

POURQUOI L'ABORDER ?

► 1. Épidémiologie

- En France, selon l'enquête Périnatal 2016, la prévalence de la consommation de tabac était estimée à 30 % avant la grossesse et à 16,5 % au 3^e trimestre

Tout usage de substances psychoactives durant la grossesse ou l'allaitement est considéré comme un usage à risque du fait de la toxicité de ces produits.

► 2. Les idées reçues

IDÉES REÇUES	RÉALITÉS
<i>Il vaut mieux fumer quelques cigarettes plutôt que d'être stressée pendant la grossesse</i>	LA RÉDUCTION MODULE LES IMPACTS, MAIS NE LES ANNULE PAS L'arrêt de consommation est bénéfique quel que soit le moment de la grossesse
<i>Les substituts nicotiques seraient contre-indiqués pendant la grossesse</i>	Les traitements de substitution nicotique (TSN) (<i>patch ou substituts oraux</i>) est possible pendant toute la grossesse et l'allaitement, et ce, malgré ce pictogramme remis en cause par le CRAT (<i>Centre de référence sur les Agents Tératogènes</i>) 
<i>Le tabagisme passif n'aurait pas d'impact ni sur la grossesse ni sur l'enfant</i>	Le tabac est le premier polluant évitable dans l'habitat impactant la santé de ses occupants. Monoxyde de carbone, nicotine, particules fines restent longtemps en suspension dans l'air ambiant d'un fumeur (vêtements, habitat, véhicule...)
<i>Je ne peux pas allaiter parce que je fume</i>	Le tabagisme n'est pas une contre-indication en soi. Mais il est indispensable de se faire accompagner pour arrêter ou limiter sa consommation de tabac.

► 3. Impacts du tabagisme passif et actif

- Le monoxyde de carbone (CO) prend la place de l'oxygène sur l'hémoglobine (*son affinité est 200 fois supérieure*) et entraîne une hypoxie placentaire et foetale. La fumée du tabac est composée de plus de 7000 substances dont beaucoup sont toxiques (*cadmium, plomb, nitrosamines...*)

Conséquences possibles :

- **Obstétricales** : grossesse extra-utérine, fausse couche spontanée, hématome rétro-placentaire et placenta bas inséré, accouchement prématuré et/ou rupture prématurée des membranes, etc.
- **Gynécologiques** : infertilité, cancers du sein et du col de l'utérus, risque thrombo-embolique si contraception, etc.
- **Fœtales** : retard de croissance intra utérin, augmentation de la mortalité périnatale, malformations, troubles du rythme cardiaque foetal, etc.
- **Pédiatriques** : irritabilité, infections ORL, bronchiolites et asthme, mort inopinée du nourrisson, diabète, obésité, etc.

**Le tabagisme augmente le risque pour l'enfant de développer une addiction au tabac.
L'arrêt de la consommation est bénéfique quel que soit le moment.**

COMMENT L'ABORDER ?

cf fiche n°1. Comment aborder les consommations ?

NB : Pensez, si nécessaire, à proposer une prise en charge à l'entourage de la femme.

Rechercher des vulnérabilités et consommations associées

Pour les femmes enceintes ou accouchées, appuyez-vous sur la consommation avant la grossesse, pour instituer le traitement.

► 1. S'enquérir du statut tabagique de la femme et de son accompagnant : Fumez-vous ?

- Une femme qui continue sa consommation de tabac alors qu'elle est enceinte est dépendante.
- Elle aura probablement ajusté sa consommation du fait de sa grossesse.

► 2. Si oui, évaluer la consommation en 2 questions afin d'ajuster le traitement de substitution

1. Combien de temps après le réveil avez-vous envie de fumer votre première cigarette ?

Envie dans l'heure qui suit le réveil, préférer les patchs sur 24h (possible chez la femme enceinte et allaitante).
Patchs à 7 mg ou 14 mg ou 21 mg/24h.

Envie au-delà d'une heure, préférer les patchs sur 16h : Patchs à 5mg ou 10 mg ou 15 mg ou 25 mg/16h.

2. Combien de cigarettes fumez-vous les jours où vous ne vous limitez pas ?

À titre indicatif et à réadapter quotidiennement en fonction des signes de sur ou sous dosage : **1 cigarette = 1 mg de nicotine**

A. Fume moins de 10 cigarettes par jour

Patch nicotinique : 5 ou 10 mg/16 h - 7 ou 14 mg/24 h

B. Fume entre 11 et 20 cigarettes par jour

Patch nicotinique : 10 ou 15 mg/16 h - 14 ou 21 mg/24 h

C. Fume entre 21 et 30 cigarettes par jour

Patch nicotinique : 25 mg/16 h - 21mg/24 h + 5 ou 10 mg/16 h
(Plusieurs patchs si besoin)

D. Fume plus de 31 cigarettes par jour :

Associer des patchs sur 24 heures et sur 16 heures et faire appel à l'addictologue. Formes orales si pulsion à fumer (jusqu'à 10/jour)

Pour les femmes enceintes, privilégier les patchs sur 16h.
Les patchs sont autorisés chez les femmes allaitantes.

► 3. Mesure du MONOXYDE DE CARBONE (CO)

• La mesure de CO est un marqueur biologique, non spécifique, de l'imprégnation tabagique, qui permet à la patiente et au professionnel, par le biais d'un testeur de CO, d'objectiver l'intoxication. C'est une aide supplémentaire à l'évaluation et au suivi engagé, utilisation à adapter selon la situation sanitaire.

CO < 5 ppm	Absence de tabagisme dans les 24h, oxygénation foetale normale
CO de 5 à 10 ppm	Tabagisme actif (TA) ou passif (TP)+, risque d'hypoxie foetale, impact sur le Rythme Cardiaque Foetal (RCF)
CO de 11 à 19 ppm	TA et/ou TP++, risque important d'hypoxie foetale et RCIU, augmentation du risque de RCF anormal
CO ≥ à 20 ppm	TA, risque très important de RCIU et de RCF anormal et de RCF anormal.

Remarque : Le taux de CO varie avec :

- le nombre de cigarettes fumées
- le type de tabac (1 cigarette roulée = 2 cigarettes manufacturées)
- l'intensité de l'inhalation (phénomène d'auto-titration).
- l'association de cannabis
- la consommation récente de menthol

QUELLES RÉPONSES APPORTER ?

AVANT L'ACCOUCHEMENT À CHAQUE CONSULTATION	SI CONSOMMATION ARRÊTÉE	SI CONSOMMATION POURSUIVIE
Encourager et informer (renforcer la motivation)	Souligner les efforts et les réussites, encourager, valoriser le positif (l'oxygénation foetale se normalise 24h après l'arrêt de la consommation). Questionner sur la connaissance des risques du tabagisme actif et passif, informer. Informer de l'existence de consultation de tabacologie de proximité.	
Suivre les consommations et traiter la dépendance	Suivi du maintien de l'arrêt. Si testeur de CO disponible, mesurer le CO à chaque consultation. Rechercher les signes de manque : irritabilité, insomnie, anxiété, dépression, envie de fumer...	Évaluer la consommation Mesurer le CO si testeur disponible. Proposer le traitement substitutif en fonction de la tolérance au manque Réévaluer le traitement 8 jours après. Avis spécialisé ou orientation si persistance d'une consommation importante (addictologue, tabacologue ou psychiatre)
Prendre en charge les co-morbidités Prendre en charge les risques surajoutés	En fonction de la nature des co-addictions (alcool, cannabis, médicaments...) des co-morbidités (anxiété, dépression,...) et du contexte social. Penser à rechercher des signes de vaginose bactérienne et de parodontite	
Suivre la grossesse (HAS 2016)	Faible niveau de risque. Suivi A* : par une SF, un gynécologue ou un médecin généraliste	Suivi A1** : avis spécialiste conseillé (obstétricien, addictologue, tabacologue...)
Accouchement	Si possible, mesurer le CO.	Évaluer la consommation et la dépendance : Fagerström simplifié, mesurer le CO. Mettre en place un TSN dès le début du travail ou avant une césarienne afin de limiter les effets sur le rythme cardiaque foetal
Allaitement	Encourager au maintien de l'arrêt tabac après l'accouchement pour favoriser la lactation	Favoriser l'allaitement : éviter de fumer avant et pendant la tétée. Proposer une orientation vers une consultation spécialisée, du soutien psychologique, thérapie cognitivo-comportementale... TSN possible. (Si forme orale, de préférence après la tétée)
Suites de naissance	Proposer une orientation vers une consultation spécialisée, du soutien psychologique, thérapie cognitivo-comportementale...	Organiser une consultation de tabacologie
Organisation de la sortie	TSN possible (Si forme orale, de préférence après la tétée)	
Contraception	Précautions relatives à la poursuite du tabagisme	

A* : selon le choix de la femme suivie régulier sage-femme ou médecin généraliste ou gynécologue

A1** : avis gynécologue ou autre spécialiste conseillé (HAS mai 2016 : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées)

CONCERNANT LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

Son usage est déconseillé par l'OMS pendant la grossesse et n'est pas reconnu comme traitement par l'HAS. Cependant il peut se présenter comme un moyen de réduction des risques liés au tabagisme (absence de monoxyde de carbone, de goudrons...).

Les risques liés aux produits utilisés n'étant pas encore tous connus, un usage respectueux du mode d'emploi de la cigarette électronique est indispensable, en l'état actuel des connaissances :

- Voltage < 4 Volt
- Ne pas avoir le réservoir vide
- Utilisation de e-liquides sans alcool tous aux normes AFNOR. Interdire cannabidiol, tétrahydrocannabinol.

- <https://tabac-info-service.fr/>
- Liste des substituts nicotiques remboursés : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/441422/document/listesubstitutifs-nicotiques_assurance-maladie_septembre_2020.pdf
- Centre ressource addictions et grossesse : www.crag-na.com
- Site RPNA <https://rpna.fr/>
- Site Addictoclic pour les ressources : <https://www.addictoclic.com/>