

# RAPPORT D'EXPERTS ET RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME EN COURS DE GROSSESSE

RECOMMANDATIONS CNGOF

**Grangé Gilles, Paris**  
**Berlin Ivan, Paris, Lausanne**  
**Bretelle Florence, Marseille**  
**Legendre Guillaume, Angers**



# **RAPPORT D'EXPERTS ET RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME EN COURS DE GROSSESSE**

**Par le CNGOF Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français  
et la SFT Société Francophone de Tabacologie  
avec le soutien financier de Santé publique France**

**Sociétés savantes et associations collaboratrices:**

**AUDIPOG, CIANE, CMG, CNSF, FFRSP, GEGA, RESPADD, SFP**

**AUDIPOG, Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique  
et Gynécologie**

**CIANE, Collectif Interassociatif Autour de la Naissance**

**CMG, le Collège de la Médecine Générale**

**CNSF, Collège National des Sages-Femmes de France**

**FFRSP, Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité**

**GEGA, Groupe d'Etude Grossesse et Addiction**

**RESPADD, Réseau de prévention des addictions**

**SFP, Société Française de Pédiatrie**

**Auteurs :**

**Grangé Gilles, Paris**  
**Berlin Ivan, Paris Lausanne**  
**Bretelle Florence, Marseille**  
**Berveiller Paul, Poissy**  
**Blanc Julie, Marseille**  
**DiGuisto Caroline, Tours**  
**Dochez Vincent, Nantes**  
**Garabedian Charles, Lille**  
**Guerby Paul, Toulouse**  
**Koch Antoine, Strasbourg**  
**Le Lous Maela, Rennes**  
**Perdriolle-Galet Estelle, Nancy**  
**Peyronnet Violaine, Colombes**  
**Rault Emmanuel, Lyon**  
**Torchin Heloise, Paris**  
**Legendre Guillaume, Angers**

**Groupe de travail :**

**Le Faou Anne-Laurence**  
**Cathy Meier**  
**Charline Bertholdt**  
**Siat Dominique**  
**Peyret Emmanuelle**  
**Fleury Sébastien**  
**Artzner France**  
**Guyard-Boileau Béatrice**  
**Roelens Ingele**  
**Bonnet Nicolas**  
**Houdouin Véronique**  
**Tessier Véronique**  
**Hammou Yamina**

**Participation à la relecture de certains chapitres :**

**M. Adler (tabacologue, CHU, Clamart)**  
**R. Andler (Santé publique France)**  
**HJ. Aubin (psychiatre, CHU, Villejuif)**  
**F. Aubourg (tabacologue, CHU, Paris)**  
**C. Bernard (sage-femme, CH, Bastia)**  
**R. Béranger (sage-femme, CHU, Brest)**  
**P. Blanc-Petitjean (sage-femme, CHU, Colombes)**  
**F. Bottet (tabacologue, CHU, Caen)**  
**N. Bornsstein (médecin généraliste, libéral, Evry)**  
**T. Brillac (médecin généraliste, DUMG, Toulouse)**  
**T. Cardoso (Santé publique France)**  
**C. Clair (médecin généraliste, Unisanté, Lausanne)**  
**E. Clouqueur (gynécologue-obstétricien, CHU, Lille)**  
**S. Coscas (addictologue, CHU, Villejuif)**  
**C. Dauvel (Mutualité Française Centre-Val de Loire)**  
**B. David (médecin généraliste, CHU, Lyon)**  
**E. Dautzenberg (sage-femme tabacologue, CH, Le Chesnay)**  
**V. Demiguel (Santé publique France)**  
**A. Deschildre (pédiatre, CHU, Lille)**  
**JC. Dubus (pédiatre, CHU, Marseille)**  
**M. Flori (médecin généraliste, université Lyon-1, Lyon)**  
**A. Freyens (médecin généraliste, DUMG, Toulouse)**  
**A. Heneau (pédiatre, CHU, Paris)**  
**M. Melchior (épidémiologiste, Inserm, Paris)**  
**A. Le Masne (Santé publique France)**  
**JP. Le Meaux (gynécologue-obstétricien, libéral, Bordeaux)**  
**C. Marcas-Espiand (sage-femme tabacologue, CHU, Montpellier)**  
**JB. de Meeûs (gynécologue-obstétricien, CH, Moulins-Yzeure)**  
**C. Monard (sage-femme tabacologue, CHU, Nantes)**  
**B. Mulin (pédiatre, CHRU, Besançon)**  
**V. Nguyen Thanh (Santé publique France)**  
**N. Regnault (Santé publique France)**  
**N. Sananès (gynécologue-obstétricien, CHU, Strasbourg)**  
**R. Shojai (gynécologue-obstétricien, libéral, Aix-en-Provence)**  
**L. Valentin (sage-femme addictologue, CHU, Paris)**  
**C. Vanniménus-Hayem (tabacologue, CHU, Lille)**  
**I. Varescon (psychologue, université Pars-Descartes, Paris)**  
**C. Vayssière (gynécologue-obstétricien, CHU, Toulouse)**  
**F. Vendittelli (gynécologue-obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand)**  
**N. Wirth (tabacologue, CHU, Nancy)**

# **DONNÉES PHYSIOLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES INFLUENÇANT LE COMPORTEMENT TABAGIQUE DE LA FEMME ENCEINTE**

**Paul BERVEILLER – Poissy**

**Paul GUERBY - Toulouse**

# DONNÉES PHYSIOLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENT TABAGIQUE

- **Nicotine: substance addictive principale contenue dans le tabac**
- **Action très rapide via la dopamine (récepteur à l'acétylcholine)**
- **Demi-vie courte (2h)**
- **Métabolisme essentiellement hépatique (via cytochrome P450): transformation en cotinine**

# DONNÉES PHYSIOLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENT TABAGIQUE

- **Métabolisme de la nicotine augmenté chez la femme enceinte**

- Via l'augmentation de l'activité des cytochromes

- ➔ ▪ Via l'augmentation du débit cardiaque

- ➔ **Comportement tabagique modifié**

- Dépendance nicotinique différente**

- Augmentation des syndromes de sevrage

- Augmentation de l'envie de fumer (sensation de manque)

- **Nécessité de prendre en compte ce métabolisme lors de la prescription d'un traitement de substitution nicotinique**

# MARQUEURS DU TABAGISME : MESURE DU CO EXPIRÉ



- **Bonne corrélation entre l'importance du tabagisme et la mesure de CO expiré**
- **Pas de preuve de diminution des complications obstétricales lors de son utilisation**
- **Mais utilisation simple, non invasif, utile en pratique courante**
- **Permet :**
  - **Donner une valeur instantanée de l'intoxication tabagique**
  - **Point de départ au dialogue et à la prise en charge**
  - **Valoriser la réalité du sevrage**

# ÉVALUATION DE L'EXPOSITION AU TABAC ET DE LA DÉPENDANCE TABAGIQUE

- **Questionnaires les plus utilisés**
  - = tests de Fagerström (FTCD, HSI...)
  - Bonne corrélation avec la concentration en cotinine
  - Fréquemment utilisés dans les études sur le tabagisme périnatal
  - Preuves de leur utilité pour
    - diminuer la consommation de tabac au cours de la grossesse
    - insuffisantes pour les recommander en pratique courante
  
- Critères diagnostiques de l'addiction du DSM-V à connaître



### Questions critères d'addiction du DSM-5

1	La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu	8	Il existe une utilisation répétée de la substance dans des situations ou cela peut être physiquement dangereux
2	Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cette substance	9	L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance
3	Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance, utiliser la substance ou récupérer de ses effets	10	Il existe une tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance
4	Il existe un craving ou une envie intense de consommer la substance	11	Il existe un sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : - syndrome de sevrage caractérisé à la substance - la substance (ou une substance proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
5	L'utilisation répétée de la substance conduit à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison		
6	Il existe une utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance		
7	Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance		

**Cotation : attribuer 1 point en cas de réponse « oui ». Le score total au questionnaire est obtenu par la somme des points aux différents items.**

**Score < 2 : Absence d'addiction**

**Score de 2 à 3 : Addiction légère**

**Score de 4 à 5 : Addiction modérée**

**Score ≥ 6 : Addiction sévère**

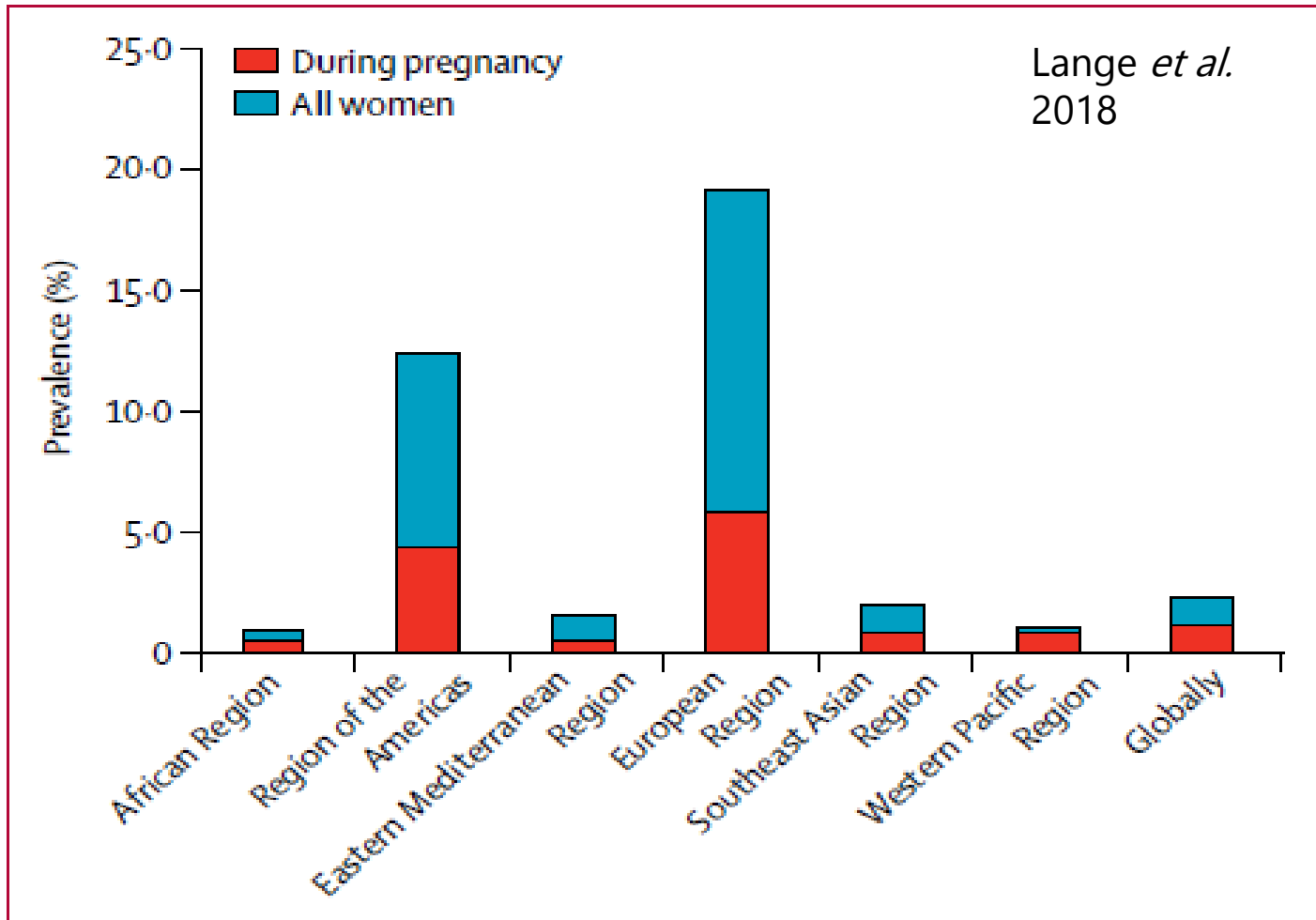
# **ÉPIDÉMIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE DE LA CONSOMMATION DE TABAC AU COURS DE LA GROSSESSE (HORS COADDICTIONS)**

**Vincent Dochez  
CHU Nantes**

# PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE TABAC PENDANT LA GROSSESSE

## Dans le monde :

- 1,7% (IC 95% 0,0 - 4,5%)



# PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE TABAC PENDANT LA GROSSESSE

Lange *et al.*  
2018

Dans le monde :

1,7%

(IC 95% 0,0 – 4,5%)

France au 13<sup>ème</sup> rang  
mondial : 19,7%

(IC 95% 15,6 – 24,0%)

Australie : 24%

(IC 95% 19,1 – 30,2%)

Nouvelle-Zélande: 22%

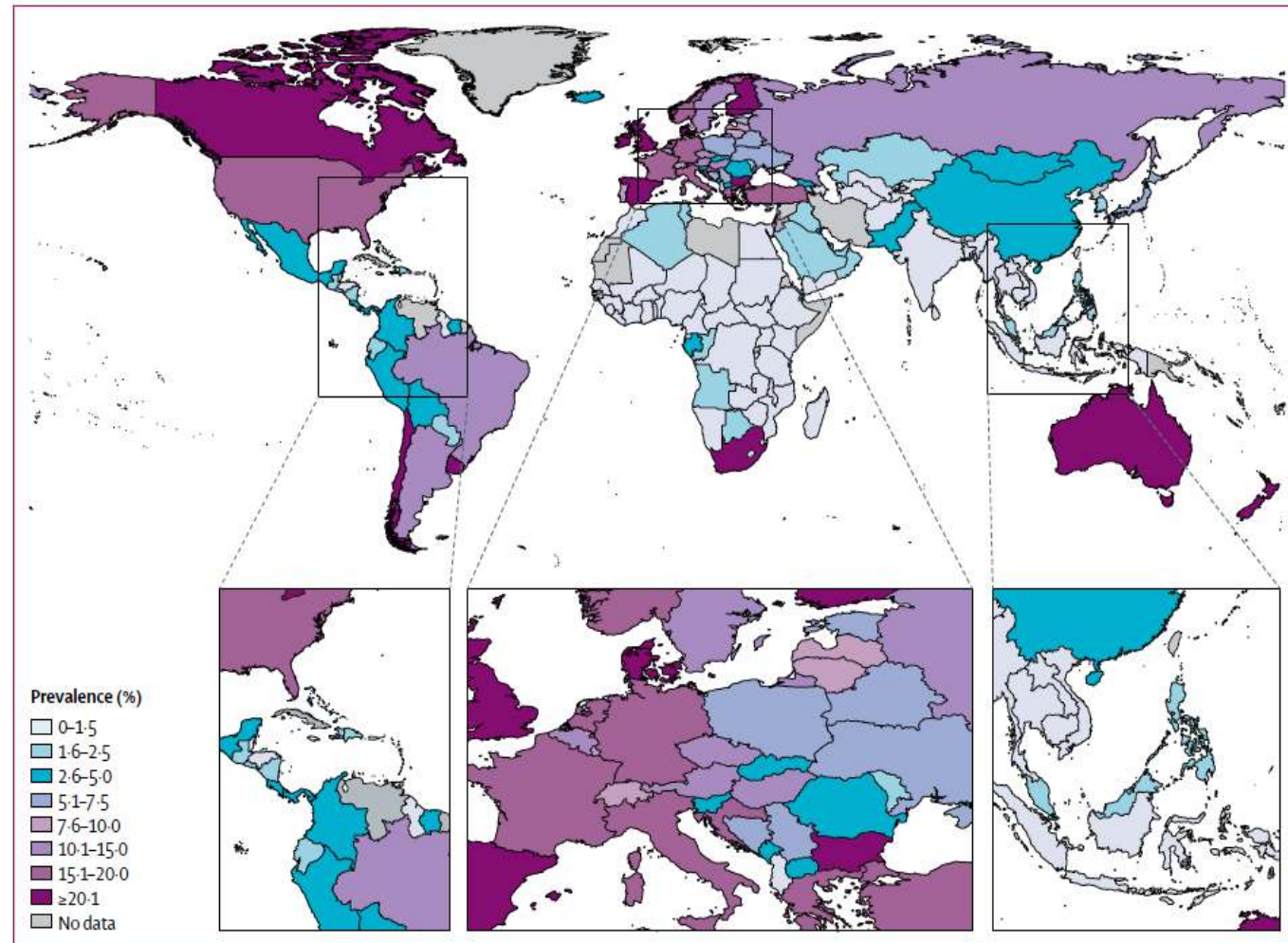
(IC 95% 14,5 – 30,4%)

Canada : 21%

(IC 95% 17,8 – 24,2%)

Etats-Unis : 17%

(IC 95% 16,0% - 18,8%)



# PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE TABAC PENDANT LA GROSSESSE

En Europe :

8,1%

(IC 95% 4,0 –  
12,2%)

France au 7<sup>ème</sup>  
rang européen  
19,7%

Irlande 38,4%

Espagne  
26,0%

Allemagne 16,6%

Suède  
10,9%

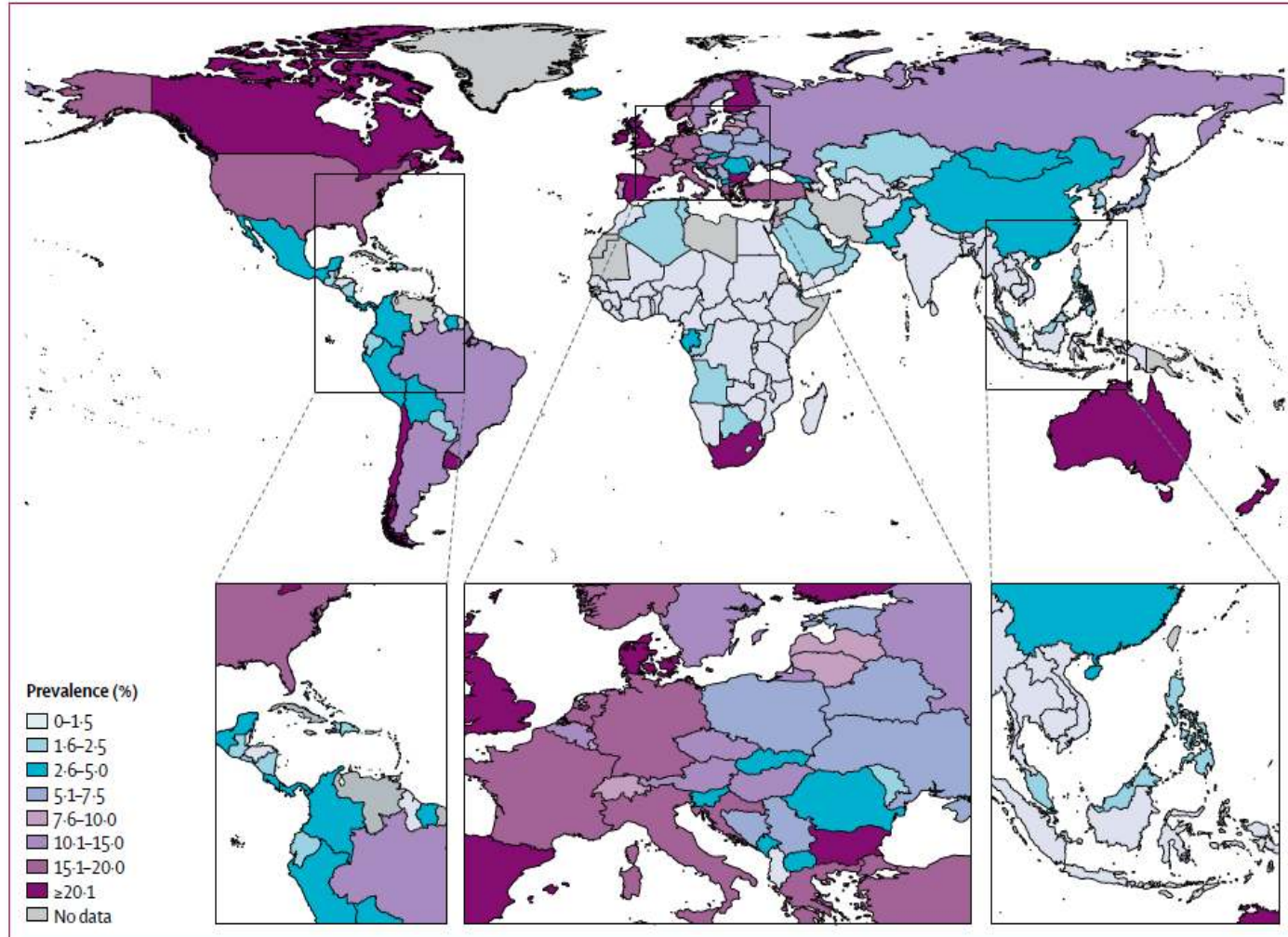


Figure 2: Global prevalence of smoking during pregnancy in 2015

# PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE TABAC PENDANT LA GROSSESSE

## En France :

- **30,0% avant la grossesse**
- **20 à 24% au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse**
- **14 à 20% au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse**

## Grande disparité selon les régions et départements

- **France métropolitaine : 16,6%**
  - **Bretagne : 24,0%**
  - **Normandie : 22,3%**
  - **Hauts de France : 21,1%**
  - ...
- **Région parisienne : 9,4%**
- **régions d'outre-mer : 5,2%**

# FACTEURS DE RISQUE DE TABAGISME

## Facteurs de risque de tabagisme pendant la grossesse :

- Âge jeune
- Faible niveau d'instruction
- Primiparité
- Origine géographique de France métropolitaine
- Absence de profession
- Conjoint fumeur
- Absence de conjoint
- Dépression associée

## Facteurs de risque d'échec de sevrage au cours de la grossesse :

- Mêmes facteurs (OR entre 1,08 et 2,30)
- En plus: multiparité (OR=2,47; IC 95% 1,93 – 3,15)

# LA GROSSESSE, UN MOMENT PROPICE POUR LE SEVRAGE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ?

## Etablissements de santé :

- Pas de consultation tabacologie pour 23% des maternités ayant répondu à l'ENP 2016
- Différences selon le profil de l'établissement
  - Maternité de type I: 34%
  - Maternité de type IIA: 23%
  - Maternité de type IIB: 8%
  - Maternité de type III: 4%
  - Pas de consultation pour 3 établissements avec > 3500 accouchements par an

## Femmes enceintes :

- 80% de femmes interrogées sur leur consommation pendant la grossesse
- Seules 46,3% ont reçu des conseils pour l'aide au sevrage tabagique

## Recommandations HAS 2014:

- Consultation pré-conceptionnelle ou grossesse : identifier/repérer consommation de tabac
- Chez la femme et son conjoint

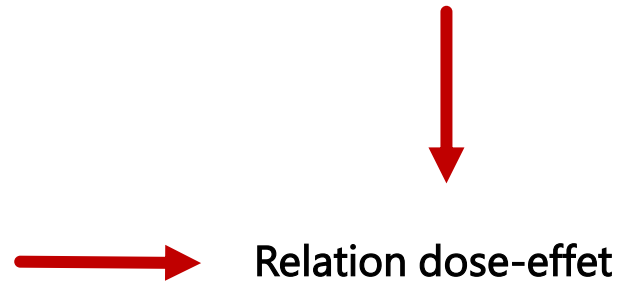


# **CONSÉQUENCES DU TABAGISME ACTIF CHEZ LA FEMME ENCEINTE**

**Caroline Diguisto  
CHU Tours**

# RISQUES ASSOCIÉS AU TABAGISME ACTIF PENDANT LA GROSSESSE

- Fausse couche précoce (expulsion spontanée d'une grossesse intra utérine avant 14 SA)
- Grossesse extra-utérine
- Anomalies congénitales
  - Cardiopathies, anomalie de la face, laparoschisis
- Hématome rétro placentaire
- Placenta prævia
- Mort Foetale In Utero
- Prématurité
- Réduction du poids de naissance



# RÉDUCTION DES RISQUES ASSOCIÉE AU TABAGISME ACTIF PENDANT LA GROSSESSE

- Hypospadias
- Anomalie cutanée
- Prééclampsie

# ACCOUCHEMENT ET POST-PARTUM

Un tabagisme actif pendant la grossesse est associé à un risque augmenté de

- Naissance par césarienne  
(femmes qui fument > 10 cigarettes par jour)
- Thrombose veineuse profonde dans le post-partum

# **TABAGISME PASSIF**

**Emmanuel Rault**

**Hôpital Mère-Enfant, Hospices Civils de Lyon**

# TABAGISME PASSIF

## Définition

- Exposition à la fumée dégagée par les produits du tabac
  - Fumée primaire : fumée expirée par le fumeur
  - Fumée secondaire : fumée émanant d'une cigarette en combustion
  - Fumée tertiaire : fumée présente dans l'environnement

## Prévalence

- Très peu de données sur la prévalence chez la femme enceinte
  - 32% des femmes en Europe
  - Taux de prévalence très hétérogène dans la littérature
  
- Semble concerner une majorité de femmes enceintes, environ 55% ?

# SOURCES ET LIEUX D'EXPOSITION

Lieux d'exposition	Augmentation du taux de cotinine urinaire (ng/mL)	Effet sur la grossesse
○ Domicile	6,02	Prématurité OR 1,16 [IC95% 1,05-1,29]
○ Voiture	7,01	Pas de données
○ Travail	2,84	Non démontré
○ Lieux publics	3,51	Non démontré

## Sources d'exposition

- Plus les sources d'exposition sont nombreuses plus les taux urinaires de cotinine sont élevés (NP2)
- Eviction complète au domicile plus efficace qu'une éviction incomplète sur l'exposition au tabagisme passif (NP3)

**Recommandation** ○ Il est recommandé de conseiller aux femmes et à l'entourage de créer un environnement sans tabac, particulièrement au domicile et dans la voiture (AP)

# FACTEURS DE RISQUES ASSOCIÉS AU TABAGISME PASSIF

	OR	IC 95%	NP
○ <b>Présence d'un conjoint fumeur</b>	<b>9,0</b>	<b>8,0 – 10,1</b>	<b>NP4</b>
○ <b>Population jeune (&gt;25 ans)</b>	<b>3,6</b>	<b>1,1 – 11,6</b>	<b>NP4</b>
○ <b>Tabagisme ancien</b>	<b>1,80</b>	<b>1,4 – 2,4</b>	<b>NP4</b>
○ <b>Niveau socio-économique bas</b>	<b>1,53</b>	<b>1,09 – 2,15</b>	<b>NP4</b>
○ <b>Niveau d'enseignement faible</b>	<b>1,57</b>	<b>1,2 – 2,1</b>	<b>NP4</b>



# RISQUES LIÉS AU TABAGISME PASSIF

	OR	IC 95%	NP
○ MFIU	1,23	1,1 – 1,4	NP2
○ Poids de naissance < 2500g	1,32	1,1 – 1,6	NP2
○ Réduction du poids de naissance	33g	15,7 – 51,3	NP2
○ Prématurité	1,20	1,1 – 1,3	NP1
○ Toutes malformations	1,13	1,1 – 1,3	NP2
Anomalies de fermeture du tube neural	1,55	1,3 – 1,9	NP2
Fentes labio-palatines	1,25	1,1 – 1,4	NP2

# PRISE EN CHARGE DE L'EXPOSITION AU TABAGISME PASSIF

## Conseils

- Pas de bénéfice démontré à une intervention brève sur le taux d'exposition au tabagisme passif et sur l'attitude des femmes enceintes vis-à-vis d'un environnement fumeur (NP2)

## Méthodes comportementales

- Pas de bénéfice démontré dans la population générale (NP2)
- Bénéfice démontré dans une population spécifique (NP2)
  - Population de femmes enceintes américaines d'origine africaine présentant un des facteurs de risques suivants : tabagisme, dépression, violences conjugales, exposition au tabagisme actif
  - Intervention : méthodes comportementales visant à négocier avec l'entourage pour diminuer l'exposition au tabagisme passif
  - Effet sur l'exposition au tabac et sur la grossesse (analyse secondaire) :
    - Diminution significative de l'exposition au tabagisme
    - Réduction du taux de prématurité avant 34 SA
    - Réduction du taux de poids de naissance inférieure à 1500g

## Prise en charge du conjoint fumeur

- Montre un bénéfice sur l'arrêt du tabac en cours de grossesse mais pas sur le devenir de la grossesse (NP2)

# RECOMMANDATION SUR LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME PASSIF

- Aucune prise en charge spécifique ne peut être recommandée à l'ensemble des femmes enceintes exposées au tabagisme passif
- Dans une population spécifique de femmes enceintes présentant des vulnérabilités, une approche comportementale, visant à leur apprendre à négocier avec leur entourage, peut être bénéfique afin de diminuer les effets du tabagisme passif sur la grossesse
- Au vu des bénéfices potentiels sur la santé de la femme enceinte, du fœtus, du nouveau-né et de l'entourage lui-même, il est recommandé de dispenser un conseil minimal d'arrêt du tabac à l'entourage des femmes enceintes (AP)

# **TABAGISME *PENDANT LA* GROSSESSE IMPACT SUR L'ENFANT DE LA NAISSANCE À L'ÂGE ADULTE**

**Héloïse Torchin**  
**Pédiatre Port Royal APHP**

# INTRODUCTION

## TABAGISME *PENDANT LA* GROSSESSE

Tabagisme passif  
pour le fœtus

- Passage des composants de la fumée du tabac dans la circulation fœtale et le liquide amniotique
- Complications obstétricales
- **Conséquences chez l'enfant**

Difficultés  
méthodologiques

- Distinguer les conséquences de l'exposition in utero // du tabagisme environnemental pendant l'enfance
- Prendre en compte les facteurs génétiques et environnementaux partagés entre la mère et l'enfant

# MORT INATTENDUE DU NOURRISSON (MIN) TABAGISME *PENDANT LA GROSSESSE*

## Définition

- Décès avant l'âge de 2 ans restant inexpliqué après les investigations post mortem

## Epidémiologie

- 1<sup>ère</sup> cause de décès des enfants entre 1 mois et 1 an
- En France : MIN avant 1 an = 0,4/1000 naissances vivantes

## Lien avec le tabagisme

- ↗ Risque de mort inattendue du nourrisson (NP2) - RR x2 à x4

- Arguments en faveur d'un lien de causalité

- Physiopathologie / Effet dose-dépendant / Impact de la diminution ou de l'arrêt du tabac

# CONSÉQUENCES RESPIRATOIRES TABAGISME *PENDANT* LA GROSSESSE

## Physiopathologie

- Modifications de la structure et du métabolisme du poumon en développement?
- Impact modulé par facteurs de susceptibilité génétiques / épigénétiques?

## Lien avec le tabagisme

- ↘ **Fonction respiratoire dès la naissance (NP2)**
  - Effet semblant persister jusqu'à l'âge adulte
- ↗ **Infections respiratoires basses dans les premières années de vie (NP2)**
- ↗ **Asthme / symptômes respiratoires dans l'enfance (NP2)**

# TROUBLES NEURO-DÉVELOPPEMENTAUX TABAGISME *PENDANT* LA GROSSESSE

## Physiopathologie

- Modifications de l'activité de différents récepteurs / des circuits de la dopamine (« circuit de récompense »)
- Modulation de l'expression du génome / de la prolifération et de la différenciation cellulaire
- Phénomènes hypoxiques ou ischémiques (vasoconstriction artérielle)

## Lien avec le tabagisme



- Analyses non ajustées : associations significatives avec
  - Quotient intellectuel / déficits cognitifs (NP3)
  - Troubles du comportement (troubles de déficit de l'attention / hyperactivité++) (NP2)
  - Performances scolaires (NP3)

- Différences non mesurées entre femmes fumeuses poursuivant leur consommation et femmes non fumeuses
- Associations en partie expliquées par facteurs génétiques et environnementaux?



# COMPLICATIONS MÉTABOLIQUES TABAGISME *PENDANT* LA GROSSESSE

## Epidémiologie

- Obésité chez l'enfant (5-19 ans) en 2016 au niveau mondial
  - Filles : 5,6% [4,8-6,5] (50 millions) / Garçons : 7,8% [6,7-9,1] (74 millions)
- Conséquences délétères multiples sur la santé physique et psychique de l'enfant

## Lien avec le tabagisme



- ↗ **surpoids et obésité chez l'enfant exposé (NP2)**
- **Arguments en faveur d'un lien de causalité**
  - Physiopathologie / Effet dose-dépendant / Etudes de fratries (prise en compte partielle des facteurs génétiques / environnementaux)
- **Difficile d'écarter totalement la possibilité d'un biais de confusion résiduel**
  - Facteurs génétiques /environnementaux / socio-économiques

- **Pas d'association avec le risque de diabète de type 1 ou 2 (NP3)**
- ↗ **modeste de PAS chez l'enfant exposé (NP3) / pas montré à l'âge l'adulte (NP3)**

# AUTRES CONSÉQUENCES TABAGISME *PENDANT* LA GROSSESSE

## Cancers

- ↗ Tumeurs du système nerveux central (neuroblastomes) (NP3)
- Pas d'association avec leucémies (NP3)

## Fertilité

- ↘ Fertilité de l'enfant à naître (filles et garçons)? (NP3)
  - Peu de données

## Consommation tabagique (génération suivante)

- ↗ Risque de consommation tabagique / de dépendance à la nicotine / d'initiation précoce au tabac (NP2)
  - Expliqué en partie par des facteurs génétiques et/ou d'environnement familial
  - Implications importante en termes de santé publique

## Effets transgénérationnels

- ↗ Risque d'asthme chez les petits-enfants? (NP4)
  - Peu de données

# CONCLUSION

- **Tabagisme *pendant* la grossesse associé à de nombreux effets délétères chez l'enfant**
- **Facteur modifiable majeur de morbidité maternelle et fœtale**
- **Nécessité de poursuivre la recherche avec cohortes de grande ampleur et suivis de longue durée**
- **Importance de la prévention du tabagisme chez les femmes en âge de procréer / du dépistage et du soutien au sevrage tabagique avant et pendant la grossesse**

# **POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE DU TABAGISME AU COURS DE LA GROSSESSE**

**Antoine Koch**  
**Strasbourg**

# TABAGISME AU COURS DE LA GROSSESSE

○ actuellement : Prise en charge *individuelle*

○ Or réel problème de Santé Publique :

- Prévalence élevée
- Répercussions maternelles
- Répercussions fœtales



○ Prise en charge *systematisée* à l'échelle de la population ?

# RECOMMANDATIONS

## ○ France, HAS :

- Interrogatoire systématique sur la consommation de tabac.
- +/- CO expiré (seuil à 10 ppm)
- Si tabagisme : PEC (pharmacologique ou non), mais pas de stratégie



## ○ Angleterre, Nice

(National Institut for Health and Care Excellence) :

- PEC plus systématisée



# NICE

- CO expiré (seuil à 7 ppm).
- **Adresser les femmes enceintes fumeuses vers les Stop Smoking Services (SSS) :**
  - Thérapie de soutien comportementale.
  - Traitements de substitution nicotinique si besoin.
- **Adhésion insuffisante : 1 FEF/7.**



# AMÉLIORER L'ADHÉSION AU PROGRAMME

- **Adresser systématiquement les femmes enceintes fumeuses...**

- ... et les **relancer** (appels, courriers) (NP3) :

- Amélioration du sevrage tabagique

(ORa = 1,81 ; IC95 % 1,54 – 2,12)



- **Coût supplémentaire : 1 172 € par femme enceinte fumeuse arrêtant de fumer**

- **Coût social du tabac en France : 120 milliards € en 2015.**

- Quelle est la part du tabagisme au cours de la grossesse sur ce coût ?
- Réduction de ce coût si prise en charge systématique au cours de la grossesse ?



# PROPOSITION DE PEC EN FRANCE

- **Dépistage systématique des FEF (à chaque consultation) (Grade C) :**
  - Interrogatoire
  - CO expiré
  
- **Adresser systématiquement vers un réseau de soins dédié (Grade C)**
  
- **Solliciter les FEF à les y intégrer (Grade C)**

**Nécessité de développer ces réseaux de soins (Accord Professionnel)**

# **PRISE EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUE DU SEVRAGE TABAGIQUE PENDANT LA GROSSESSE**

**Violaine Peyronnet**

**Hôpital Louis Mourier APHP**

# LE « CONSEIL »

## Définition

- Terme vaste pouvant regrouper les différents types de conseils (minimal, entretien motivationnel, thérapies, soutien comportemental) délivrés par une tierce personne
- Individuel ou fait en groupe, en face à face ou par téléphone

## Evaluation

- Un bénéfice par rapport aux pratiques habituelles des équipes sur le taux de sevrage en fin de grossesse (NP1).

**Pas de supériorité d'une technique plutôt qu'une autre**

- Semble également avoir un bénéfice, bien que modéré sur le poids de naissance et le taux de naissances prématurées (NP2)

## Recommandation

- Il est recommandé de réaliser “un conseil” (“*counselling*”) à toute femme enceinte fumeuse afin de favoriser le sevrage (Grade A)

# LES DIFFÉRENTS TYPES DE « CONSEIL »

## Conseil minimal, Intervention brève

- Définitions
- Le conseil minimal: « Fumez-vous actuellement ? » et « Souhaitez-vous arrêter de fumer ? »
  - Intervention brève: 5A's pour « ask, advice, assess, assist, arrange »
- Evaluation
- Améliore l'information délivrée aux femmes enceintes mais pas d'efficacité sur l'arrêt du tabac (NP2). Permet d'organiser une prise en charge adaptée

## Entretien motivationnel

- Définition
- Exploration *empathique* de l'ambivalence du fumeur face au changement avec un *partenariat coopératif* et collaboratif valorisant son autonomie. L'EM est directionnel et vise à augmenter la motivation au changement et la *confiance* du sujet en s'appuyant sur ses propres perceptions



- Evaluation
- L'efficacité dans le sevrage tabagique bien que démontrée en population générale, ne l'a pas été pendant la grossesse (NP2)

# LES DIFFÉRENTS TYPES DE « CONSEIL »

## Soutien psychologique ou comportemental

- Définitions
- **Techniques plus personnalisées incluant: les interventions de soutien, la psychothérapie de soutien, le soutien comportemental, les thérapies cognitivo-comportementales**
- Evaluation
- **Ne semblent pas montrer de supériorité de ces techniques par rapport aux prises en charges usuelles chez la femme enceinte (NP2)**
  - **Le bénéfice de ces techniques dépend de la demande de la fumeuse enceinte et de son adhésion à la prise en charge, de son suivi global, du professionnel et de la relation thérapeutique de ce professionnel avec la femme enceinte**

## Recommandation finale

- **Un *interrogatoire systématique* sur la consommation potentielle de tabac et en cas de consommation le détail de *l'histoire* tabagique doit être réalisé pour proposer les différents types de conseils selon la demande des patientes et les prendre en charge de façon multidisciplinaire (Grade A)**

# LES INCITATIONS FINANCIÈRES

- Définition
- Pour encourager le recrutement dans un programme de sevrage, récompenser le suivi ou l'abstinence
  - Paiements en espèces, bons d'achats, primes, articles promotionnels
  - Conditionnées ou non à l'abstinence
- Évaluation
- Ces mesures, en particulier les incitations conditionnées à l'abstinence présentent un bénéfice en termes de sevrage tabagique en fin de grossesse et éventuellement d'issues néonatales avec un coût/bénéfice en faveur de l'aide au sevrage (NP1)

- La réalisation d'expérimentations sur la mise en place pratique de ces méthodes et sur l'évaluation coût/efficacité en France permettra d'établir des recommandations

# LE RÉTROCONTRÔLE



## Définition

- Fournir un retour d'information sur la consommation tabagique via des marqueurs biologiques :
  - Mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré
  - Cotinine urinaire
  - Retour sur les potentiels effets négatifs du tabagisme pour la santé maternelle et celle du fœtus (échographies)

## Evaluation

- ~~Résultats très décevants pour le sevrage (NP2)~~

## Recommandation

- L'utilisation systématique n'est pas recommandée (Grade C)
- L'expérience clinique suggère cependant que le CO testeur est important dans l'alliance thérapeutique avec la femme enceinte fumeuse (Accord professionnel)



# LES MÉTHODES D'AUTO-SUPPORT



## Définition

- Ne nécessitant pas l'aide de professionnels de santé ou de soutien en groupe
- Brochures, manuels avec des programmes structurés (écrit, applications, vidéos) via le téléphone, le smartphone ou internet

## Evaluation

- Semblent globalement plus efficaces que l'absence d'intervention pour aider au sevrage tabagique chez la femme enceinte (NP2) mais leur bénéfice en complément des autres moyens de prise en charge est peu étudié

## Recommandation

- L'utilisation des méthodes d'auto-support dans leur ensemble chez la femme enceinte fumeuse est recommandée afin d'améliorer le taux de sevrage (Grade C)

[www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)





# L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

## Définition

- Comprend les possibilités d'apprendre pour améliorer les compétences des individus en matière de santé, et ainsi favoriser la santé des individus et des communautés
- Via messages, lettres, SMS, information en consultation



## Evaluation

- L'éducation à la santé sous ses différentes formes semblerait avoir un effet positif sur l'arrêt du tabac (NP2)

## Recommandation

- L'éducation à la santé est recommandée à toutes les femmes enceintes, au même titre que les différentes prises en charges ayant démontré leur efficacité (Grade B)



[www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)



# PRISES EN CHARGE «ALTERNATIVES/COMPLÉMENTAIRES»

## Définition

- Acupuncture
- Hypnose
- Activité physique



## Evaluation

- Les effets de l'hypnothérapie et de l'acupuncture sur le sevrage tabagique n'ont peu ou pas été étudiés chez les femmes enceintes fumeuses
- La pratique d'une activité physique modérée associée à des séances de soutien comportemental n'a pas montré d'effet significatif statistiquement sur l'arrêt du tabac chez les femmes enceintes (NP2), mais permet une diminution significative du craving (NP3)

[www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)

# **PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU TABAGISME AU COURS DE LA GROSSESSE**

**Julie Blanc  
Marseille**

# TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION NICOTINIQUES (TSN)



- TSN d'action rapide permettant un auto-titrage:  
Voie buccale



- TSN à délivrance continue:  
Voie transdermique, 16 ou 24 heures

# IMPACT DES TSN SUR LE TAUX D'ABSTINENCE

- **En Préconceptionnel:**

**Les données sont inexistantes concernant l'impact des TSN**

- **Pendant la grossesse:**

- *Etudes randomisées en double aveugle contre placebo:*

**La prescription de TSN n'est pas significativement associée à une abstinence tabagique (NP1)**

- *Totalité des études:*

**La prescription de TSN est associée à une abstinence tabagique (RR 1.32-1.80) (NP2)**

- **En post-partum:**

**La prescription de TSN pendant la grossesse n'est pas associée à une abstinence tabagique en post-partum (NP1)**

# IMPACT DES TSN SUR LA GROSSESSE

- **Effets indésirables potentiels:**
  - **La prescription de TSN peut être associée à la survenue d'effets indésirables non graves (céphalées, nausées, vomissements,...)(NP2)**
  - **Le risque d'effets indésirables n'est pas augmenté par la grossesse (NP2)**
  
- **Malformations congénitales et avortements spontanés:**
  - **La prescription de TSN n'est pas associée à un sur-risque d'avortement spontané (NP2)**
  - **Les données sont insuffisantes pour établir un sur-risque entre prescription de TSN et malformations congénitales**

# ISSUES OBSTÉTRICALES, NÉONATALES ET PÉDIATRIQUES

- **Risque d'accouchement prématuré:**

La prescription de TSN est associée à une **réduction du risque d'accouchement prématuré** versus placebo (NP2)

- **Issues néonatales:**

Les données sont insuffisantes

- **Scores de développement à 2 ans:**

La prescription de TSN (par une baisse de la consommation tabagique) pourrait être associée à des **scores de développement meilleurs à 2 ans** chez les enfants nés de femmes fumeuses ayant reçu des TSN versus placebo pendant la grossesse (NP2)

# MODALITÉS DE PRESCRIPTION DES TSN

- AMM en 1997
- Vente libre depuis 2000
- Remboursement depuis Janvier 2019
  
- Pictogrammes non justifiés par les résultats de la revue de la littérature



- Prescripteurs:

Médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste, infirmier.e, kinésithérapeute



# MODALITÉS DE PRESCRIPTION DES TSN

- **La prescription de TSN peut être proposée à toute femme enceinte fumeuse ayant échoué à un sevrage spontané sans TSN (GRADE B)**
  - **Les données de la littérature ne permettent pas de recommander une forme galénique plus qu'une autre ni une durée de traitement optimale (Accord professionnel)**
- **Cette prescription peut être initiée par le professionnel prenant en charge la femme enceinte en début de grossesse (Accord professionnel)**
- **Il est recommandé d'orienter la femme enceinte vers un spécialiste en tabacologie pour évaluer et adapter la prescription initiale (Accord professionnel)**
  - **Le maintien du TSN en cas de faux pas est associé avec une réduction de la consommation tabagique (NP3)**
- **Ces éléments suggèrent qu'en cas de faux pas ou de reprise tabagique, il est recommandé de poursuivre la substitution nicotinique (GRADE C)**

# PRESCRIPTIONS NON NICOTINIQUES

- **En l'absence de données, les prescriptions non nicotiques de deuxième intention, nortriptyline ou clonidine, ne sont pas recommandées pendant la grossesse (Accord professionnel)**
- **Les données disponibles sont insuffisantes et de faible niveau de preuve pour évaluer l'impact du bupropion pendant les trois trimestres de la grossesse, et en particulier les conséquences néonatales**

**De ce fait, le bupropion n'est pas recommandé pour l'aide au sevrage tabagique chez la femme enceinte (GRADE C)**

- **Les données disponibles sont insuffisantes et de faible niveau de preuve pour évaluer l'impact de la varénicline pendant les trois trimestres de la grossesse, et en particulier les conséquences néonatales**

**Pour cette raison, la varénicline n'est pas recommandé pour l'aide au sevrage tabagique chez la femme enceinte (Accord professionnel)**

# **AUTRES MÉTHODES DE CONSOMMATION PENDANT LA GROSSESSE**

**CIGARETTE ÉLECTRONIQUE  
TABAC CHAUFFÉ  
CHICHA  
SNUS**

**Charles Garabedian  
CHU Lille**

# SYSTÈMES ÉLECTRONIQUES ALTERNATIFS DE DÉLIVRANCE DE LA NICOTINE PRODUITS DE VAPOTAGE



Dispositifs non combustibles, composées d'une batterie, d'un microprocesseur, d'un bouton d'activation, d'un élément chauffant et d'un réservoir contenant un liquide. Il peut contenir ou non de la nicotine et des agents aromatisants. Le liquide est un solvant organique contenant du propylène glycol et / ou du glycérol en proportion variable et parfois de l'éthanol.



e-cigarette portable, rectangulaire et plate, ressemblant à une clé USB, avec une cartouche de liquide pré-remplie (composition à base de sels nicotiniques)

# SYSTÈMES ÉLECTRONIQUES ALTERNATIFS DE DÉLIVRANCE DE LA NICOTINE PRODUITS DE VAPOTAGE



En l'état actuel des connaissances, il convient de respecter le principe de précaution. Il est recommandé de déconseiller l'initiation ou la poursuite des produits de vapotage pendant la grossesse (accord professionnel).



Chez les utilisatrices de produits de vapotage, il est recommandé de dispenser les mêmes conseils de sevrage que pour le tabagisme (accord professionnel).

## AUTRES MÉTHODES DE CONSOMMATION CONTENANT DU TABAC



Impact négatif sur la croissance foetale  
Il est recommandé de ne pas utiliser la chicha pendant la grossesse  
(Grade C)



Tabac chauffé (*heat not-burn*): aucune donnée



Sur risque de prématurité, de petit poids pour l'âge gestationnel, de mort foetale in utero et d'apnée néonatale.

# **TABAGISME ET ALLAITEMENT**

**Maela Le Lous**  
**Rennes**

# ÉPIDÉMIOLOGIE DONNÉES DE L'ENP 2016

	<b>allaitement maternel exclusif</b>
○ <b>Non fumeuses :</b>	<b>56,0 %</b>
○ <b>entre 1 et 9 cigarettes au 3<sup>e</sup> trimestre :</b>	<b>38,5 %</b>
○ <b>10 cigarettes ou plus au 3<sup>e</sup> trimestre :</b>	<b>28,5 %</b>



# MODIFICATIONS DE LA COMPOSITION DU LAIT EN CAS DE TABAGISME

- **Le taux de lipides, protides, vitamine C et de certaines substances immunitaires est abaissé**
- **La nicotine et ses métabolites du tabac passent dans le lait maternel**
- **la nicotine est métabolisée plus lentement par l'enfant que par sa mère**
- **Le sevrage tabagique est donc conseillé**

# PRISE EN CHARGE DES FEMMES TABAGIQUES QUI ALLAITENT

- **L'utilisation des traitements substitutifs nicotiques est possible pendant l'allaitement (Accord Professionnel)**



- **En l'absence de données, le bupropion (Zyban®) et la varénicline (Champix®) ne sont pas recommandés chez la femme qui allaite**

**(Accord Professionnel)**

# PRISE EN CHARGE DES FEMMES TABAGIQUES QUI ALLAITENT

- **Un intervalle prolongé entre la cigarette et la tétée permet de réduire la concentration de nicotine dans le lait (NP4).**
- **Aux femmes fumeuses non sevrées qui allaitent, il est recommandé de ne pas fumer juste avant la tétée (Accord professionnel).**



# BÉNÉFICES DE L'ALLAITEMENT POUR L'ENFANT D'UNE FEMME FUMEUSE

- **le tabagisme maternel pendant le post-partum augmente les risques de infection respiratoire basse et d'asthme dans l'enfance (NP2)**  
**déficit cognitif (NP3)**  
**coliques du nourrisson (NP2)**  
**obésité (NP2)**  
**mort inattendue du nourrisson (NP2)**
- **L'allaitement maternel réduit ces risques en population générale.**
- **Il n'existe pas de preuve formelle de l'effet protecteur de l'allaitement maternel dans la population des femmes fumeuses concernant ces risques**
- **Il n'est donc pas recommandé de faire intervenir le statut tabagique dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né. (Accord Professionnel)**

# BÉNÉFICES POUR LA MÈRE

- **L'allaitement maternel est un facteur associé à la réduction de la consommation tabagique et/ou au sevrage (NP2)**
- **Afin de limiter la consommation tabagique, il est recommandé de promouvoir l'allaitement maternel chez les femmes non sevrées (grade B)**

# **POST-PARTUM : GESTION DU RISQUE DE REPRISE DU TABAGISME**

**E. Perdriolle-Galet et C. Bertholdt**  
**Maternité Universitaire de Nancy**

# TAUX DE REPRISE ET HYPOTHÈSES

- **Enquête nationale périnatale de 2016:**
  - **30,0% des femmes fumaient avant leur grossesse**
  - **45,8% ont arrêté de fumer au 1<sup>er</sup> ou au 2<sup>e</sup> trimestre**
- **82 % de reprise à 1 an selon le baromètre santé 2010**
- **Fausse croyance concernant l'aide qu'apporterait le tabac pour la gestion de l'arrivée d'un nouveau-né, du manque de sommeil, des sentiments négatifs ou de solitude**
- **Milieu social bénéfique pour le maintien de l'abstinence lorsque celui considère qu'une « bonne mère » est une mère non fumeuse (NP4)**
- **Inquiétude concernant le poids justifiée (+ 4-5kg à 6 mois chez les femmes abstinentes, (NP3)) mais pas de bénéfice prouvé à un accompagnement nutritionnel pour prévenir la reprise (NP2)**

# HYPOTHÈSES

- **Reprise du tabagisme dans le post-partum associée à de multiples représentations**
- **Pas de données suffisantes pour conclure concernant l'association entre la reprise de l'intoxication tabagique et ces représentations que sont notamment la qualité de vie, l'anxiété, la gestion du stress et le retour à un poids habituel (NP2)**



# **FACTEURS DE RISQUE DE REPRISE EN POSTPARTUM**

*Association significative avec un  $OR \geq 3$*

**Partenaire ou personne au foyer fumeur**

Intention d'arrêter uniquement pour le temps de la grossesse

Forte dépendance à la nicotine

Arrêt tabac < 1 mois avant début de grossesse

**Troubles anxieux / dépressifs**

Envies pressantes de fumer plusieurs fois par semaine

Fumer pour faire face à des situations stressantes

**Allaitement artificiel**

Multiparité

# INTERVENTIONS MÉDICAMENTEUSES

- **Traitements de substitution nicotinique (TSN)**
  - aucun effet indésirable attribuable à l'utilisation des TSN par la mère signalé chez les enfants allaités
  - Données peu nombreuses
  - *Pas de données concernant l'efficacité des substituts nicotiniques pour prévenir la reprise tabagique en post-partum*
  - *Poursuite ou initiation d'un TSN envisageable*
  
- **Varénicline (Champix ®)**
  - Contre-indiquée au cours de la grossesse
  - Aucune donnée sur son utilisation en post-partum

# INTERVENTIONS MÉDICAMENTEUSES

## ○ Bupropion (Zyban ®)

- Pas de données concernant l'utilisation du bupropion en période PP
- Pourrait être utilisé au cours de l'allaitement selon le CRAT mais utilisation non recommandée par la HAS

## ○ Progestérone

- Hypothèse = chute brutale de la progestéronémie après l'accouchement jouerait un rôle dans la reprise tabagique
- 2 études randomisées (faible effectif) : pas d'intérêt à la prescription systématique de progestérone mis en évidence (NP3)

- *Il n'est pas recommandé de prescrire de la varénicline ni du bupropion ni de la progestérone pour prévenir la reprise tabagique en post-partum (AP)*

# INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES

## ○ Conseil global

- **Systematiquement** : dans la continuité de celle réalisée au cours de la grossesse → pas évaluées isolément en PP mais efficacité en anténatal
- *Il est recommandé de proposer le conseil global pour prévenir la reprise du tabac en post-partum (Grade B)*
- *Pas de recommandation d'une technique plutôt qu'une autre*

## ○ Thérapies cognitives et comportementales

- Efficacité non démontrée pour le maintien de l'abstinence après l'accouchement, quel que soit le moment où cette thérapie a été initiée (avant, pendant, après la grossesse) (NP2)
- *Il n'est pas recommandé de proposer une thérapie cognitivo-comportementale pour prévenir la reprise tabagique en PP (Grade B)*

# INTERVENTIONS NON MÉDICAMENTEUSES

## ○ Incitations financières

- *Efficacité probable pour prévenir la reprise tabagique en post-partum (NP3)*
- *Données médico-économiques nécessaires pour évaluer leur coût / bénéfice*

## ○ Aide numérique

- **Multiple types de supports médiatiques : brochures spécialisées, réseaux sociaux ou applications de prévention pour smartphone**
- **Quelques études évaluant l'apport de supports médiatiques *Ne permet pas de conclure sur le bénéfice de l'aide numérique pour prévenir le risque de rechute en post-partum***

# CONCLUSION

- **Prévention de la reprise en PP non codifiée actuellement**
- **Conseil global à proposer**
- **Aucune méthode médicamenteuse ne peut être recommandée mais l'initiation ou la poursuite d'un TSN peut être envisagée**
- **Formation des professionnels**
- **Information des patientes sur les risques réels pour elle et leur enfant**
- **Repérage de facteurs favorisants et PEC des troubles relationnels et psychologiques surajoutés**
- **Allaitement maternel associé au maintien ou à l'allongement de la durée d'abstinence**

## RAPPORT D'EXPERTS ET RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME EN COURS DE GROSSESSE

1. La **prescription de nicotine** peut être proposée à toute femme enceinte fumeuse par le soignant de premier niveau
2. **Pictogrammes** sur les boîtes de nicotine : non justifiés par les résultats de la revue de la littérature
3. Il est recommandé de déconseiller l'initiation ou la poursuite des produits de **vapotage** pendant la grossesse. Il faut aussi garder du bon sens et ne pas favoriser la reprise du tabac pour les femmes qui vapotent
4. Le **maintien du traitement par nicotine en cas de faux pas ou de reprise** est associé avec une réduction de la consommation tabagique
5. **Allaitement** : Il n'est pas recommandé de faire intervenir le statut tabagique dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né
6. Une femme sevrée en cours de grossesse ne doit pas hésiter à consulter de façon spécifique son médecin ou un tabacologue pour anticiper les **risques de reprise** à moyen terme
7. Nécessité de développer des **réseaux de soins** : toute femme enceinte fumeuse doit avoir un contact avec un professionnel tabacologue

