

Tabac, grossesse et périnatalité

Cette lettre thématique de la SFT est consacrée aux problèmes posés par le tabagisme pendant la grossesse et la période périnatale.

➤ Elle reprend, en premier, l'article d'**Agnès Dumas**, paru dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* n° 17-18, du 29 mai 2015 (p. 301-7), sous le titre : **"Tabac, grossesse et allaitement : exposition, connaissances et perception des risques"** (1). L'auteure y détaille la façon dont elle a mené une étude en France, en 2012, par téléphone, auprès d'un échantillon national de 3 603 femmes enceintes ou ayant récemment accouché, et les principaux résultats : l'usage quotidien de tabac au cours du mois écoulé concernait 16,1 % des femmes enceintes (soit 50 % des femmes fumant avant la grossesse), et 13,4 % des mères allaitantes (contre 25 % de celles qui n'avaient pas allaité). Lorsqu'elles étaient interrogées sur la nature des risques encourus, fumeuses et non-fumeuses évoquaient d'abord, de manière spontanée, de possibles *"problèmes respiratoires"* pour l'enfant. Selon 78,2 % des fumeuses, le *"stress"* provoqué par le sevrage tabagique serait plus nocif pour l'enfant qu'une consommation modérée de tabac. Si 1/4 des fumeuses déclaraient avoir utilisé un traitement nicotinique de substitution (TNS) pendant leur grossesse (30,6 % parmi celles de 30 ans et plus, mais seulement 13,2 % parmi les bénéficiaires de la CMU et de l'AME), selon plus de la moitié des fumeuses (53,8 %), ces TNS seraient déconseillés *"dans leur état"*.

La perception du risque reste donc problématique, en particulier en ce qui concerne les **consommations de moins de 5 cigarettes par jour** : 1/4 des futures mamans fumeuses, et encore plus celles de moins de 25 ans (66,5 % d'entre elles), ne percevaient pas la réalité de ce risque. Et les résultats de l'étude soulignent la nécessité d'améliorer les connaissances des femmes sur les possibilités d'aide au sevrage pendant la grossesse.

➤ *La Lettre de la SFT* reprend ensuite les recommandations de la conférence de consensus françaises de 2004 sur **les conséquences du tabagisme maternel pour la femme et son enfant**, qui sont donc *"toujours d'actualité"* : *"l'émergence de connaissances de plus en plus nombreuses sur le rôle du tabac chez la femme enceinte souligne l'importance non seulement de l'intoxication active et/ou passive de la femme, mais également de celle du compagnon. D'où la nécessité d'une prise de conscience par tous les intervenants de santé et par les couples des bénéfices de l'arrêt du tabac, de préférence avant la conception ou, du moins, le plus rapidement possible au cours de la grossesse."*

Deux des autres articles analysés par *La Lettre de la SFT* sont particulièrement *"marquants"* : le premier concerne la nécessité d'arrêter de fumer le plus tôt possible au cours de la grossesse. Les auteurs, **S. Räisänen** et al., ont publié en 2014, dans le *Journal of Epidemiology & Community Health* (2), une étude rétrospective de cohorte, utilisant les données de toutes les naissances d'enfants uniques en Finlande entre 1991 et 2010 (n = 1 164 953), enregistrées dans la base de données médicales nationale, dans le but d'étudier l'association entre le tabagisme durant la grossesse et les conséquences sur la périnatalité. Les conclusions en sont sans appel : toutes les complications périnatales étaient plus fortement associées au tabagisme de la mère chez celles qui avaient fumé pendant leur grossesse que chez celles qui n'avaient pas fumé (ou qui avaient arrêté avant le début de la grossesse). Celles qui avaient arrêté de fumer au cours du premier trimestre gardaient un risque supérieur aux non-fumeuses, mais inférieur à celui qu'encouraient celles qui avaient continué de fumer, sauf en cas d'enfant mort-nés et de prématurité (pas de différence significative). *"Cependant, l'une des faiblesses de cette étude, qui n'est pas mentionnée dans la discussion par les auteurs, réside dans le statut de non-fumeuse, car il est impossible de différencier les vraies non-fumeuses de celles qui ont arrêté juste avant leur grossesse. Une autre faiblesse, non mentionnée dans la discussion, est le manque d'information sur le tabagisme du père. Il est probable que ces facteurs ont joué un rôle non mesurable par ces analyses. Cela permet peut-être d'expliquer le peu de différences observées dans les admissions en unité de soins intensifs néonatale entre les non-fumeuses et celles qui ont arrêté au cours du premier trimestre"*, souligne *La Lettre de la SFT*.

➤ Le second sujet de publication (2 articles) répond à la question, qui n'est désormais en France plus vraiment *"iconoclaste"* : **"Faut-il payer... les femmes enceintes pour qu'elles arrêtent de fumer ?"** Le premier, signé de **D. Tappin et al.** (3), a comparé 2 groupes de 306 femmes enceintes, dont l'un a reçu l'aide à l'arrêt de routine, et l'autre a reçu, en plus, des bons d'achats (400 livres en tout) : pour cela, elles

recevaient 50 livres si elles assistaient au premier rendez-vous en face-à-face et définissaient une date d'arrêt.

Concernant le critère principal d'efficacité (abstinence validée par mesure du monoxyde de carbone et de la cotinine à la fin de la grossesse), les résultats montrent que l'arrêt du tabac validé a été significativement supérieur dans le groupe intervention comparativement au groupe contrôle (22,5 % versus 8,6 % ; RR = 2,63 ; IC₉₅ : 1,73-4,01 ; p < 0,001). Ces résultats n'ont pas été affectés après ajustement par le niveau de dépendance.

Le second article, de **K.A Boyd et al.** (4), est une analyse de la rentabilité de cette intervention. Le coût supplémentaire par femme enceinte abstinente, juste avant l'accouchement (34-38 semaines), a été de 1 127 livres (1 441 euros), le coût à long terme par année de vie gagnée ajustée sur la qualité de vie (QALY) a été de 482 livres (616 euros), ce qui est largement en dessous du seuil de rentabilité défini par les services de santé anglais, à 20 000 livres.

À noter : un essai multicentrique français (16 centres/maternités), randomisé, sur l'intérêt de l'incitation financière à arrêter de fumer pendant la grossesse, a commencé en mars dernier. L'étude est financée par un appel à projets, de l'Institut national du cancer (INCa).

Sélection effectuée à partir de *La Lettre de la SFT* 2016(68)
Rédaction : Jacques Le Houezec.
Comité de rédaction : Ivan Berlin, Jean-Dominique Dewitte, Daniel Thomas, Nathalie Wirth.
Contact : jacques.lehouezec@amzer-glas.com

Références bibliographiques

1. Dumas A. *Tabac, grossesse et allaitement : exposition, connaissances et perception des risques*. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2015(17-18):301-7.
2. Räisänen S, Sankilampi U, Gissler M et al. *Smoking cessation in the first trimester reduces most obstetric risks, but not the risks of major congenital anomalies and admission to neonatal care: a population-based cohort study of 1,164,953 singleton pregnancies in Finland*. *J Epidemiol Community Health* 2014;68(2):159-64.
3. Tappin D, Bauld L, Purves D et al. *Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: randomised controlled trial*. *BMJ* 2015;350:h134.
4. Boyd KA, Briggs AH, Bauld L, Sinclair L, Tappin D. *Are financial incentives cost-effective to support smoking cessation during pregnancy?* *Addiction* 2016;111(2):360-70.

Réservez les 3 et 4 novembre prochains et inscrivez-vous au 10^e congrès de la SFT, qui se tiendra à Lille

"La tabacologie sur mesure"

Site : <http://www.csft2016.com>

Pour toute question sur les inscriptions

au congrès, contacter Maria Ilien

tél. : +33 5 63 72 30 68,

email : contact@csft2016.com

