

Rapport d'experts et Recommandations

Prise en charge du tabagisme en cours de grossesse (texte court)

Elaborés par le Collège national des gynécologues
et obstétriciens français (CNGOF)
et la Société francophone de tabacologie (SFT),
avec le soutien financier de Santé publique France

Promoteur

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
91 boulevard de Sébastopol – 75002 Paris

Sociétés savantes et associations collaboratrices

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'étude grossesse et addiction
RESPADD, Réseau de prévention des addictions
SFP, Société française de pédiatrie

Experts du groupe de travail

G. GRANGÉ (gynécologue-obstétricien, CHU Port-Royal, Paris),
I. BERLIN (Pharmacologue, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris), F. BRETTELLÉ
(gynécologue-obstétricien, CHU, Marseille), P. BERVEILLER (gynécologue-
obstétricien, CHI, Poissy), J. BLANC (gynécologue-obstétricien, CHU,

Marseille), C. DIGUISTO (gynécologue-obstétricien, CHU, Tours), V. DOCHEZ (gynécologue-obstétricien, CHU, Nantes), C. GARABEDIAN (gynécologue-obstétricien, CHU, Lille), P. GUERBY (gynécologue-obstétricien, CHU, Toulouse), A. KOCH (gynécologue-obstétricien, CHU, Strasbourg), M. LE LOUS (gynécologue-obstétricien, CHU, Rennes), E. PERDRIOLLE-GALET (gynécologue-obstétricien, CHRU, Nancy), V. PEYRONNET (gynécologue-obstétricien, CHU Louis-Mourier, Colombes), E. RAULT (gynécologue-obstétricien, CHU, Lyon), H. TORCHIN (pédiatre, CHU Port-Royal, Paris), G. LEGENDRE (gynécologue-obstétricien, CHU, Angers)

Et la participation de

A.L. LE FAOU (addictologue, CHU HEGP, Paris, SFT), D. SIAT (gynécologue-obstétricien, privé, Brumath), E. PEYRET (pédopsychiatre, CHU Robert-Debré, Paris, GEGA), S. FLEURY (sage-femme, CHU, Toulouse), F. ARZNER (Ciane), B. GUYARD-BOILEAU (gynécologue-obstétricien, Toulouse), I. ROELENS (sage-femme, CNSF), N. BONNET (Réseau de prévention des addictions (RESPADD)), V. HOUDOUIN (pneumologue-allergologue pédiatrique, CHU Robert-Debré, Paris, Centre de ressources et de compétences de la mucoviscidose (CRCM), SFP), V. TESSIER (sage-femme, CHU Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre), Y. HAMMOU (gynécologue-obstétricien, CHU, Lille)

Lecteurs

M. ADLER (tabacologue, CHU, Clamart), R. ANDLER (Santé publique France), H.J. 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. BORNSTEIN (médecin généraliste, libéral, Evry), T. BRILLAC (médecin généraliste, DUMG, Toulouse), T. CARDOSO (Santé publique France), C. CLAIR (médecin généraliste, Unisanté, Lausanne), É. 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), J.C. 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), J.P. LE MEAUX (gynécologue-obstétricien, libéral, Bordeaux), C. MARCAIS-ESPIAND (sage-femme

tabacologue, CHU, Montpellier), J.B. DE MEEÛS (gynécologue-obstétricien, CH, Moulins-Yzeure), C. MONARD (sage-femme tabacologue, CHU, Nantes), B. MULIN (pédiatre, CHRU, Besançon), 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. VANNIMENUS-HAYEM (tabacologue, CHU, Lille), I. VARESCON (psychologue, université Paris-Descartes, Paris), C. VAYSSIÈRE (gynécologue-obstétricien, CHU, Toulouse), F. VENDITTELLI (gynécologue-obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), N.T. VIET (Santé publique France), N. WIRTH (tabacologue, CHU, Nancy)

INTRODUCTION

Les Rapport d'experts et Recommandations élaborés par le Collège national des gynécologues et des obstétriciens français (CNGOF) en collaboration avec la Société francophone de tabacologie visent à aider le clinicien à prendre des décisions en lui offrant une analyse approfondie et synthétique de la littérature fondée sur les niveaux de preuve (NP) scientifique ou en absence de preuves suffisantes, sur un accord professionnel pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes fumeuses et leurs enfants à naître.

Ces Rapport d'experts et Recommandations ont un but informatif. Ils ne sont absolument pas « médicalement opposables » et n'ont pas pour but d'être instrumentalisés lors de contentieux médicaux. Ainsi, un soignant (sage-femme, gynécologue-obstétricien, pédiatre, anesthésiste ou tout autre professionnel de santé) a le libre choix de ne pas appliquer une recommandation élaborée par le groupe d'experts s'il estime que cette recommandation ne représente pas l'option la plus appropriée pour la prise en charge de la patiente dont il/elle a la charge. Ceci est particulièrement valable pour les recommandations de niveau de preuve de grade faible.

Concernant les NP de preuves observées, trois éléments méritent d'être clarifiés pour aider le lecteur à la compréhension de la cotation et de la formation des recommandations :

1. le groupe de travail a privilégié le présent pour le temps des verbes quand le NP est élevé (NP1 et NP2, voire exceptionnellement le NP3 quand toutes les études sont concordantes pour l'évènement étudié) ; dans le cas contraire le conditionnel est privilégié ;
2. deux résultats issus de la même étude ont pu être cotés différemment (NP2 pour l'un NP3 pour l'autre par exemple) si l'un des évènements était le critère de jugement principal de l'étude et l'autre un des critères de jugement secondaire, ou si la puissance statistique de l'étude a été considérée comme insuffisante pour l'un des deux critères étudiés ;
3. la qualité scientifique d'une étude est évaluée par un niveau de preuve (NP) tandis que la force de la recommandation, élaborée à partir des données scientifiques, est évaluée par un grade, selon la cotation proposée par la Haute Autorité de santé (HAS) ;
4. enfin, il est important pour le lecteur de comprendre sans ambiguïté la formulation des recommandations :

- a. « il est recommandé d'appliquer ... » signifie que la littérature a démontré que l'intervention (verbale, comportementale, organisationnelle, médicamenteuse, etc) améliorerait l'issue thérapeutique et ou diminuait les risques associés à cette intervention ou au risque associé à la consommation tabagique; il faut donc utiliser cette intervention dans la mesure du possible ;
- b. « il n'est pas recommandé d'appliquer... » signifie que la littérature n'a pas démontré que l'intervention avait une efficacité thérapeutique ou qu'il ne diminuait pas les risques associés au tabagisme ; il est donc recommandé de ne pas appliquer cette intervention. Cela ne veut pas dire qu'il soit contre-indiqué de l'appliquer si le professionnel de santé estime que le bénéfice individuel est supérieur au risque encouru ;
- c. « il est recommandé de ne pas appliquer ... » signifie que la littérature a démontré que l'application de l'intervention augmente les risques qui dépassent le bénéfice ou il n'y a pas de bénéfice ; il faut donc éviter de d'appliquer l'intervention.

I. DONNÉES PHYSIOLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES INFLUENÇANT LE COMPORTEMENT TABAGIQUE DE LA FEMME ENCEINTE

La femme enceinte présente des particularités qui font que le métabolisme de la nicotine y est augmenté (clairance métabolique et rénale), aboutissant à un comportement tabagique modifié et donc à une dépendance nicotinique différente, à savoir un risque d'augmentation des symptômes de sevrage voire une augmentation de l'envie de fumer (sensation de manque). Si un sevrage est décidé et mis en place, ces données pharmacologiques sont à considérer afin de prendre en charge de façon optimale la fumeuse (pas mot : « patiente ») enceinte et dès lors, d'adapter la posologie d'éventuels traitements de substitution nicotinique (TSN).

La mesure des concentrations de monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré est un outil d'utilisation simple au cours de la grossesse ou en post-partum afin d'identifier les femmes fumeuses, d'autant plus que son caractère non invasif facilite son utilisation. À notre connaissance, hormis une corrélation entre l'importance du tabagisme et le taux de CO expiré, et entre le taux de CO expiré et les

complications néonatales, il n'y a pas de preuve documentant le rôle de ce dépistage afin d'aider au sevrage, et ce, quel que soit le moment de ce dépistage. Par ailleurs, aucune étude n'a à ce jour retrouvé d'effet bénéfique du dosage du CO sur la prévention des complications obstétricales induites par le tabagisme.

Ces marqueurs, notamment la mesure du CO expiré, ont en effet pour avantage d'être un geste non invasif, simple à réaliser avec une expression immédiate du résultat et un faible coût. L'intérêt pourrait être de donner à la femme enceinte une valeur instantanée de son niveau d'intoxication tabagique afin de créer un point de départ au dialogue et à la prise en charge mais également de valoriser la réalité du sevrage pour la femme elle-même. Ces méthodes qui semblent dans certaines études présenter un bénéfice pour le dépistage des femmes enceintes fumeuses pour les aider dans leur sevrage tabagique doivent être associées à d'autres mesures de prise en charge.

Les questionnaires les plus utilisés dans la littérature pour évaluer l'exposition et la dépendance tabagique sont les questionnaires de Fagerström (FTCD, *Fagerström Test for Cigarette Dependence*) et ses variantes tel le HSI, (*Heaviness of Smoking Index*), qui possèdent une corrélation satisfaisante avec la concentration de cotinine, métabolite principale de la nicotine. Ces questionnaires sont fréquemment utilisés dans les études sur le tabagisme périnatal. Comme pour la population générale, les preuves de leur utilité pour diminuer la consommation de tabac au cours de la grossesse sont insuffisantes pour les recommander en pratique courante. Aucune étude n'a retrouvé d'effet bénéfique à la réalisation d'un questionnaire de dépendance au cours de la période périnatale, mais les questionnaires de Fagerström peuvent être un outil supplémentaire dans la prise en charge des femmes enceintes fumeuses du fait de leur simplicité d'utilisation. Les critères diagnostiques du DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders version V – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Version V*) sont à connaître pour évaluer cliniquement l'addiction au tabac.

II. ÉPIDÉMIOLOGIE, FACTEURS DE RISQUE, MOMENT PROPICE POUR LE SEVRAGE ET PRÉDICTEURS D'ÉCHEC DE TENTATIVE DE SEVRAGE TABAGIQUE

La prévalence de la consommation de tabac pendant la grossesse dans le monde est estimée à 1,7 % (IC 95 % : 0,0 – 4,5 %) (NP3). La

prévalence du tabagisme actif par consommation de cigarettes en France avant la grossesse est d'environ 30 %, de 20 à 24 % au 1^{er} trimestre de la grossesse et de 14 à 20 % au 3^e trimestre de la grossesse (NP3). Il existe une grande disparité selon les régions et départements en France métropolitaine (9,4 à 24,0 %) et les régions d'outre-mer (5,2 %) (NP3).

Parmi les facteurs de risque, on retrouve l'âge jeune, le faible niveau d'instruction, la primiparité, l'origine géographique de France métropolitaine, l'absence de profession, un conjoint fumeur, l'absence de conjoint ou une dépression associée (NP2). La multiparité est en revanche un facteur de risque d'échec de sevrage tabagique au cours de la grossesse (NP2).

La grossesse et la visite pré-conceptionnelle constituent des moments propices pour arrêter de fumer. Pour les professionnels de santé au contact des femmes en âge de procréer, il est recommandé d'identifier et de repérer une consommation de tabac chez la femme ou son conjoint avant la grossesse ou le plus tôt possible au cours de la grossesse (NP3).

III. CONSÉQUENCES DU TABAGISME ACTIF CHEZ LA FEMME ENCEINTE

Le tabagisme actif pendant la grossesse est associé à un risque augmenté de fausse couche précoce et de grossesse extra-utérine (NP2). Ces risques sont d'autant plus élevés que la consommation tabagique est importante (NP2).

Le tabagisme actif pendant la grossesse est un facteur de risque de certaines anomalies congénitales (NP3) et est associé à un risque augmenté d'hématome rétroplacentaire (NP2), de placenta prævia (NP2) et à un risque accru de mort foetale *in utero* (MFIU) (NP2). En revanche, le tabagisme actif pendant la grossesse est associé à une réduction du risque de pré-éclampsie (NP2).

L'exposition au tabac pendant la grossesse est associée à un risque de prématurité (NP2) et ce avec une relation dose-effet. L'interdiction du tabac dans une partie des espaces publiques est associée à une diminution du nombre de naissances prématurées (NP2).

Le tabagisme actif est associé à une réduction du poids de naissance (NP2). Concernant l'accouchement et le post-partum un tabagisme actif pendant la grossesse pourrait être associé à un risque

augmenté de naissance par césarienne en particulier pour les femmes qui fument plus de 10 cigarettes par jour (NP3) et à un risque augmenté de thrombose veineuse profonde dans le post-partum (NP3) (Tableau 1).

Tableau 1 - Mesure d'association entre tabagisme actif et les différentes complications de la grossesse (mesure d'association la plus pertinente)

Complications de la grossesse	Mesure d'association et son intervalle de confiance à 95 % de la complication avec un tabagisme actif maternel
Fausse couche précoce ¶	1,23 (1,16-1,30)
Grossesse extra-utérine ¶¶	1,73 (1,28-2,32)
Anomalie congénitale **	1,01 (0,96-1,07)
Hématome rétroplacentaire**	1,69 (1,62-1,76)
Placenta praevia*	1,27 (1,18-1,35)
Prématurité**	1,21 (1,19-1,24)
Mort fœtale in utero*	1,36 (1,27-1,46)
Prééclampsie ¶¶	0,67 (0,60-0,75)
Césarienne ¶¶	1,09 (1,05-1,14)***
Petit poids de naissance *	1,95 (1,76-2,16)
* OR ¶ RR ** ORa ¶¶ RRa *** Risque pour les femmes fumant > 10 cigarettes par jour	

IV. TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE : IMPACT SUR L'ENFANT, DE LA NAISSANCE À L'ÂGE ADULTE

Outre les conséquences obstétricales du tabagisme pendant la grossesse, ce dernier est associé à de nombreux effets délétères chez l'enfant. Ainsi, le tabagisme maternel est associé aux morts inattendues du nourrisson (NP2), cependant il reste difficile de distinguer l'impact

des expositions anténatales et postnatales. Toutefois, les différents arguments : physiopathologie, effet dose-dépendant, impact de l'arrêt du tabac, plaident en faveur d'un lien de causalité entre exposition anténatale et morts inattendues du nourrisson.

Les enfants nés de mères fumeuses présentent une diminution de la fonction respiratoire par rapport aux enfants non exposés, et ce dès la naissance (NP2), ce qui peut aggraver un profil fonctionnel respiratoire déjà altéré ; cet effet semble persister jusqu'à l'âge adulte. Ces enfants sont plus à risque d'infections respiratoires basses dans les premières années de vie et d'asthme ou de symptômes respiratoires dans l'enfance (NP2). La part respective du tabagisme anté- et postnatal, combiné à l'exposition aux autres polluants et au terrain génétique, reste difficile à évaluer.

Les analyses non ajustées retrouvent chez l'enfant une association significative entre l'exposition au tabac *in utero* et le quotient intellectuel ou les déficits cognitifs (NP3), les troubles du comportement et en particulier des troubles de déficit de l'attention-hyperactivité (NP2) et les performances scolaires (NP3). Ces résultats reflètent en partie des facteurs liés non mesurés différenciant les femmes fumeuses poursuivant leur consommation tabagique pendant leur grossesse des femmes non fumeuses. Différentes stratégies de prise en compte de l'environnement familial suggèrent également qu'une partie de ces associations pourrait être expliquée par des facteurs génétiques et environnementaux autres.

Une association entre le tabagisme pendant la grossesse et le risque de surpoids et d'obésité chez l'enfant a été retrouvée dans de nombreuses études (NP2). Il reste difficile néanmoins d'écartier totalement la possibilité d'un biais de confusion résiduel, lié notamment aux autres facteurs génétiques, environnementaux et socio-économiques. La consommation de tabac pendant la grossesse n'est pas associée à une augmentation du risque de diabète de type 1 chez l'enfant (NP3) de diabète de type 2 (NP3) ou d'augmentation même modeste de la pression artérielle systolique (NP3).

Le tabagisme maternel pendant la grossesse semble être associé à un excès de risque de tumeurs du système nerveux central (neuroblastomes), mais pas de leucémies (NP3).

Le tabagisme maternel pendant la grossesse a probablement un impact sur la fertilité de l'enfant à naître (NP3).

Les enfants issus de mères ayant fumé pendant leur grossesse ont eux-mêmes davantage de risques de consommation tabagique, de dépendance à la nicotine et d'initiation précoce au tabac (NP2).

L'effet trans-générationnel du tabagisme pendant la grossesse le mieux documenté est une augmentation du risque d'asthme chez les petits-enfants (NP4). Les mécanismes physiopathologiques pourraient passer par des modifications épigénétiques, mais restent pour l'essentiel mal connus.

V. CONSÉQUENCE DU TABAGISME PASSIF CHEZ LA FEMME ENCEINTE

En France, en 2004, l'exposition au tabagisme passif semble concerner de nombreuses femmes enceintes. Elle est susceptible de nuire à leur santé et à celle de leurs enfants. Cette exposition au tabagisme passif semble la plus importante au domicile et dans la voiture avec des conséquences potentielles sur la grossesse, notamment sur la prématurité (NP3). Une éviction complète du tabac au domicile diminue significativement l'exposition au tabagisme passif par rapport à une éviction incomplète (NP4). Plus les sources possibles sont nombreuses, plus l'intoxication est élevée (NP4). Il est recommandé de conseiller aux femmes et à l'entourage (conjoint notamment) de créer un environnement sans tabac, particulièrement au domicile et dans la voiture (accord professionnel).

Le facteur de risque majeur associé au tabagisme passif est la présence d'un conjoint fumeur. Les autres facteurs associés sont la présence de fumeur au domicile ou dans la voiture, la population jeune (< 25 ans), un niveau d'enseignement faible, un tabagisme ancien (NP4). Le tabagisme passif est associé à un risque accru de mort fœtale *in utero*, de malformations fœtales, de prématurité et poids à la naissance inférieur à 2500 g (NP 2).

Aucune prise en charge spécifique ne peut être recommandée à l'ensemble des femmes enceintes. Néanmoins, 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 regard 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 (accord professionnel).

VI. AUTRES MÉTHODES DE CONSOMMATION PENDANT LA GROSSESSE : CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, TABAC CHAUFFÉ, CHICHA ET SNUS

L'exposition à la nicotine persiste avec la cigarette électronique si elle en contient. Bien que le fœtus ne soit pas exposé aux toxiques combustibles de la cigarette « classique », d'autres recherches sont nécessaires sur les autres composants de la cigarette électronique, comme les arômes et le propylène glycol et/ou le glycérol, afin d'évaluer la balance bénéfices/risques. 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). Il n'existe à l'heure actuelle aucune donnée sur l'utilisation de JUUL et de tabac chauffé. En l'absence de données, il est recommandé de déconseiller l'utilisation de la JUUL et du tabac chauffé pendant la grossesse. La chicha impacte négativement la croissance fœtale. Il est donc recommandé de ne pas utiliser la chicha pendant la grossesse (grade C). L'utilisation de snus (tabac oral d'origine suédoise) doit être déconseillée pendant la grossesse.

VII. POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE DU TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE

La mise en place d'un réseau de prise en charge des femmes enceintes fumeuses semble efficace pour obtenir un sevrage tabagique, à condition d'accompagner et de solliciter les femmes enceintes fumeuses à les y intégrer, à l'aide notamment d'appels téléphoniques et de courriers (NP3). Il est recommandé de dépister le tabagisme chez la femme enceinte en posant systématiquement la question du tabagisme ou en mesurant le CO expiré lors des différentes consultations, de proposer une prise en charge en collaboration avec un réseau de soins dédié de proximité et en renouvelant les sollicitations si nécessaire (grade C). Il est nécessaire de développer une offre de soin dédiée de proximité accessible à chaque femme enceinte fumeuse (accord professionnel).

VIII. PRISE EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUE DU SEVRAGE TABAGIQUE PENDANT LA GROSSESSE

Le « conseil » est un terme vaste utilisé dans les études et peut regrouper les différents types de conseils (minimal, entretien motivationnel, thérapies, soutien comportemental) délivrés par une tierce personne. Il peut être individuel ou fait en groupe, en face à face ou par téléphone. Un bénéfice du « conseil », par rapport aux pratiques habituelles des équipes est retrouvé sur le taux de sevrage en fin de grossesse (NP1). Les analyses prenant en compte l'ensemble des études donnent des conclusions significatives (NP1) mais analysées individuellement aucune intervention non pharmacologique n'a un niveau de preuve aussi élevé. Ce taux de sevrage semble également avoir un bénéfice, bien que modéré sur le poids de naissance et le taux de naissances prématurées (NP2). Il est recommandé de réaliser « un conseil » (« *counselling* ») (conseil minimal et/ou entretien motivationnel et/ou thérapies et/ou soutien comportemental) à toute femme enceinte fumeuse afin de favoriser le sevrage (grade A).

L'intervention brève des professionnels de santé auprès des femmes enceintes fumeuses s'articule autour de l'acronyme 5A's (*ask, advice, assess, assist, arrange*) : demander, conseiller, évaluer, aider, organiser. Cette méthodologie permet d'améliorer l'information délivrée aux femmes enceintes mais n'a pas démontré d'efficacité sur l'arrêt du tabac (NP2). L'efficacité thérapeutique dans le sevrage tabagique de l'entretien motivationnel, bien que démontrée en population générale, ne l'ont pas été pendant la grossesse (NP2).

Les analyses portant sur le soutien comportemental et les méthodes de thérapie cognitivo-comportementale 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.

Un interrogatoire systématique de toutes les femmes enceintes sur leur consommation potentielle de tabac et en cas de consommation de détailler leur histoire tabagique doit être réalisé afin de leur proposer les différents types de conseils selon leur demande et de les prendre en charge de façon multidisciplinaire (grade A).

Les mesures d'incitation financière, 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 (mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré, de la cotinine urinaire, de même que l'information sur les potentiels effets négatifs du tabagisme lors des échographies fœtales) dans l'aide au sevrage tabagique retrouve des résultats très décevants (NP2). Leur 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 (brochures, manuels avec des programmes structurés sous format écrit ou sous forme d'applications ou de vidéo via le téléphone, le smartphone ou internet) 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.

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).

Au total, l'éducation à la santé peut s'exprimer sous différentes formes et semblerait avoir un effet positif sur l'arrêt du tabac (NP2).

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'efficacité (significatif sur l'arrêt du tabac chez les femmes enceintes (NP2), mais permet une diminution significative de l'envie de fumer (NP3).

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).

IX. PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU TABAGISME EN COURS DE GROSSESSE

La nicotine est le principal composant du tabac responsable de l'addiction au tabac. Différents types de traitements de substitution nicotiques (TSN) sont commercialisés en France et dans le monde :

- administration par voie buccale ou nasale (non commercialisé en France) d'action rapide permettant un auto-titrage (gommes, pastilles, comprimés à sucer, inhalateurs, spray buccal, etc.) des besoins individuels en nicotine et assurant des pics de nicotémie ;
- administration par voie transdermique délivrant de la nicotine d'une façon continue pendant 16 ou 24 heures (dispositifs transdermiques : patches).

Les différentes formes galéniques de TSN peuvent être utilisées de façon combinée.

Actuellement, les données sont inexistantes concernant l'impact des TSN sur le taux de sevrage en période préconceptionnelle.

D'après les études randomisées versus placebo, la prescription de TSN (patches de 16 heures et gommes étant principalement étudiés) pendant la grossesse n'est pas significativement associée à une abstinence tabagique pendant la grossesse ou en fin de grossesse (NP1).

D'après l'analyse de la totalité des études disponibles, la prescription de TSN pendant la grossesse est associée à une abstinence tabagique pendant la grossesse ou en fin de grossesse (NP2).

La co-administration de différentes formes galéniques pourrait améliorer l'efficacité sous réserve de la tolérance et reste à étudier.

Durant la grossesse, la prescription de TSN peut être associée à la survenue d'effets indésirables non graves (céphalées, nausées, vomissements, etc.) (NP2). Le risque de ces effets indésirables n'est pas augmenté par la grossesse (NP2).

La prescription de TSN n'est pas associée à un surrisque de fausse couche précoce (NP2).

La prescription de TSN peut être proposée à toute femme enceinte fumeuse ayant échoué à un sevrage spontané sans TSN (grade B). 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). Les données de la littérature ne permettent pas de recommander une forme galénique plus qu'une autre (formes d'action rapide versus transdermique) ni une durée de traitement optimal (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).

En l'absence de données, les prescriptions non nicotiniques de deuxième intention, nortriptyline et 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.

En raison de ses propriétés amphétaminiques, le bupropion n'est pas recommandé pour l'aide au sevrage tabagique chez la femme enceinte (grade C). Les données disponibles sont très insuffisantes et de faible niveau de preuve pour évaluer l'impact de la varénicline pendant la grossesse. La varénicline ne peut donc être recommandée pour le sevrage tabagique pendant la grossesse (grade C).

X. TABAC ET ALLAITEMENT

La nicotine et son métabolite, la cotinine, passent dans le lait maternel. L'utilisation des substituts nicotiniques permettrait de ne pas exposer l'enfant à la fumée de cigarette, ni aux autres composants toxiques de la cigarette. Il existe de nombreuses données rassurantes sur l'utilisation des substituts nicotiniques pendant la grossesse ; cependant, pendant l'allaitement, les données sont plus rares. À ce jour, selon le Centre de référence des agents tératogènes (CRAT), aucun élément inquiétant n'a été signalé chez les enfants allaités de mère sous substitution nicotinique. L'utilisation des traitements substitutifs nicotiniques 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). Un intervalle libre 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).

Il existe une association entre le tabagisme maternel pendant le post-partum et le risque d'infection respiratoire basse et d'asthme dans l'enfance (NP2), de déficit cognitif (NP3), de coliques du nourrisson (NP2), d'obésité (NP2), de mort inattendue du nourrisson (NP2). En revanche, l'effet protecteur de l'allaitement maternel sur ces risques n'est à ce jour pas démontré.

Il n'est pas recommandé de faire intervenir le statut tabagique dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né (accord professionnel).

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). Il n'existe actuellement pas de données concernant l'impact de l'allaitement maternel sur les effets du tabagisme passif sur l'enfant.

XI. POST-PARTUM : GESTION DU RISQUE DE REPRISE DU TABAGISME

La reprise du tabagisme dans le post-partum est associée à de multiples représentations. Il n'existe 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). Le risque de reprise du tabac en post-partum est élevé (jusqu'à 82 % à 1 an en France). Les principaux facteurs associés au maintien de l'abstinence en post-partum sont l'allaitement, le fait de ne pas avoir de fumeur à la maison et l'absence de symptômes de dépression du post-partum (NP2). A ce jour, aucun effet indésirable attribuable à l'utilisation des TSN par la mère n'a été signalé chez les enfants allaités mais les données sont peu nombreuses. Il n'y a pas de données concernant l'efficacité des substituts nicotiques pour prévenir la reprise tabagique en post-partum. Du fait de l'absence de données, il n'est pas recommandé de prescrire de la varénicline, du bupropion pour prévenir la reprise tabagique en post-partum (accord professionnel). La progestérone n'a pas démontré d'efficacité dans cette indication, il n'est donc pas recommandé de prescrire un traitement par progestérone pour prévenir la reprise tabagique en post-partum (grade C).

Il est recommandé de proposer un « conseil » pour prévenir la reprise du tabac en post-partum (grade B). Les thérapies cognitivo-comportementales n'ont pas démontré de bénéfices sur la reprise du tabac en post-partum (NP2). Il n'est donc pas recommandé de proposer une thérapie cognitivo-comportementale pour prévenir la reprise tabagique en post-partum (grade B).

Les méthodes d'incitation financière semblent efficaces pour prévenir la reprise tabagique en post-partum (NP3). Des données médico-économiques sont nécessaires pour évaluer leur coût/bénéfice.

Le bénéfice de l'aide numérique pour prévenir le risque de rechute en post-partum reste à évaluer.

Déclaration publique d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec ce texte.

ANNEXE

Ordonnance type

Le

Mme X

1. Patch nicotinique

1 patch par jour x mg/ 16 ou 24 heures

Le nombre de mg est défini par le nombre de cigarettes fumées avant la substitution :
1 cigarette correspondant à 1 mg

Le patch est à changer de zone d'application tous les jours

Les patchs ne doivent pas être laissés à la portée des enfants et recollés dans leur enveloppe après utilisation avant d'être jetés.

Pouvant être associé à :

2. Pastilles de nicotine

Prendre 1 pastille en cas d'envie de fumer

Maximum 12/ jour

La femme enceinte s'auto-titre toute seule

Dosage de 1 à 4 mg à sucer (4 mg étant réservé aux femmes très dépendantes avec une consommation tabagique importante)

Ou :

3. Gommages de nicotine

Mastiquer 3-4 fois par minute pendant 20-30 minutes

La femme s'auto-titre toute seule.
