principalement pendant la consultation du post-partum survenant 6 à 8 semaines après la naissance. Celle-ci survient trop tardivement pour près de la moitié des patientes. Ces constats appellent à une anticipation et une implication plus précoce des différents acteurs de santé que les parturientes sont amenées à consulter pendant la grossesse et dès l'accouchement.

Malgré l'importance apportée à la lutte contre le tabagisme pendant la grossesse en France, la période du post-partum semble être oubliée et peu étudiée et une sensibilisation du corps médical à ce sujet paraît nécessaire. Les jeunes-mères ayant cessé de fumer pendant la grossesse devraient être reconnues comme une population à risque spécifique de reprise pour laquelle il faudrait des interventions soigneusement adaptées. La connaissance et la prise en charge des facteurs associés à la reprise du tabac dans le post-partum, telle que la consommation d'alcool, pourrait permettre la mise en place de celles-ci.

## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Andler R, Cogordan C, Richard J, Demiguel V, Regnault N, Guignard R, et al. Baromètre santé 2017. Consommations d'alcool et de tabac durant la grossesse. Saint-Maurice : Santé publique France [Internet]. 2018 [cité 1 sept 2019]; Disponible sur: /etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france/barometre-sante-2017
2. Habib P. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la grossesse et l'accouchement ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 10 avr 2008;34(HS1):353\_369.
3. Underner M, Pourrat O, Perriot J, Peiffer G, Jaafari N. Sevrage tabagique et grossesse. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. oct 2017;45(10):552-7.
4. Haute Autorité de Santé HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2014. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours)
5. Lelong N, Kaminski M, Saurel-Cubizolles MJ, Bouvier-Colle MH. Postpartum return to smoking among usual smokers who quit during pregnancy. Eur J Public Health. sept 2001;11(3):334-9.
6. Collège des enseignants de pneumologie, Marquette C-H. Pneumologie: référentiel pour la préparation de l'ECN. Milon-la-Chapelle (Yvelines): S Editions; 2019.
7. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016.
8. Jarvis MJ. Why people smoke. BMJ. 31 janv 2004;328(7434):277-9.
9. Peto R. Influence of dose and duration of smoking on lung cancer rates. IARC Sci Publ. 1986;(74):23-33.
10. Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. BMJ. 5 août 2000;321(7257):323-9.
11. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014. (Reports of the Surgeon General).
12. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. JAMA. 2 juill 2003;290(1):86-97.

13. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, Altose MD, Bailey WC, Buist AS, et al. Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study. *Am J Respir Crit Care Med.* févr 2000;161(2 Pt 1):381-90.
14. Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med.* 1 sept 2002;166(5):675-9.
15. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ.* 26 juin 2004;328(7455):1519.
16. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur la consommation du tabac et ses conséquences pour la santé ainsi que l'action de l'OMS dans la lutte contre le tabagisme. 26 juill 2019 [cité 1 sept 2019]; Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
17. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT) 2014-2019.
18. Andler R et al. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.* 2019;
19. Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2018 [Internet]. Saint-Denis: OFDT; 2019. Disponible sur: [https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt\\_18bil.pdf](https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_18bil.pdf)
20. Pasquereau A, Andler R, Guignard R. La consommation de tabac en France en 2017 : premiers résultats issus du Baromètre santé 2017. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.* (14-15):265-73.
21. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;15:278-84.
22. Bourdillon F. Les pathologies liées au tabac chez les femmes : une situation préoccupante. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;35-36:682.
23. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. November 2018. [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com).
24. Wirth N, Abou-Hamdan K, Spinosa A, Bohadana A, Martinet Y. Le tabagisme passif. *Revue de Pneumologie Clinique.* 1 mars 2005;61(1, Part 1):7-15.
25. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet.* 8 janv 2011;377(9760):139-46.
26. Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB, Olsen SF, Secher NJ. A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. *Arch Dis Child.* sept 2000;83(3):203-6.
27. Reijneveld SA, Brugman E, Hirasing RA. Infantile colic: maternal smoking as potential risk factor. *Arch Dis Child.* oct 2000;83(4):302-3.

28. Cheraghi M, Salvi S. Environmental tobacco smoke (ETS) and respiratory health in children. *European journal of pediatrics*. 1 avr 2009;168:897-905.
29. Bosdure E, Dubus JC. Les effets du tabac chez l'enfant. *Revue des Maladies Respiratoires*. 1 déc 2006;23(6):694-704.
30. A J, P M, F B, G D. Les méfaits du tabagisme chez l'enfant : les pédiatres doivent agir. *Archives de Pédiatrie*. 1 mai 2001;8(5):539-44.
31. Aligne CA, Moss ME, Auinger P, Weitzman M. Association of pediatric dental caries with passive smoking. *JAMA*. 12 mars 2003;289(10):1258-64.
32. Leonardi-Bee J, Jere ML, Britton J. Exposure to parental and sibling smoking and the risk of smoking uptake in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 1 oct 2011;66(10):847-55.
33. Denoual N. Le sommeil partagé : état des lieux des pratiques à la maternité et à domicile. *Vocation Sage-femme*. sept 2012;11(98):28-33.
34. Haute Autorité de Santé HAS. Grossesse et tabac [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2004. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272381/fr/grossesse-et-tabac](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272381/fr/grossesse-et-tabac)
35. Rigourd V, Nicloux M, Hovanishian S, Giuséppi A, Hachem T, Assaf Z, et al. Conseils pour l'allaitement maternel. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. mai 2018;31(2):53-74.
36. Nguyen D, Berlin I. Allaitement maternel chez les femmes fumeuses : connaissances actuelles [Internet]. Société Française de Tabacologie; 2008 p. 10. Disponible sur: [http://societe-francophone-de-tabacologie.org/misesaupoint/SFT\\_allaitement\\_tabac.pdf](http://societe-francophone-de-tabacologie.org/misesaupoint/SFT_allaitement_tabac.pdf)
37. Donath SM, Amir LH, ALSPAC Study Team. The relationship between maternal smoking and breastfeeding duration after adjustment for maternal infant feeding intention. *Acta Paediatr*. nov 2004;93(11):1514-8.
38. Matheson I, Rivrud GN. The effect of smoking on lactation and infantile colic. *JAMA*. 6 janv 1989;261(1):42-3.
39. Chatzimichael A, Tsalkidis A, Cassimos D, Gardikis S, Tripsianis G, Deftereos S, et al. The role of breastfeeding and passive smoking on the development of severe bronchiolitis in infants. *Minerva Pediatr*. juin 2007;59(3):199-206.
40. Tabac - Grossesse et allaitement [Internet]. CRAT - Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. 2018 [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: [http://www.lecrat.fr/articleSearch.php?id\\_groupe=21](http://www.lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=21)
41. Substituts nicotiques - Grossesse et allaitement [Internet]. CRAT - Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. 2018 [cité 13 sept 2019]. Disponible sur: [http://www.lecrat.fr/articleSearch.php?id\\_groupe=21](http://www.lecrat.fr/articleSearch.php?id_groupe=21)
42. Kopp P. Le coût social des drogues en France. [Internet]. Saint-Denis: OFDT; 2015 p. 75. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france>

43. Buyck JF, Lelièvre F, Tuffreau F, Hérault T, Barlet M, Chaput H, et al. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. DREES. oct 2016;Études et Résultats(977).
44. Underner M. Le tabagisme est-il une maladie chronique ? Oui. *Revue des Maladies Respiratoires*. sept 2015;32(7):663-7.
45. Underner M, Le Houezec J, Perriot J, Peiffer G. Les tests d'évaluation de la dépendance tabagique. *Revue des Maladies Respiratoires*. avr 2012;29(4):462-74.
46. OFDT, Morel d'Arleux J, Adès JE. Drogues, chiffres clés. 8e édition. OFDT. 2019;(8):8.
47. Smith-Nielsen J, Matthey S, Lange T, Væver MS. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale against both DSM-5 and ICD-10 diagnostic criteria for depression. *BMC Psychiatry*. 20 2018;18(1):393.
48. Coulm B, Bonnet C, Blondel B, Fresson J, Rey S, Vanhaesebrouck A, et al. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016, Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. 2017; Disponible sur: [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf)
49. Barret C, Chauvot N, Meyer V, Institut National de la Statistique, et des Études Économiques. Provence-Alpes-Côte d'Azur. Un adulte sur dix en situation préoccupante face à l'écrit. *Insee l'analyse*. mai 2013;(30):4.
50. Solomon LJ, Higgins ST, Heil SH, Badger GJ, Thomas CS, Bernstein IM. Predictors of Postpartum Relapse to Smoking. *Drug Alcohol Depend*. 8 oct 2007;90(2-3):224-7.
51. Levine MD, Marcus MD, Kalarchian MA, Houck PR, Cheng Y. Weight concerns, mood, and postpartum smoking relapse. *Am J Prev Med*. oct 2010;39(4):345-51.
52. Orton S, Coleman T, Coleman-Haynes T, Ussher M. Predictors of Postpartum Return to Smoking: A Systematic Review. *Nicotine Tob Res*. 3 mai 2018;20(6):665-73.
53. Baromètre santé 2017. Questionnaire. Saint-Maurice : Santé publique France. 2017;53.
54. Harmer C, Memon A. Factors associated with smoking relapse in the postpartum period: an analysis of the child health surveillance system data in Southeast England. *Nicotine Tob Res*. mai 2013;15(5):904-9.
55. Notley C, Blyth A, Craig J, Edwards A, Holland R. Postpartum smoking relapse--a thematic synthesis of qualitative studies. *Addiction*. nov 2015;110(11):1712-23.
56. Lancaster T, Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis MJ. Prevention of relapse after quitting smoking: a systematic review of trials. *Arch Intern Med*. 24 avr 2006;166(8):828-35.
57. Stotts AL, DiClemente CC, Carbonari JP, Mullen PD. Postpartum return to smoking: staging a « suspended » behavior. *Health Psychol*. juill 2000;19(4):324-32.
58. Chalmers K, Gupton A, Katz A, Hack T, Hildes-Ripstein E, Brown J, et al. The description and evaluation of a longitudinal pilot study of a smoking relapse/reduction intervention for perinatal women. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;45(2):162-71.

59. Prady SL, Kiernan K, Bloor K, Pickett KE. Do Risk Factors for Post-partum Smoking Relapse Vary According to Marital Status? *Matern Child Health J.* oct 2012;16(7):1364-73.
60. Richard J, Andler R, Cogordan C, Spilka S, Nguyen-Thanh V, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(5-6):89-97.
61. Röske K, Hannover W, Grempler J, Thyrian JR, Rumpf H-J, John U, et al. Post-partum intention to resume smoking. *Health Educ Res.* juin 2006;21(3):386-92.
62. Gross J, Stitzer ML, Maldonado J. Nicotine replacement: effects of postcessation weight gain. *J Consult Clin Psychol.* févr 1989;57(1):87-92.
63. Demiguel V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles M, Regnault N. Évolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(35-36):694-703.
64. Polanska K, Hanke W, Sobala W, Lowe JB, Jaakkola JJK. Predictors of smoking relapse after delivery: prospective study in central Poland. *Matern Child Health J.* juill 2011;15(5):579-86.
65. Dumas A. Tabac, grossesse et allaitement : exposition, connaissances et perceptions des risques. *Bull Epidémiol Hebd.* 2015;(17-18):301-7.
66. Alvarez S, Devouche E. Première enquête nationale française sur les modes de vie et les facteurs toxiques chez les couples infertiles. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* 1 déc 2012;40(12):765-71.
67. Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Richard J, Arwidson P, Beck F, et al. Le tabagisme au domicile en France en 2014 et son évolution depuis 2005. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(30-31):522-8.
68. Ratner PA, Johnson JL, Bottorff JL. Smoking relapse and early weaning among postpartum women: is there an association? *Birth.* juin 1999;26(2):76-82.
69. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Épifane 2012-2013). *Bull Epidémiol Hebd.* 2014;(27):450-7.
70. Correa-Fernández V, Ji L, Castro Y, Heppner WL, Vidrine JI, Costello TJ, et al. Mediators of the Association of Major Depressive Syndrome and Anxiety Syndrome with Postpartum Smoking Relapse. *J Consult Clin Psychol.* août 2012;80(4):636-48.
71. Cornec C. Etude de faisabilité du dépistage de la dépression du post-partum, dans la population des accouchées finistériennes, par la passation du questionnaire d'Edimbourg par voie de courriel, un mois après l'accouchement : Etude prospective observationnelle de cohorte, multicentrique (maternités du Finistère), avec étude cas-témoins nichée dans la cohorte, du 1er novembre 2017 au 31 janvier 2018. [Brest]: ECOLE DE SAGES-FEMMES. UFR de Médecine et des Sciences de la Santé; 2018.

72. Pletsch PK, Pollak KI, Peterson BL, Park J, Oncken CA, Swamy GK, et al. Olfactory and gustatory sensory changes to tobacco smoke in pregnant smokers. *Res Nurs Health*. févr 2008;31(1):31-41.
73. Forray A, Gilstad-Hayden K, Suppies C, Bogen D, Sofuoglu M, Yonkers KA. Progesterone for smoking relapse prevention following delivery: A pilot, randomized, double-blind study. *Psychoneuroendocrinology*. 1 déc 2017;86:96-103.
74. Jean-François M, Fernandes E, Dautzenberg B, Dupont P, Ruelland A. Evolution de l'activité des consultations de tabacologie 2000-2003. *Bull Epidemiol Hebd*. 2003;(22-23):108.
75. Braillon A, Dubois G, Bernady-Prud'homme A. Tabac, grossesse et consultations de tabacologie. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 mars 2010;38(3):179-82.
76. L'annuaire des consultations de tabacologie / Accueil - tabac-info-service.fr [Internet]. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/L-annuaire-des-consultations-de-tabacologie>
77. Su A, Bутtenheim AM. Maintenance of smoking cessation in the postpartum period: which interventions work best in the long-term? *Matern Child Health J*. avr 2014;18(3):714-28.
78. Pollak KI, Oncken CA, Lipkus IM, Lyna P, Swamy GK, Pletsch PK, et al. Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. *Am J Prev Med*. oct 2007;33(4):297-305.
79. McBride CM, Curry SJ, Lando HA, Pirie PL, Grothaus LC, Nelson JC. Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy. *Am J Public Health*. mai 1999;89(5):706-11.
80. Albrecht SA, Caruthers D, Patrick T, Reynolds M, Salamie D, Higgins LW, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention for pregnant adolescents. *Nurs Res*. déc 2006;55(6):402-10.
81. McBride CM, Baucom DH, Peterson BL, Pollak KI, Palmer C, Westman E, et al. Prenatal and postpartum smoking abstinence a partner-assisted approach. *Am J Prev Med*. oct 2004;27(3):232-8.
82. Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, Skelly JM, Mead PB. Reducing smoking during pregnancy and postpartum: physician's advice supported by individual counseling. *Prev Med*. juin 1998;27(3):422-30.
83. Polańska K, Hanke W, Sobala W. Smoking relapse one year after delivery among women who quit smoking during pregnancy. *Int J Occup Med Environ Health*. 2005;18(2):159-65.
84. Higgins ST, Heil SH, Solomon LJ, Bernstein IM, Lussier JP, Abel RL, et al. A pilot study on voucher-based incentives to promote abstinence from cigarette smoking during pregnancy and postpartum. *Nicotine Tob Res*. déc 2004;6(6):1015-20.
85. Gadowski A, Adams L, Tallman N, Krupa N, Jenkins P. Effectiveness of a combined prenatal and postpartum smoking cessation program. *Matern Child Health J*. févr 2011;15(2):188-97.

86. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. juin 1987;150:782-6.



## **VII. LISTE DES ABRÉVIATIONS**

**AA** : Allaitement Artificiel

**AM** : Allaitement Maternel

**BPCO** : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

**CDS** : Cigarette Dependence Scale

**CH** : Centre Hospitalier

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIM** : Classification Internationale des Maladies

**CNGOF** : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**CRAT** : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

**DG** : Début de Grossesse

**DPP** : Dépression du Post-Partum

**DREES** : Direction de Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**EM** : Entretien Motivationnel

**ENP** : Enquête Nationale Périnatale

**EPDS** : Edinburgh Postnatal Depression Scale

**FTND** : Fagerström Test for Nicotine Dependence

**GEGA** : Groupe d'étude Grossesse et Addictions

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HPST** : (loi relative à) l'Hôpital et aux Patients, à la Santé et aux Territoires

**IC** : Intervalle de confiance

**INSEE** : Institut National de la Statistique des Etudes Economiques

**MFIU** : Mort Fœtale In Utero

**MSN** : Mort Subite du Nourrisson

**NS** : Non Significatif

**OFDT** : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**OR** : Odd Ratio

**PACA** : Provence Alpes Côte d'Azur

**PNLT** : Plan National de Lutte contre le Tabac

**PNRT** : Plan National de Réduction du Tabac

**PRADO** : Programme d'accompagnement au Retour À Domicile

**RESAD** : Réseau de Santé des Addictions

**RESPADD** : Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions

**SA** : Semaines d'Aménorrhée

**TCC** : Thérapie Cognitivo-Comportementale

**TSN** : Traitements de Substituts Nicotiniques

**VEMS** : Volume Expiratoire Maximal à la première Seconde

## VIII. LISTE DES FIGURES

### INTRODUCTION :

- Figure 1 : Prévalence (en %) du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe parmi les 18-75 ans, France 2000-2017 (20)..... 7
- Figure 2 : Statut tabagique des femmes lors de la prise de connaissance de la grossesse et évolution durant la grossesse lors de la dernière grossesse (1)..... 9

### RESULTATS :

- Figure 3 : Diagramme de flux..... 27
- Figure 4 : Prévalence de la reprise tabagique à 6 mois du post-partum ..... 30
- Figure 5 : Prévalence de la reprise du tabac à 1 mois, 3 mois et 6 mois du post-partum ..... 31
- Figure 6 : Prévalence de la reprise du tabac en fonction du délai ..... 32
- Figure 7 : Consommation antérieure à l'arrêt du tabac en nombre de cigarettes par jour ..... 33
- Figure 8 : Période d'arrêt du tabac ..... 34
- Figure 9 : Mode d'allaitement des patientes au moment de la reprise du tabac et des patientes abstinentes à 6 mois ..... 36
- Figure 10 : Reprise tabagique en fonction de la consommation d'alcool au moment de la reprise dans les 6 mois post-partum..... 38
- Figure 11 : Évaluation qualitative de l'influence des facteurs de reprise par les patientes ..... 43
- Figure 12 : Prévalence et délai de reprise du tabac à 1 mois du post-partum..... 46
- Figure 13 : Prévalence et délai de la reprise du tabac à 3 mois du post-partum..... 47
- Figure 14 : Mode d'allaitement chez les patientes ayant repris leur consommation vs les patientes abstinentes à 1 mois et 3 mois du post-partum ..... 50
- Figure 15 : Reprise tabagique en fonction de la consommation d'alcool dans le 1<sup>er</sup> mois du post-partum ..... 52
- Figure 16 : Reprise tabagique en fonction de la consommation d'alcool au moment de la reprise dans les 3 premiers mois du post-partum..... 53

**DISCUSSION :**

Figure 18 : Courbe de durée de l'allaitement maternel selon le moment de la reprise du travail. Epifane 2012 (72) ..... 74

## **IX. LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Caractéristiques générales des 41 patientes de notre échantillon à 6 mois. .....	29
Tableau 2 : Facteurs associés à la reprise du tabac dans les 6 premiers mois post-partum. ....	40
Tableau 3 : Comparaison des caractéristiques générales de nos échantillons avec l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016 (52).....	45
Tableau 4 : Facteurs associés à la reprise du tabac dans le 1er mois post-partum. ....	55
Tableau 5 : Facteurs associés à la reprise du tabac dans les 3 premiers mois post-partum. ....	57

# X. ANNEXES

## Annexe 1 : Récépissé de déclaration de conformité MR004 à la CNIL



### RÉCÉPISSÉ

Madame MIGNE Maëlle  
7 RUE COLBERT  
13001 MARSEILLE

#### DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

**2210407 v 0**

du 12 décembre 2018

#### À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par le voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

#### Organisme déclarant

Nom : Madame WEINBERG Isabelle

Service :

Adresse : HOPITAL GENERAL HENRI DUFFAUT, 305 RUE RAOUL  
FOLLEREAU

Code postal : 84000

Ville : AVIGNON

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0432753094

Fax. :

#### Traitement déclaré

Finalité : MR4 - Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé

Transferts d'Informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 12 décembre 2018  
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

## Annexe 2 : Avis du comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille



### Comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.  
N/Réf dossier : 2019-14-03-007  
Dossier suivi par : DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Le projet de recherche présenté par l'investigateur principal, Dr WEINBERG-RICARD Isabelle (Praticien Hospitalier Addictologue-Tabacologue, responsable ELSA-UCT), Avignon et les investigateurs secondaires Migné Maëlle et Vallejo Marion, Internes en médecine générale à l'Université d'Aix-Marseille, intitulé «**Délai de reprise tabagique dans les 6 premiers mois du post-partum et facteurs associés**» a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du mercredi 14 mars 2018.

Après audition des rapporteurs et validation du projet de thèse par le Département de Médecine Générale de l'Université, le comité a jugé que le projet ne pose pas de problème éthique ou réglementaire.

Le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille émet donc un avis favorable.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller

### Annexe 3 : feuille d'information des femmes majeures

## FORMULAIRE D'INFORMATION DES FEMMES MAJEURES Étude du délai et des facteurs associés à la reprise précoce du tabagisme dans le post-partum (après l'accouchement)

### RESPONSABLES DE LA RECHERCHE

**Dr WEINBERG-RICARD Isabelle**  
Service d'addictologie  
CH Avignon

**VALLEJO Marion**  
Interne de médecine générale  
Université de Marseille

**MIGNE Maëlle**  
Interne de médecine générale  
Université de Marseille

Madame,

Nous vous sollicitons dans le cadre d'une étude sur le tabagisme dans le post-partum, c'est-à-dire après l'accouchement. Le fait de participer à cette recherche ne changera pas votre prise en charge médicale.

### BUT DE L'ÉTUDE

Nous vous proposons de participer à cette étude visant à déterminer le délai de reprise tabagique dans les 6 premiers mois du post-partum et les facteurs pouvant influencer cette reprise.

### DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Cette recherche n'implique aucun examen, ni consultation, ni traitement supplémentaire par rapport à la pratique habituelle. Nous recueillerons des informations et des renseignements médicaux vous concernant. Toutes les données seront anonymisées et serviront à l'analyse de nos résultats.

La durée de votre participation à cette étude est de 6 mois et se déroulera comme suit :

- Vous recevez d'un membre du personnel du service ce document d'informations ainsi qu'un premier questionnaire lors de votre séjour à la maternité.
- Vous recevrez un questionnaire envoyé à votre adresse email à 1 mois, 3 mois et 6 mois après votre accouchement. Et un rappel envoyé par email et sms. Il vous faudra répondre à ce questionnaire d'une durée de 5 à 10 minutes en ligne.

Vos coordonnées téléphoniques et votre adresse email seront utilisées uniquement pour la diffusion de ces questionnaires.

### PARTICIPATION VOLONTAIRE

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer. Si vous refusez de participer à cette étude cela ne modifiera pas vos relations avec l'équipe médicale et paramédicale vous suivant, ni votre prise en charge.

### CONFIDENTIALITÉ ET UTILISATION DES DONNÉES MÉDICALES

Dans le cadre de cette étude, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de cette recherche.

Les personnes impliquées dans cette étude sont soumises au secret professionnel. Vos données sont collectées, analysées, traitées, rapportées de manière confidentielle et anonyme, par codage, sans jamais mention de votre nom ni de votre prénom.

Les données médicales vous concernant et les données relatives à vos habitudes de vie recueillies lors de cette étude seront transmises à Mme MIGNE Maëlle et Mme VALLEJO Marion, internes en médecine générale réalisant leur thèse, ainsi qu'au Dr Isabelle WEINBERG-RICARD, addictologue, directrice de cette même thèse. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification au traitement de vos données.

Nous vous remercions par avance de votre participation.

Si vous souhaitez participer merci de remplir la feuille ci-jointe.





**ÉTUDE DU DÉLAI ET DES FACTEURS ASSOCIÉS À LA  
REPRISE PRÉCOCE DU TABAGISME DANS LE POST-PARTUM  
(APRÈS L'ACCOUCHEMENT)**

Madame,

Nous vous proposons de participer à cette étude visant à déterminer le délai de reprise du tabac dans les 6 premiers mois du post-partum et les facteurs pouvant influencer cette reprise.

Votre participation à l'étude est volontaire, vous êtes libre d'accepter de participer ou de refuser.

En quoi consistera votre participation ?

- Répondre à un premier questionnaire ce jour.
- Répondre à un questionnaire en ligne, d'une durée de 5 à 10 minutes, qui vous sera envoyé par courrier électronique (e-mail) 1 mois, 3 mois et 6 mois après votre accouchement

Vos données seront anonymisées pour permettre l'analyse des résultats de notre étude. Vos coordonnées téléphoniques et votre adresse électronique seront utilisées uniquement pour la diffusion de ces questionnaires.

D'avance nous vous remercions de l'attention que vous porterez à cette étude.



Si vous souhaitez participer merci de remplir la feuille ci-jointe et de la remettre à la personne qui vous l'a remise avant votre départ. (Merci de cocher la bonne réponse)

**JE FUMAIS DANS LES 6 MOIS PRÉCÉDENTS MA GROSSESSE :**  OUI   
NON

**J'AI ARRÊTÉ DE FUMER PENDANT MA GROSSESSE :**  OUI  NON

SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » AUX DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES MERCI DE RENSEIGNER VOTRE ADRESSE E-MAIL ET VOTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ET DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE AU VERSO

**ADRESSE E-MAIL :** merci d'écrire en lettres majuscules pour une meilleure lisibilité

----- @ -----

**NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :** -----

## QUESTIONNAIRE

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

*Date de l'accouchement* : ..... / ..... / 20....

*Âge* : ..... ans

*Taille* : ..... cm

*Poids avant la grossesse* : ..... kg

*Poids à la fin de la grossesse* : ..... kg

*Est-ce votre premier enfant ?*    OUI       NON

*Si non, aviez-vous arrêté de fumer lors de vos précédentes grossesses ?*    OUI       NON

*Vous venez d'accoucher par :*       Voie basse (= voie naturelle)       Césarienne

### CONCERNANT VOTRE CONSOMMATION DE TABAC

*Combien de cigarettes fumiez-vous par jour en moyenne avant la grossesse ?* (1 paquet = 20 cigarettes)

0 à 5       6 à 10       11 à 20       21 à 29       30 et plus

*Quand avez-vous arrêté de fumer ?*

- Avant d'être enceinte (lorsque vous avez décidé de concevoir un enfant)
- Quand vous avez appris être enceinte
- Lors du premier trimestre de grossesse (dans les 3 premiers mois)
- Lors du deuxième trimestre de grossesse (entre le 3<sup>e</sup> et le 6<sup>e</sup> mois de grossesse)
- Lors du troisième trimestre de grossesse (entre le 6<sup>e</sup> et le 9<sup>e</sup> mois de grossesse)

*Vous avez arrêté de fumer... (plusieurs réponses possibles)*

- Sans aide
- Avec l'aide de votre médecin traitant ou d'un médecin généraliste
- Avec l'aide d'un.e tabacologue ou addictologue
- Avec l'aide de votre sage-femme
- Avec l'aide d'un autre professionnel de santé (infirmier.e ; masseu.r.se kinésithérapeute ou dentiste)
- A l'aide de substituts nicotiques (patch, gommes à mâcher, comprimés, spray)
- A l'aide d'un autre médicament (Varénicline = Champix® ou Bupropion = Zyban®)
- A l'aide d'un vaporisateur personnel (= cigarette électronique)
- A l'aide d'une autre thérapie : acupuncture, hypnose etc.
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

*Votre intention lorsque vous avez arrêté de fumer était :*

- D'arrêter de fumer uniquement pendant votre grossesse
- D'arrêter de fumer définitivement

Annexe 5 : Cigarette Dependence Scale (45)

Échelle de dépendance à la cigarette en 12 items. Version française de la Cigarette Dependence Scale (CDS-12)

Questions	Cotation
1. Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance des cigarettes Je ne suis absolument pas dépendant des cigarettes = 0 Je suis extrêmement dépendant des cigarettes = 100	0–20 = 1 21–40 = 2 41–60 = 3 61–80 = 4 81–100 = 5
2. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne?	0–5 = 1 6–10 = 2 11–20 = 3 21–29 = 4 30 ou plus = 5
3. D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette?	0–5 = 5 6–15 = 4 16–30 = 3 31–60 = 2 61 ou plus = 1
4. Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait	Impossible = 5 Très difficile = 4 Plutôt difficile = 3 Plutôt facile = 2 Très facile = 1
<i>Veillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes</i>	
5. Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer	Pas du tout d'accord = 1 Plutôt d'accord = 2 Plus ou moins d'accord = 3 Plutôt d'accord = 4 Tout à fait d'accord = 5
6. Je suis stressé(e) à l'idée de manquer de cigarettes	
7. Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi	
8. Je suis prisonnier des cigarettes	
9. Je fume trop	
10. Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller chercher des cigarettes	
11. Je fume tout le temps	
Interprétation des résultats :	
Jusqu'à 24 points : dépendance modérée	
Entre 25 et 44 points : dépendance moyenne	
45 points et plus : dépendance forte	

## Questionnaire 1<sup>er</sup> – 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois post-partum

### Partie 1 : Concernant votre consommation de tabac actuelle, depuis l'accouchement :

Q1) Actuellement, avez-vous recommencé à fumer ?

- OUI       NON

Q1a) [1 mois] Si oui, vous avez repris votre consommation ...

- Lorsque vous étiez encore à la maternité
- Lors de votre retour à domicile (la 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> semaine après votre accouchement)
- La 3<sup>ème</sup> ou 4<sup>ème</sup> semaine après votre accouchement

Q1a) [3 mois] Si oui, vous avez repris votre consommation ...

- Entre le 1<sup>er</sup> et le 2<sup>ème</sup> mois après l'accouchement
- Entre le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> mois après l'accouchement

Q1a) [6 mois] Si oui, vous avez repris votre consommation ...

- Entre le 3<sup>ème</sup> et le 4<sup>ème</sup> mois après l'accouchement
- Entre le 4<sup>ème</sup> et le 5<sup>ème</sup> mois après l'accouchement
- Entre le 5<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois après l'accouchement

Q2) Depuis l'accouchement, avez-vous eu un suivi/une aide pour ne pas reprendre votre consommation de tabac ? (Plusieurs réponses possibles)

- Non, aucune aide
- Oui, l'aide de votre médecin traitant ou d'un.e médecin généraliste
- Oui, l'aide d'un.e tabacologue ou addictologue
- Oui, l'aide d'un.e sage-femme
- Oui, l'aide d'un autre professionnel de santé (infirmière, masseur kinésithérapeute ou chirurgien-dentiste)
- Oui, l'aide de traitements substituts nicotiniques (patch, gommes à mâcher, comprimés, spray)
- Oui, l'aide d'un autre médicament (Varénicline = Champix® ou Bupropion = Zyban®)
- Oui, l'aide de la cigarette électronique
- Oui, l'aide d'une autre thérapie : acupuncture, hypnose etc.
- Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

### Partie 2 : Concernant la consommation d'autres substances

Q3) Concernant la consommation d'autres substances, consommez-vous actuellement ?

[Usage ponctuel = consommation au moins une fois au cours de l'année]

[Usage régulier = au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, et consommation de cannabis au moins 10 fois au cours du mois]

	Jamais	Oui, à usage ponctuel	Oui, à usage régulier
De l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre substance : héroïne, cocaïne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Partie 3 : Concernant votre situation professionnelle

Q4) Quelle est votre situation professionnelle ? (en dehors de la grossesse et du congés maternité)

- En emploi ?
- Apprentie ou stagiaire ?
- Etudiante ou lycéenne ?
- Sans activité ?

Q4a) Avez-vous repris votre travail/vos études ?

- Oui
- Non

Q4b) Si oui, pensez-vous que la reprise de votre activité a influencé votre reprise du tabac ? (Echelle de 1 à 5 : 1 = non, pas du tout ; 5 = oui, de façon importante)

1 2 3 4 5

Non, pas du tout      Oui, de façon importante

### Partie 4 : Concernant l'allaitement de votre enfant

Q5) Concernant l'allaitement de votre enfant ...

- Vous allaitez votre enfant exclusivement au sein depuis sa naissance (= allaitement exclusif)
- Vous allaitez votre enfant au sein et au biberon actuellement (= allaitement mixte)

- Vous avez allaité votre enfant au sein après l'accouchement et vous avez arrêté à ce jour
- Vous n'allaites pas votre enfant au sein depuis l'accouchement

Q5a) Pensez-vous que l'arrêt ou l'absence d'allaitement a influencé votre reprise du tabac ?  
(Echelle de 1 à 5 : 1 = non, pas du tout ; 5 = oui, de façon importante)

1 2 3 4 5

Non, pas du tout      Oui, de façon importante

#### Partie 5 : Concernant votre moral et votre état de stress depuis l'accouchement

Le questionnaire suivant est un outil de dépistage validé utilisé pour repérer un éventuel état de dépression du post-partum. On considère une dépression post-natale fortement probable quand le score est supérieur ou égal à 11 et/ou si vous avez répondu de façon affirmative à la dernière question. Si c'est votre cas, nous vous invitons à prendre un rendez-vous avec un professionnel de santé afin de vous accompagner.

Q6) Pendant la semaine qui vient de s'écouler (les 7 derniers jours)

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en sélectionnant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant les 7 jours qui viennent de s'écouler et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Q6a) J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

- 0 Aussi souvent que d'habitude
- 1 Pas tout à fait autant
- 2 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- 3 Absolument pas

Q6b) Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- 0 Autant que d'habitude
- 1 Plutôt moins que d'habitude
- 2 Vraiment moins que d'habitude
- 3 Pratiquement pas

Q6c) Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

Q6d) Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

Q6e) Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison

- 3 Oui, vraiment souvent
- 2 Oui, parfois
- 1 Non, pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

Q6f) J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- 3 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- 2 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- 1 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- 0 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

Q6g) Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, parfois
- 1 Pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

Q6h) Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, très souvent
- 1 Pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

Q6i) Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, très souvent
- 1 Seulement de temps en temps
- 0 Non, jamais

Q6j) Il m'est arrivé de penser à me faire mal

- 3 Oui, très souvent
- 2 Parfois
- 1 Presque jamais
- 0 Jamais

Q6k) Pensez-vous que votre moral et/ou état de stress a influencé votre reprise du tabac ?  
(Echelle de 1 à 5 : 1 = non, pas du tout ; 5 = oui, de façon importante)

1 2 3 4 5

Non, pas du tout      Oui, de façon importante

Partie 6 : Concernant votre entourage

Q7) Vous vivez ...

- Seule
- Avec votre partenaire
- Autre : précisez

Q7a) Votre partenaire fume-t-il/elle ?

- Oui
- Non

OU

Q7abis) La personne ou une des personnes avec laquelle/lesquelles vous vivez fume-t-elle ?

- Oui
- Non

Q7b) Si oui, pensez-vous que le tabagisme de votre partenaire ou de votre entourage a influencé votre reprise du tabac ?

(Echelle de 1 à 5 : 1 = non, pas du tout ; 5 = oui, de façon importante)

1 2 3 4 5

Non, pas du tout      Oui, de façon importante

Q7c) Si patiente vivant avec une personne fumeuse : fume-t-il/elle à l'intérieur du domicile ?

- Oui
- Non

Q7c) Si oui, pensez-vous que cela a influencé votre reprise du tabac ?

(Echelle de 1 à 5 : 1 = non, pas du tout ; 5 = oui, de façon importante)

1 2 3 4 5

Non, pas du tout      Oui, de façon importante

Fin du questionnaire pour femmes ayant repris leur consommation :



Merci d'avoir participé à cette étude.

Si vous souhaitez évaluer votre dépendance au tabac, et/ou recevoir de l'aide et des conseils concernant votre consommation, vous pouvez vous rendre sur le site <https://www.tabac-info-service.fr/> ou sur l'application du même nom ou appeler le 39 89.

Nous vous rappelons que pour toutes questions, vous pouvez nous contacter via notre adresse e-mail [etude.tabac.postpartum@gmail.com](mailto:etude.tabac.postpartum@gmail.com)

Fin du questionnaire pour femmes n'ayant pas repris leur consommation :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Un prochain questionnaire vous sera envoyé dans 2 mois.

Notez que nous ne pourrions intégrer vos réponses à l'étude que si vous répondez à la totalité des questionnaires.

Nous vous rappelons que pour toutes questions, vous pouvez nous contacter via notre adresse e-mail : [etude.tabac.postpartum@gmail.com](mailto:etude.tabac.postpartum@gmail.com)

*Annexe 7 : : Edinburgh Postnatal Depression Scale : version anglaise (86)*

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time
- Yes, most of the time      This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
- No, not very often      Please complete the other questions in the same way.
- No, not at all

In the past 7 days:

- |  |  |
|--|--|
| <p>1. I have been able to laugh and see the funny side of things</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> As much as I always could</li><li><input type="checkbox"/> Not quite so much now</li><li><input type="checkbox"/> Definitely not so much now</li><li><input type="checkbox"/> Not at all</li></ul> <p>2. I have looked forward with enjoyment to things</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> As much as I ever did</li><li><input type="checkbox"/> Rather less than I used to</li><li><input type="checkbox"/> Definitely less than I used to</li><li><input type="checkbox"/> Hardly at all</li></ul> <p>*3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Yes, most of the time</li><li><input type="checkbox"/> Yes, some of the time</li><li><input type="checkbox"/> Not very often</li><li><input type="checkbox"/> No, never</li></ul> <p>4. I have been anxious or worried for no good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> No, not at all</li><li><input type="checkbox"/> Hardly ever</li><li><input type="checkbox"/> Yes, sometimes</li><li><input type="checkbox"/> Yes, very often</li></ul> <p>*5. I have felt scared or panicky for no very good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Yes, quite a lot</li><li><input type="checkbox"/> Yes, sometimes</li><li><input type="checkbox"/> No, not much</li><li><input type="checkbox"/> No, not at all</li></ul> | <p>*6. Things have been getting on top of me</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all</li><li><input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual</li><li><input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well</li><li><input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever</li></ul> <p>*7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Yes, most of the time</li><li><input type="checkbox"/> Yes, sometimes</li><li><input type="checkbox"/> Not very often</li><li><input type="checkbox"/> No, not at all</li></ul> <p>*8. I have felt sad or miserable</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Yes, most of the time</li><li><input type="checkbox"/> Yes, quite often</li><li><input type="checkbox"/> Not very often</li><li><input type="checkbox"/> No, not at all</li></ul> <p>*9. I have been so unhappy that I have been crying</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Yes, most of the time</li><li><input type="checkbox"/> Yes, quite often</li><li><input type="checkbox"/> Only occasionally</li><li><input type="checkbox"/> No, never</li></ul> <p>*10. The thought of harming myself has occurred to me</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Yes, quite often</li><li><input type="checkbox"/> Sometimes</li><li><input type="checkbox"/> Hardly ever</li><li><input type="checkbox"/> Never</li></ul> |
|--|--|
-

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



## **Délai et facteurs associés à une reprise du tabagisme dans les 6 premiers mois du post-partum.**

**Introduction** : Il est considéré qu'en France, la moitié des femmes enceintes fumeuses arrêtent le tabac pendant la grossesse. La majorité d'entre-elles recommencent à fumer dans les 6 premiers mois du post-partum, entraînant une augmentation de la morbi-mortalité pour les nourrissons et les enfants exposés au tabagisme passif, ainsi que pour ces femmes, faisant de ce maintien du sevrage tabagique de manière durable dans le post-partum, un enjeu de santé publique.

**Matériels et méthodes** : Nous avons réalisé une enquête de cohorte descriptive prospective multicentrique. L'inclusion s'est déroulée du 16 décembre 2018 au 31 mars 2019 dans 3 maternités du Vaucluse, à l'aide d'auto-questionnaires. Les données portaient sur les 6 premiers mois du post-partum. L'objectif principal de l'étude était d'estimer le délai et la prévalence de la reprise du tabac après l'accouchement chez les femmes qui avaient cessé de fumer pendant leur grossesse. L'objectif secondaire était d'essayer de mettre en évidence les facteurs associés à la reprise du tabagisme dans les 6 premiers mois du post-partum.

**Résultats** : 41 patientes ont été incluses. Près de 2/3 des femmes ayant arrêté de fumer pendant la grossesse avaient repris 6 mois après l'accouchement. La majorité d'entre-elles reprenaient dans les 3 premiers mois. Avoir une consommation d'alcool ponctuelle ou régulière était le facteur le plus important associé à une reprise.

**Conclusion** : Cette population spécifique particulièrement à risque de reprise mériterait la mise en place d'interventions soigneusement adaptées ainsi qu'une anticipation et une implication précoce des différents acteurs de santé pendant la grossesse et après l'accouchement. La connaissance et la prise en charge des facteurs associés à la reprise du tabac dans le post-partum, telle que la consommation d'alcool, pourraient permettre la mise en place de ces interventions.

**Mots Clés** : post-partum / tabac / tabagisme / grossesse / dépendance / sevrage tabagique / reprise du tabac / abstinence tabagique / prévention / santé publique.