Fonds des **A**ffections **Res**piratoires a.s.b.l.
Communauté française

« Maternité sans tabac » au C.H.R de la Citadelle

Vers une prise en charge globale et multidisciplinaire

Mémoire réalisé dans le cadre de la

FORMATION CONTINUEE EN TABACOLOGIE

Coordonnée par le FARES

Masson Véronique
Gynécologue-obstétricienne
Service universitaire de Liège site CHR de la Citadelle

Année académique 2009-2010

Fonds des **A**ffections **Res**piratoires a.s.b.l.
Communauté française

« Maternité sans tabac » au C.H.R de la Citadelle

Vers une prise en charge globale et multidisciplinaire

Mémoire réalisé dans le cadre de la

FORMATION CONTINUEE EN TABACOLOGIE

Coordonnée par le FARES

Masson Véronique
Gynécologue-obstétricienne
Service universitaire de Liège site CHR de la Citadelle

Année académique 2009-2010

Résumé

Le tabagisme est un problème de santé publique de premier plan. Pendant la grossesse, il représente une inégalité de santé et d'espérance de vie importante pour l'enfant à naître. Le tabagisme est une toxicomanie largement répandue et il existe toujours, à l'heure actuelle, de fausses idées reçues encore bien ancrées, tant au niveau de la population générale que dans le milieu de la santé. Sensibiliser la femme enceinte et son entourage mais aussi le corps médical et paramédical est indispensable. Les objectifs de notre prise en charge au sein de l'hôpital du CHR de La Citadelle sont : promouvoir une action coordonnée et multidisciplinaire pour une « *Maternité et Famille sans Tabac* », promouvoir l'information sur « tabac et grossesse » auprès des patientes enceintes fumeuses en consultation prénatale, promouvoir le soutien à l'arrêt du tabac des patientes enceintes fumeuses, soutenir le sevrage tabagique imposé lors d'hospitalisation pour grossesses à risques par des moyens de substitution nicotinique, promouvoir l'information sur le tabagisme passif auprès des mères (et entourage) nouvellement accouchées fumeuses, dénormaliser le tabagisme.

Matériels et méthodes : Depuis le 1er décembre 2010, à chaque étape du suivi de la grossesse, une prise en charge du tabagisme maternel est proposée : l'accueil en consultation prénatale comprend une anamnèse tabacologique des futurs parents ainsi que l' information sur les effets délétères de la nicotine et du monoxyde de carbone sur la santé de la mère et de l'enfant ; le gynécologue ou la sage-femme propose systématiquement la mesure de CO expiré à toutes femmes enceintes fumeuses à la première visite au minimum et commente le résultat ; une consultation auprès d'un tabacologue est proposée si la patiente souhaite de l'aide à l'arrêt ; en cas d'hospitalisation et de sevrage tabagique forcé, une substitution nicotinique est

proposée ; en postpartum , le pédiatre renforce l'information sur le tabagisme passif et l'allaitement maternel est encouragé.

Afin que l'approche soit multidisciplinaire, tous les acteurs (gynécologues, infirmières et sages-femmes, travailleurs médico-sociaux, pédiatres de la maternité) ont reçu la formation sur la prise en charge du tabagisme et leur rôle primordial dans la démarche pour une « Maternité et Famille sans Tabac ». Plusieurs outils existants ont été utilisés : brochures du FARES « grossesse et tabac » sur le monoxyde de carbone et la nicotine, échelle d'interprétation de la mesure de CO éditée également par le FARES. D'autres outils ont été créés pour soutenir la démarche à tous les niveaux de soins : organigrammes, anamnèse tabacologique, différentes brochures d'information : « Comment utiliser vos substituts nicotiniques ? », « Centre d'aide aux fumeurs », « Papa, Maman fument…moi aussi ! ».

Résultats : Dans notre population, 22.5 % des patientes fument en tout début de grossesse. Seulement 5.1% arrêtent de fumer dès l'annonce de leur grossesse. 17.4% continuent de fumer en cours de grossesse. En consultation prénatale, le professionnel de la grossesse aborde le statut tabagique seulement 1 fois sur 10 contacts. 24% des patientes sont interrogées par leur gynécologue sur leur tabagisme contre 84% si c'est une sage-femme qui assure leur suivi. La mesure de CO a été pratiquée auprès de 41% des patientes suivies par un gynécologue contre 12% des patientes suivies par sage-femme. Notre tabacologue a réalisé 10 consultations de tabacologie en ambulatoire et 16 interventions dans le service de grossesses à risques. Ces 16 patientes ont bénéficié, en intra-hospitalier, de traitement substitutif nicotinique (Patch, microtabs, gommes). Bien qu'il soit très difficile d'évaluer l'impact de notre action sur la santé des nouveau-nés, notre démarche cohérente motive les fumeuses prêtes à l'arrêt ou ambivalentes.

Conclusion : Le projet « Maternité et Famille sans Tabac » a créé une dynamique motivante et bientraitante autour de et avec la patiente enceinte fumeuse et son entourage. Si le gynécologue-obstétricien semble plus impliqué dans la mesure du CO expiré que la sage-femme, il reste moins efficace que celle-ci dans l'abord du statut tabagique de la patiente en consultation prénatale. En tant que service universitaire, nous nous devons d'aborder systématiquement la problématique du tabagisme maternel et familial. Par notre démarche, nous donnons ainsi aux jeunes médecins et élèves sages-femmes accès à une formation dite « de terrain » à la prise en charge du tabagisme.

Remerciements

Je désire exprimer mes plus vifs remerciements à Madame Marie-Christine Servais, infirmière tabacologue au CHR de la Citadelle pour sa grande compétence, sa rigueur et sa précision. Elle remplit sa fonction de coordinatrice à la perfection ; sans elle et sa capacité de motivation, ce projet n'aurait pu être multidisciplinaire et fédérateur. Merci à notre Institution qui lui permet de remplir ce rôle.

En 2009, le Professeur J-M Foidart, chef du service universitaire de Gynécologie-Obstétrique encouragé par le FARES, et plus particulièrement par le Docteur P.Bauche, pédiatre, décide d'impliquer son service dans la maîtrise du tabagisme chez la femme enceinte.

Me voilà donc volontaire désignée pour suivre la longue formation en tabacologie dispensée par le FARES. Ambivalente le premier jour, la formation de qualité reçue me rend presque dépendante : je ne peux plus me passer d'interroger mes patientes sur leur statut tabagique ! Merci Professeur Foidart et Docteur Bauche pour ce passage de témoin.

2010, l'équipe est construite : Nathalie Parmentier, tabacologue, coordinatrice en chef ; Marie-Christine Servais, infirmière tabacologue en hospitalisation et coordinatrice de tous les projets intra-hospitaliers ; Emilie Mutsers, assistante en gynécologie ; Claire Collard, infirmière pédiatrique à l'école du souffle et moi-même, gynécologue-obstétricienne, spécialisée en grossesses à risque. En route pour la maternité et famille sans tabac ! Merci vivement à toutes pour votre ténacité.

Comme le sevrage tabagique est une question de motivation, nous avons impliqué et formé tous les membres du personnel médical et para-médical. Qu'ils soient ici tous remerciés pour leurs actions motivées auprès des patientes de la maternité : Travailleurs Médico-Sociaux de l'ONE, sages-femmes, infirmières, gynécologues-obstétriciens, néonatologues, assistants, stagiaires-médecins et élèves sages-femmes. En particulier, le docteur Emilie Mutsers pour son implication efficace dans le projet en consultation prénatale.

Remerciements particuliers et profonde reconnaissance au Professeur Patrick Emonts, qui en plus de son travail de terrain m'a dispensé une formation obstétricale et tabacologique de grande qualité. Je n'aurai jamais assez de « Merci » à son égard tant son soutien est indéfectible.

Motivation est parfois proche de harcèlement…Merci à mes Collègues et à mes patientes d'avoir supporté quelques propos anti-tabac. Merci à ceux qui se sont prêtés au jeu de mes entretiens motivationnels. Qu'ils soient assurés de mon soutien lorsqu'ils se sentiront prêts à arrêter de fumer.

Je remercie très sincèrement les quelques patientes qui m'ont exprimé leur joie de s'être débarrassées de la cigarette. Leurs témoignages m'encouragent à continuer encore et encore, malgré les nombreux échecs et la sensation de temps perdu…

Je dédie ce travail à mes trois filles, Meryl, Clarisse et Jade, qu'elles soient préservées de ce fléau qu'est l'addiction. A toi, l'homme de ma Vie, tu m'aides à garder le cap, tu me portes chaque jour et me donnes les moyens d'aller jusqu'au bout.

La suite de ce projet est de développer une consultation préconceptionnelle en incluant la prise en charge du tabagisme. Je remercie le Professeur M. Nisolle, notre nouveau chef de service pour le soutien qu'elle m'offre déjà.

J'adresse mes vifs remerciements à toute l'équipe du projet FARES « Naître et Grandir sans tabac ». Sans votre travail, ce projet n'aurait pas de fondations solides.

Liste des abréviations

FARES : **F**onds des **A**ffections **Res**piratoires

CERES : **C**entre **e**n **R**echerche et en **E**nseignement pour la **S**anté

CHR : **C**entre **H**ospitalier **R**égional

CO : monoxyde de carbone

BDMS : **b**anque de **d**onnées **m**édico-**s**ociales

CPN : **c**onsultation **p**ré**n**atale

TMS : **t**ravailleur **m**édico-**s**ocial

CAF : **C**entre d'**A**ide aux **F**umeurs

TSN : **t**raitement de **s**ubstitution **n**icotinique

Tables des matières

1 INTRODUCTION 9

2 CADRE CONCEPTUEL 10

2.1 L'HÔPITAL SANS TABAC 10
2.2 LA MATERNITÉ SANS TABAC 12

3 TABAC ET GROSSESSE 13

3.1 EFFETS NEFASTES DU TABAGISME SUR LA GROSSESSE 15
3.2 EFFETS NEFASTES DU TABAGISME MATERNEL SUR L'ENFANT 18

4 MISE EN PLACE D'UN PROJET « MATERNITÉ SANS TABAC » 20

4.1 OBJECTIFS DU PROJET 20
4.1.1 Objectifs généraux 20
4.1.2 Objectifs opérationnels 20
4.2 METHODOLOGIE 21
4.2.1 Consultations prénatales 21
4.2.2 Hospitalisation ante-partum (MIC et salle 43) 23
4.2.3 Quartier d'accouchement 23
4.2.4 Maternité (post-partum) 23
4.2.5 Les Jeudis de la Naissance 24
4.2.6 Formations des acteurs 24
4.3 LES OUTILS 25
4.3.1 L'anamnèse tabacologique 25
4.3.2 Analyseur de CO expiré 25
4.3.3 L'algorithme décisionnel 27
4.3.4 Le tableau des substituts nicotiniques disponibles 27
4.3.5 Feuille de suivi statut tabagique en cours d'hospitalisation 28
4.4 INFORMATION ET FORMATION DU PERSONNEL 28

5 EVALUATION DU PROJET 29

5.1 EVALUATION DE L'ANAMNESE 29
5.2 EVALUATION EN CONSULTATION PRENATALE 33
5.3 EVALUATION EN COURS D'HOSPITALISATION 36

6 SYNTHESE 37

7 CONCLUSIONS 41

8 PERSPECTIVES 42

9 BIBLIOGRAPHIE 43

10 ANNEXES 46

1 Introduction

En 2009, le Fonds des Affections Respiratoires (FARES) lançait une action pilote dans cinq institutions hospitalières, le projet « Maternité sans tabac ».

En mettant l'accent sur l'information systématique en période prénatale et sur l'implantation de la mesure de monoxyde de carbone, le FARES adaptait, à la Belgique, deux axes développés dans la Charte française[1].

Le FARES a ainsi mis à disposition des maternités intéressées des appareils de mesure du monoxyde de carbone expiré. Il appartenait aux maternités et à leur institution d'intégrer la démarche selon leur propre contexte et mode de fonctionnement. Suite à l'évaluation qualitative du programme « Maternité sans tabac » effectuée par le CERES (Centre en Recherche et en Enseignement pour la Santé), un référentiel « Naître et Grandir sans tabac » a été créé par le FARES.

Mobilisé depuis 1996 dans la maîtrise du tabac à l'hôpital, le Centre Hospitalier Régional (CHR) de la Citadelle de Liège a orienté ses premières actions vers les membres du personnel et les patients fumeurs pour s'étendre progressivement vers les patients hospitalisés, mettant ainsi l'accent sur la prévention primaire, secondaire et tertiaire. L'initiative « Maternité sans tabac » du FARES fut l'occasion, pour notre institution, d'aller encore plus loin dans sa démarche en se souciant de l'environnement tabagique du fœtus, du nouveau-né et de l'enfant.

L'objectif de ce travail est de proposer une démarche globale, multidisciplinaire et cohérente, pour la prise en charge des patientes enceintes fumeuses en consultations prénatales, en hospitalisation anténatale ou post-accouchement dans un service de maternité, en tenant compte des réalités de terrain.

---

[1] Delcroix M, « Charte Maternité sans tabac » de l'Association Périnatalité Prévention Recherche Information (APRI) - Comment devenir une maternité sans tabac - Mars 2008.

2 Cadre conceptuel

Ce travail a été réalisé au Centre Hospitalier Régional de la Citadelle de Liège dans le service universitaire de gynécologie-obstétrique.

2.1 L'hôpital sans tabac

L'ensemble hospitalier du CHR de la Citadelle abrite actuellement 1056 lits sur 3 sites : la Citadelle (cadre de ce travail), les cliniques Sainte Rosalie à Liège et le Château Rouge à Herstal.

En matière de lutte contre le tabac, l'hôpital de la Citadelle a mis sur pied, dès 1996, un groupe de travail inspiré du réseau des « Hôpitaux sans tabac » qui propose la mise en place d'un Comité de prévention du tabagisme chargé de définir des stratégies et de coordonner des actions.

La philosophie de la Commission est de guider chacun vers une décision individuelle de cessation tabagique, dans le respect des fumeurs comme des non-fumeurs comme suggéré dans son intitulé : ***« Ensemble, maîtrisons le tabac à l'hôpital »***.

Tout projet a une histoire ; voici celle du CHR de la Citadelle de Liège comme relatée dans l'excellent mémoire de tabacologie de Madame M-C Servais[2].

Voici quelques étapes importantes qui ont marqués la dynamique de maîtrise du tabac :

- 1999 : campagne générale d'information et d'affichage au sein de l'institution (affiches, messages sur les fiches de paie, lettres aux médecins et aux cadres de l'hôpital, courrier aux directeurs(trices) des écoles en soins infirmiers et kinésithérapie, articles dans le folder mensuel destiné au

[2] Servais MC, « Mise en place d'un projet pilote pour l'accompagnement des patients fumeurs hospitalisés dans un service de cardiologie au CHR de la Citadelle de Liège », mémoire de formation continuée en tabacologie du FARES, 2005-2006.

personnel, organisation de conférences avec des experts reconnus, participation à la journée mondiale sans tabac…)

- 1er janvier 2000 : le Directeur Général annonce l'interdiction de fumer sur le lieu de travail pour le personnel et les médecins, et l'interdiction de fumer en dehors des fumoirs au nombre limité pour les visiteurs et les patients.
- Automne 2002 : ouverture du Centre d'Aide aux Fumeurs dans le cadre du service de polyclinique de pneumologie. L'équipe, multidisciplinaire, est constituée de professionnels de la santé ayant tous suivi la formation inter universitaire en tabacologie. Les missions du Centre d'Aide aux Fumeurs au sein de l'hôpital sont variées : consultations de patients externes, prise en charge des patients hospitalisés, participation aux actions de mise en place de l'hôpital sans tabac, formation continue du personnel.
- 1er janvier 2006, interdiction de fumer sur le lieu de travail (A.R du 19 janvier 2005, paru au Moniteur belge le 2 mars 2005). Loi déjà appliquée dans l'institution mais élargie alors aux bureaux et tisaneries. Pour soutenir la mise en œuvre de l'interdiction, différentes actions ont été programmées : campagnes d'affichage, retrait de tous les cendriers à l'intérieur du bâtiment, mise en place d'une paroi vitrée au niveau du fumoir du hall, accès gratuit aux consultations d'aide aux fumeurs pour le personnel, intervention des membres de la Commission auprès des services particuliers comme la maternité et les soins intensifs…

Actuellement, il n'existe plus de fumoir sauf 1 cabine fumoir dans les 2 salles de psychiatrie. Malheureusement un fumoir sauvage est quelques fois présent dans l'entrée de l'hôpital, ternissant quelque peu l'accueil des patients entrant par cet accès. Quelques fumoirs improvisés existent encore malgré tout… La Commission continue sa mission et ses réflexions.

2.2 La Maternité sans tabac

Le FARES a lancé, en 2009, une action pilote dans cinq institutions hospitalières de la Fédération Wallonie-Bruxelles (la Clinique Saint-Pierre à Ottignies, les hôpitaux Iris Sud- site d'Ixelles, le Grand hôpital de Charleroi – site Notre-Dame, CHC Saint – Vincent de Rocourt, l'hôpital Erasme de Bruxelles). Dès 2010, notre service universitaire de Gynécologie-Obstétrique dirigé par le professeur J-M Foidart et situé au CHR de la Citadelle rejoint le programme du FARES.

Il s'agit du projet « Maternité sans tabac » qui, à l'initiative du Professeur Delcroix, repose sur le postulat selon lequel « les maternités adhérentes s'engagent à être des espaces strictement non-fumeurs. En effet, les maternités ont pour mission de mettre à disposition des parents : soins, prévention, information et éducation à la santé. Cette démarche s'appuie sur le référentiel français « Maternité sans tabac ». Il a pour objectif de s'assurer que les maternités développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux femmes enceintes en matière de prévention du tabagisme »[3].

3 FARES a.s.b.l., Référentiel « Naître et Grandir sans Tabac », un programme destiné aux pôles mère-enfant, 2011.

Le FARES a choisi de mettre plus particulièrement l'accent sur l'information systématique en prénatale et sur l'implantation de la mesure du monoxyde de carbone qui constituent deux des axes de la Charte française.

L'axe 2 : Informer systématiquement dès la déclaration de grossesse et lors de la surveillance prénatale sur les possibilités de prévention et de prise en charge du tabagisme actif ou passif.

L'axe 3 : Populariser la mesure du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré pour toutes les femmes enceintes, ou qui consultent pour stérilité, et les futurs pères en mettant à disposition de tout professionnel qui le souhaite un analyseur de CO.

Dès 2010, nous disposions de la volonté institutionnelle, d'un chef de service de Gynécologie-Obstétrique impliqué, d'une infirmière-tabacologue mi-temps en coordination de projet, d'une obstétricienne formée en tabacologie, d'une assistante en formation de gynécologie motivée, d'une coordinatrice en chef elle-même tabacologue, d'un Centre d'Aide aux Fumeurs intra-hospitalier et du prêt de mesureurs de CO par le FARES. Notre projet « Maternité sans Tabac » pouvait enfin naître.

3 Tabac et grossesse

« Le tabagisme maternel durant la grossesse représente une inégalité de santé et d'espérance de vie importante, au détriment de l'enfant à naître. Il reste la cause évitable la plus importante de complications de la grossesse, de prématurité, de faible poids de naissance. De nombreux effets du tabagisme maternel durant la grossesse portent atteinte à la santé du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte»[4].

4 FARES a.s.b.l., Godding V, Tabagisme prénatal. Recommandations de bonne pratique pour les gynécologues obstétriciens. 2010.

Les méta-analyses Cochrane montrent qu'arrêter de fumer durant la grossesse diminue significativement le risque de dysmaturité et de prématurité[5].

Une enquête réalisée par la Commission européenne en 2009 fait état de 30% de fumeurs en Belgique (25% de femmes et 35% d'hommes)[6]. Le tabagisme chez les femmes enceintes est difficile à quantifier et probablement sous-estimé vu la subjectivité de l'information. La banque de données médico-sociales de l'ONE (BDMS) nous livre dans son rapport 2010, les habitudes tabagiques des femmes enceintes suivies en consultations prénatales (CPN) – ONE : 24% c'est-à-dire 1 femme sur 4 fume au début de la grossesse. La moitié des femmes enceintes fumeuses déclarent fumer moins de 10 cigarettes/jour, 1 femme enceinte fumeuse sur 10 fume plus de 20 cigarettes/jour. Parmi les nouveau-nés de mères n'ayant pas fumé ou qui ont arrêté de fumer pendant la grossesse, 6.3% ont un faible poids de naissance (<2500gr) contre 14.5% chez les nouveau-nés de mères fumeuses pendant la grossesse suivant un gradient proportionnel au nombre de cigarettes fumées par jour. La différence de poids à la naissance dans les 2 groupes est de 290 grammes. Près d'1/4 des femmes enceintes suivies en CPN-ONE arrêtent ou diminuent leur consommation de tabac au cours de leur grossesse, surtout dans les groupes les moins précarisés.[7] La grossesse représente un moment-clé en termes de prévention. La motivation à l'arrêt du tabagisme pour la santé de l'enfant à venir semble y être plus importante. Il faut toutefois se rappeler que le métabolisme accru de la nicotine pendant la grossesse rend l'arrêt plus difficile en particulier chez les femmes enceintes fortement dépendantes.

---

[5] Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L, Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy.
[6] Special eurobarometer,332 ; European commission, may 2010 ; fieldwork october 2009.
[7] Banque de données médico-sociales de l'ONE, Rapport année 2010.

Sur le plan psychologique, contrairement à l'idée largement et erronément répandue, le sevrage tabagique n'augmente pas le stress de la femme enceinte pendant la grossesse[8]. Il a également été démontré qu'un programme intensif d'information sur les effets néfastes du tabagisme n'entraîne pas un stress supplémentaire pour la femme enceinte[9].

La revue Cochrane 2009 consacrée au sevrage tabagique durant la grossesse conclut que l'aide au sevrage tabagique doit être accessible pour les femmes enceintes dans toutes les maternités et structures de suivi de la grossesse[5].

Ainsi, par une action coordonnée, multidisciplinaire et cohérente à chaque étape de la maternité au sens large du terme, notre démarche se veut soutenante et bientraitante.

3.1 Effets néfastes du tabagisme sur la grossesse

- Le tabagisme est un facteur de risque avéré de troubles de la fertilité féminine et /ou masculine[10] . La diminution de la fertilité féminine liée au tabac est due à des anomalies diverses : anomalies ciliaires tubaires, altération de la qualité de l'ovule, de l'ovulation, de la fécondation et de l'implantation. Le tabagisme actif allonge le délai de conception (2 mois) et altère la réserve ovocytaire. Le tabagisme serait responsable d'une diminution de la fertilité de 10 à 20 % en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour (effet dose-dépendant). Une réversibilité à l'arrêt du tabac a été mise en évidence.

---

[8] Solomon LJ et al., Psychological symptoms following smoking cessation in pregnant smokers. J Behav Med. 2006 Apr; 29(6):151-60.
[9] Aveyard P et al., Is advice to stop smoking from a midwife stressful for pregnant women who smoke? Data from a randomized controlled trial. Prev Med.2005 May; 40(5):575-82.
[10] FARES a.s.b.l., Tabac et Fertilité, Revue de la littérature, Septembre 2011.

Chez l'homme, certaines substances contenues dans la fumée de cigarette passent la barrière hémato-testiculaire entrainant une dégradation des paramètres spermiologiques ainsi que la qualité des noyaux des spermatozoïdes compromettant les chances de grossesse[11]. Ainsi le tabagisme peut compromettre la fonction érectile, altérer le spermatozoïde et l'embryon issus de ceux-ci avec répercussions possibles sur la descendance.

- Le tabagisme entraîne une augmentation du risque de grossesses extra-utérines d'environ 35 % en provoquant une altération globale de la fonction tubaire[12].
- On recense un risque de fausses couches multiplié par 3 par rapport aux femmes non-fumeuses[13].
- Sans toutefois augmenter le risque globale de malformations fœtales (2 à 3%), le tabagisme augmente cependant la fréquence de certaines malformations de type fente labio-palatine (RR1.3).
- Pendant la grossesse, le tabagisme augmente les risques de pathologies gravidiques[14] : hématome rétro-placentaire, placenta bas inséré, retard de croissance intra-utérin, mort in utero, prématurité mais également augmente la consommation globale de soins plus importants dans la petite enfance[15].

---

[11] Vine MF, Smoking and male reproduction: a review. Int J Androl, 1996.19(6):323-37.
[12] Handler A et al., The relationship of smoking and ectopic pregnancy. Am J Public Health, 1989.79(9):1239-42.
[13] George L et al., Environmental tobacco smoke and risk of spontaneous abortion. Epidemiology, 2006.17(5):500-5.
[14] Marpeau L, Tabagisme et complications gravidiques. J Gynecol Biol Obstet Reprod,Masson 2005;34:S130-1.
[15] Burguet A, Quels sont les outils diagnostiques chez le nouveau-né de l'exposition anténatale au tabagisme ? Expérience pédiatrique. J Gynecol Biol Obstet Reprod, Masson 2005 ; 34 :S249-54.

L'hématome rétro-placentaire bien que rare (0.5 à 2.5 %) est une complication grave de grossesse. Il est responsable de décès périnataux, de prématurité et de retard de croissance in utero. Le lien entre tabac et hématome rétro-placentaire ou anomalie d'insertion placentaire est reconnu depuis de nombreuses années[16]. L'incidence de l'hématome rétro-placentaire double chez les fumeuses. Le risque est d'autant plus important que le taux sérique de carboxyhémoglobine est élevé. Le risque de placenta bas inséré est multiplié par 2 en cas de tabagisme. Une relation dose-effet a été démontrée dans les études[17].

Le risque de prématurité chez les fumeuses est connu de longue date (13,1% versus 5,2% chez les non-fumeuses)[18]. Tellement connu que, peut-être, banalisé. Le risque de prématurité est dose-dépendant. La rupture prématurée des membranes avant 34 SA serait 3 fois plus fréquente chez la femme fumeuse.

Ainsi, fumer moins de 20 cigarettes par jour serait responsable d'une augmentation de 20 % du nombre d'accouchements avant 38 SA ; et plus de 20 cigarettes par jour d'une augmentation de plus de 50%[19]. Ici aussi, la majoration du risque disparaît si la femme arrête de fumer avant la conception et diminue nettement si l'arrêt du tabac survient dans le premier trimestre.

---

[16] Naeye RL, Abruptio placentae and placenta previa : frequency, perinatal mortality, and cigarette smoking. Obstet Gynaecol, 1991.98(5):448-52.
[17] Williams MA et al., Cigarette smoking during pregnancy in relation to placenta praevia, Am J Obstet Gynecol, 1991.Jul, 165(1):28-32.
[18] Frazier TM et al., cigarette smoking and prematurity: a prospective study. Am J Obstet Gynecol, 1961.81:988-96.
[19] Wisborg K, The impact of maternal smoking during pregnancy and preterm birth. Br J Obstet Gynaecol, 1996.103(8):800-5.

Le retard de croissance intra-utérin (RCIU) lié au tabac est une diminution harmonieuse de la croissance fœtale qui survient aux cours des 2e et 3e trimestres de grossesse. Le risque relatif de RCIU est multiplié par 2 à 6 fois en cas de tabagisme maternel en cours de grossesse[20]. Arrêter de fumer avant la 16e semaine donne un risque identique à celui d'une non-fumeuse (8,5%). Par contre, le risque augmente à 15,4% lorsque le tabagisme couvre le 3e trimestre.

Le développement du RCIU est dû entre autres, à l'hypoxie fœtale que provoque la liaison du CO à l'hémoglobine fœtale, aux troubles de la perfusion placentaire que la nicotine entraîne par vasoconstriction des artères utérines et ombilicales, à la toxicité du cadmium et à la sous-alimentation fréquente des femmes enceintes fumeuses. Le développement cérébral fœtal est altéré de façon directe (hypoxie) et indirecte (prématurité, RCIU aggravant l'hypoxie).

3.2 Effets néfastes du tabagisme maternel sur l'enfant

Le tabagisme per-gravidique influence le développement staturo-pondéral de l'enfant au-delà de la période périnatale puisque il entraîne un risque plus élevé de diabète de type 2 et une obésité à l'âge adulte.

Le tabagisme maternel durant la grossesse multiplie le risque de mort subite du nourrisson par un facteur 3 à 4 [21]. L'exposition anténatale à la nicotine a des conséquences sur la maturation et la différenciation du tissu pulmonaire. L'intoxication tabagique in utero entrainerait une augmentation des infections respiratoires basses, des bronchites et de l'asthme[22].

---

[20] Kallen K, the impact of maternal smoking during pregnancy on delivery outcome. Eur J Public Health, 2001.11(3):329-33.

[21] Abbott LC, Winzer-Serhan UH. Smoking during pregnancy: lessons learned from epidemiological studies and experimental studies using animal models. Crit Rev Toxicol. 2012 Apr;42(4):279-303. Epub 2012 Mar 6.

[22] Mitchell EA et al., Smoking and the sudden infant death syndrome. Pediatrics.1993 May; 91(5):893-6.

L'exposition passive post-natale majore ces complications respiratoires, de même qu'une augmentation de la sensibilisation aux allergènes.

Les RCIU sont responsables de déficiences intellectuelles modérées et de troubles des apprentissages scolaires. Le tabagisme pendant la grossesse augmente les risques d'hyperactivité et d'hyperexcitabilité. Les études animales démontrent bien l'impact de l'exposition in utero à la nicotine sur le développement[23].

Fumer pendant la grossesse double le risque de l'enfant de devenir un fumeur dépendant à l'âge adulte[24].

---

[23]Khalki H et al., Prenatal exposure to tobacco extract containing nicotinic alkaloids produces morphological and behavioral changes in newborn rats. Pharmacol Biochem Behav. 2012, may;101(3):342-7.

[24] Agrawal A et al., The effects of maternal smoking during pregnancy on offspring outcomes. Prev Med, 2010.50(1-2):13-8.

4 Mise en place d'un projet « Maternité sans tabac »

4.1 Objectifs du projet

4.1.1 Objectifs généraux

- Supprimer les effets du tabagisme « actif » et passif sur le fœtus.
- Supprimer les effets du tabagisme passif sur l'enfant.

4.1.2 Objectifs opérationnels

- Promouvoir une action coordonnée et multidisciplinaire pour une « Maternité sans tabac".
- Dénormaliser le tabagisme auprès d'une population *a priori* plus sensibilisée à la prévention (femmes enceintes, futurs parents et professionnels de la grossesse).
- Informer la femme enceinte fumeuse des conséquences du tabagisme sur son fœtus.
- Promouvoir le soutien à l'arrêt du tabac des patientes enceintes fumeuses et des futurs pères si présents.
- Promouvoir l'information sur le tabagisme passif auprès des futurs parents.
- Prendre en charge le sevrage brutal en cas d'hospitalisation en cours de grossesse.

4.2 Méthodologie

Notre méthodologie repose sur la **continuité** de la prise en charge tabagique et la **formation** de tous les professionnels de santé impliqués dans la surveillance des femmes enceintes et de l'enfant nouveau-né. Ainsi, à chaque étape du suivi de grossesse, une prise en charge spécifique a été développée.

4.2.1 Consultations prénatales

4.2.1.1 L'ANAMNESE TABACOLOGIQUE

Le premier contact avec le TMS (Travailleur médico-social) de l'ONE en consultation prénatale est appelé « anamnèse ». C'est un moment privilégié pour la (les) future(s) mère(s)/futurs parents de rencontre et d'information sur la prise en charge de la grossesse, le suivi ONE et les possibilités de relais en cas de besoins spécifiques. Au cours de cette anamnèse, le TMS diffuse également plusieurs messages de santé important : prévention Toxoplasmose /Cytomégalovirus, alcool et tabac…

Depuis le 1er décembre 2010, une anamnèse tabacologique adaptée d'un questionnaire du Docteur P.Bauche est réalisée en quelques minutes par le TMS auprès de la (les) future(s) mère(s)/futurs parents. Cette anamnèse récolte les informations sur le statut tabagique parental transgénérationnel et évalue la dépendance par le Test de Fagerström simplifié *(annexe 1)*.

Cette anamnèse permet d'aborder de façon professionnelle la problématique du tabagisme actif et passif, le souhait d'arrêt du tabagisme mais également la demande d'aide. Elle est enfin agrafée dans le dossier prénatal à la disposition du gynécologue ou de la sage-femme.

4.2.1.2 LA VISITE PRENATALE

Après avoir pris connaissance des données de l'anamnèse et donc du statut tabagique de la patiente, le (la) gynécologue (ou sage-femme) propose, lors de la 1ère consultation prénatale, une mesure de CO expiré chez toutes les patientes fumeuses et non-fumeuses. La mesure est répétée chez les patientes fumeuses et le statut tabagique réévalué lors de chaque visite ultérieure. L'objectif est ainsi de mieux conscientiser les couples à cette problématique importante.

Toute patiente enceinte fumeuse venant en consultation prénatale est informée par le professionnel de grossesse des facteurs de risque liés au tabagisme durant la grossesse, est évaluée par rapport à sa motivation à l'arrêt tabagique et se voit proposer une aide au sevrage en fonction de sa motivation.

La valeur de la mesure de CO expiré est alors encodée dans le dossier informatisé de la patiente. Les résultats sont discutés avec la patiente sur base notamment d'une comparaison avec l'échelle CO du FARES *(annexe 2).*

L'arrêt du tabac est conseillé de façon claire et univoque. Si la patiente est motivée, et en cas de besoin exprimé de soutien à l'arrêt, trois possibilités lui sont présentées : un rendez-vous au CAF (Centre d'Aide aux Fumeurs) du CHR où une plage horaire est prioritairement allouée aux patientes enceintes, une prise en charge par substituts nicotiniques directement par le gynécologue ou la sage-femme ou alors vers le médecin traitant impliqué dans le sevrage tabagique.

Si la patiente est en arrêt tabagique, le gynécologue ou la sage-femme soutient l'arrêt et prévient une rechute éventuelle. À chaque consultation, la substitution est évaluée

et, si besoin, adaptée. La stratégie des 5A (Ask-Advice-Asses-Assist-Arrange) est ainsi adaptée à notre contexte[25] .

Nous avons créé un arbre décisionnel de prise en charge des patientes en fonction de leur statut tabagique. Celui-ci est mis à disposition des gynécologues et sages-femmes pour les soutenir dans cette prise en charge (*annexe 3).*

4.2.2 Hospitalisation ante-partum (MIC et salle 43)

Toute patiente enceinte fumeuse hospitalisée dans un service de grossesse à risque est informée des facteurs de risques liés au tabagisme durant la grossesse.

La règle de l'hôpital sans tabac est formulée : « Vous ne pouvez pas fumer dans votre chambre, ni à la fenêtre, ni dans les couloirs de l'hôpital ». La patiente est évaluée par rapport à sa motivation à l'arrêt tabagique. Une mesure du CO expiré est effectuée à l'admission et 24h après. La patiente se voit proposer le passage du tabacologue ainsi qu'une aide pharmacologique pour éviter un sevrage brutal *(annexes 4 et 4bis).*

4.2.3 Quartier d'accouchement

Pour tout bébé exposé au tabagisme passif, nous distribuons à la sortie du quartier d'accouchement un bavoir intitulé « Merci de ne pas fumer autour de moi » (bavoirs fournis par le FARES) ainsi qu'un feuillet d'information sur le tabagisme passif *(annexe 5).*

4.2.4 Maternité (post-partum)

Toute « nouvelle accouchée » en sevrage tabagique est soutenue dans sa démarche d'arrêt. Toute « nouvelle accouchée » fumeuse désirant arrêter de fumer reçoit la visite du tabacologue et enfin, toute maman fumeuse reçoit une information par

[25] Fiore MC et al. *Treating Tobacco Use and Dependence.* Clinical Practice guideline.Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.

rapport à l'allaitement et le tabac/ les substituts nicotiniques. En effet, le tabagisme de la mère joue un rôle dissuadant sur l'allaitement maternel. Nous devons promouvoir l'allaitement maternel dans tous les cas y compris chez les femmes fumeuses ou sous traitement substitutif. Si la mère ne parvient pas à arrêter de fumer, il est préférable d'allaiter à distance de la dernière cigarette, et d'éviter au bébé tout tabagisme passif.

L'équipe pédiatrique insiste également sur les dangers du tabagisme passif et conseille l'arrêt du tabac ou *a minima* de fumer à l'extérieur.

4.2.5 Les Jeudis de la Naissance

Un stand d'information avec présence de tabacologue(s) pour répondre aux éventuelles questions des futurs parents sera mis en place.

4.2.6 Formations des acteurs

La réussite de ce programme repose sur la formation généralisée du personnel soignant de la maternité, sur la mesure du CO exhalé et son interprétation ainsi que sur la prescription et la gestion des substituts nicotiniques.

Par personnel soignant, nous comprenons : les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres et néonatologues, les assistants ; mais aussi, les TMS de l'ONE, les infirmières et sages-femmes des services de maternité.

Plusieurs formations ont été mises sur pied et présentées par Mme M-C Servais, tabacologue, et les docteurs V.Masson, obstétricienne et E.Mutsers, assistante en obstétrique.

4.3 Les outils

Dans une structure comme le CHR de la Citadelle où le turn-over des professionnels de la grossesse est relativement important (changement de stagiaires tous les mois, changement d'assistants tous les ans, polyvalence du personnel), le professionnel de la grossesse a besoin de repères et donc d'outils communs afin d'obtenir une action cohérente et surtout pérenne.

Nous avons donc élaboré plusieurs outils spécifiques utiles à la prise en charge à chaque étape du suivi tabagique. Nous avons également utilisé des outils existants mis à notre disposition par le FARES Nous les décrivons dans ce chapitre, ils sont repris en annexe.

4.3.1 L'anamnèse tabacologique

Ce questionnaire a été créé notamment sur base du questionnaire du Docteur P. Bauche, pédiatre impliqué dans la prise en charge du tabagisme familial. Plus concis et réalisable en CPN, l'anamnèse tabacologique nous permet d'évaluer notre population, de cibler nos patientes fumeuses ou exposées au tabagisme passif, d'évaluer leur dépendance, leur motivation à l'arrêt et leur demande d'aide. Cet outil permet d'avoir de nombreuses informations sur l'environnement tabagique de nos patientes *(annexe 1)*.

4.3.2 Analyseur de CO expiré

La mesure du CO expiré est un moyen simple et fiable de dépister en temps réel les fœtus à risque d'hypoxie. Le CO est présent en grande quantité dans la fumée de cigarette inhalée activement ou passivement par la femme enceinte. Il est responsable d'une hypoxie chronique en général assez bien supportée par la future mère. En revanche, le fœtus compense mal ce manque d'oxygène.

À noter que le niveau d'hypoxie fœtale n'est pas proportionnel au nombre de cigarettes fumées. Diminuer le nombre de cigarettes ne diminue d'ailleurs pas le CO expiré et donc l'hypoxie fœtale. Au contraire, la personne fumeuse modifie le nombre de bouffées inhalées et la profondeur de l'inhalation de manière à auto-titrer la quantité de nicotine qu'elle s'administre[26].

Seul l'arrêt de l'exposition à la source de CO et donc l'absence d'inhalation corrige l'hypoxie fœtale en moins de 24h.

La gravité de l'hypoxie fœtale aiguë ou chronique tient à la quantité de CO inhalé [27]qui dépend de la durée de l'exposition, du nombre et de la force des bouffées de fumée inhalée et de la période d'exposition pendant la grossesse.

La mesure du CO augmente la prise de conscience du risque lié au tabagisme prénatal et peut créer et renforcer la motivation à l'arrêt. C'est pour cette raison que nous avons instauré sa réalisation systématique par un gynécologue ou une sage-femme lors des consultations.

Nous utilisons un appareil (piCO) qui nous donne la valeur de CO expiré en ppm (Particules de CO par million de particules d'air). Une échelle créée par le FARES permet la visualisation du résultat du CO expiré et l'impact sur le fœtus. Il est important de noter que le taux de CO estimé du fœtus est celui de la mère augmenté de 15%. Ce feuillet est remis aux patientes et servira à évaluer l'évolution du tabagisme au cours de grossesse *(annexe 2).*

Nous pouvons considérer qu'une valeur de CO expiré :

- **< 5ppm** indique une' non fumeuse'
- **Entre 5-10 ppm** renvoie à une intoxication « de type » tabagisme passif. Il peut

[26] Scherer G, Smoking behaviour and compensation : A review of the literature. Psychopharmacology. 1999. 145:1-20.

[27] Delcroix M, Gomez C, Grossesse et tabac : Evaluation objective des effets du tabagisme par la mesure du CO expiré. BEH, 2006. 21-22 :145-7.

s'agir aussi d'une fumeuse avérée n'ayant plus inhalé de fumée depuis plus de 4 heures.

- **Entre 11-30 ppm** : ceci relève d'une forte intoxication au CO
- **> 30 ppm** : intoxication très importante.

L'interprétation du résultat tiendra compte du délai entre la dernière cigarette fumée et la mesure effectuée.

4.3.3 L'algorithme décisionnel

Un algorithme décisionnel a été conçu afin que les gynécologues et sages-femmes puissent identifier la prise en charge puis évaluer les besoins en substitution et les schémas de prescription. **Tous les renseignements utiles y sont intégrés** : évaluation du statut tabagique, évaluation de la motivation à l'arrêt, évaluation de la dépendance physique par le test de Fagerström simplifié, mesure de CO chez toutes les patientes et interprétation des valeurs, initiation et adaptation de la substitution nicotinique avec symptômes de sur- ou sous-dosage, renseignements pratiques sur le Centre d'Aide aux Fumeurs du CHR avec horaire, remboursement et lieu. Cet algorithme, format A4 plastifié, est disposé sur chaque bureau de consultation et mis à la disposition des gynécologues et sages-femmes *(annexe 3)*.

Pendant la phase test, la TMS de l'ONE remet à toute patiente fumeuse trois brochures éditées par le FARES. L'une explique le rôle de la nicotine dans la dépendance, une autre évoque l'effet du monoxyde de carbone et la dernière aborde les questions de l'influence du tabac sur la grossesse (*annexe 6).*

4.3.4 Le tableau des substituts nicotiniques disponibles

Nous avons créé un tableau reprenant tous les traitements substitutifs compatibles en cours de grossesse. Les différentes molécules disponibles sur le marché, les dosages

disponibles, les combinaisons possibles et l'ordre à favoriser y sont repris. Il a été réalisé afin de faciliter la prescription par les gynécologues et sages-femmes. La prescription d'un substitut nicotinique n'est pas du ressort exclusif du tabacologue. Le professionnel de la grossesse doit disposer lui-même des connaissances en matière de substituts nicotiniques tant pour l'initiation que du suivi (*annexe 7 et 7bis).*

4.3.5 Feuille de suivi statut tabagique en cours d'hospitalisation

Dans le cadre de l'hospitalisation en ante-partum, une feuille de suivi du statut tabagique a été créée. Placée dans le dossier infirmier, elle recueille : la mesure de CO expiré à l'admission et au J1, le souhait de la patiente d'une aide au sevrage tabagique ou non, l'évaluation de la dépendance, la prise en charge pharmacologique proposée et le souhait du passage d'un tabacologue ou non. Le verso de la feuille est destiné à la consultation tabacologique *(annexe 4 et 4bis).*

4.4 *Information et formation du personnel*

La cohérence veut que chacun des professionnels impliqués reçoive une formation appropriée à son rôle dans la maternité.

Dès le mois d'octobre 2010, les assistants en formation de gynécologie-obstétrique ont reçus une formation contenant des bases théoriques sur « tabac et grossesse », la méthodologie du projet « maternité sans tabac », l'exercice pratique de l'analyse du Co expiré ainsi que l'information sur l'utilisation des substituts nicotiniques.

Les TMS de l'ONE ont tous reçu des bases théoriques et l'information sur la méthodologie et les outils. L'anamnèse tabacologique a été soumise à leur approbation.

La formation des médecins spécialistes en gynécologie consultant au CHR et accouchant au CHR a été dispensée lors d'un GLEM (Groupement Local d'Evaluation Médicale) mais également en réunion de service. Les recommandations de bonnes pratiques pour les gynécologues-obstétriciens éditées par le FARES ont également été distribuées à chacun.

Toutes les sages-femmes de maternité (en trois groupes) ont été informées du contenu du projet, de la procédure, de la mesure de CO expiré et de l'utilisation de substituts nicotiniques.

Les pédiatres et néonatologues ont aussi reçu l'ensemble de l'information lors d'une réunion de service de pédiatrie de 2 heures.

5 Evaluation du projet

5.1 Evaluation de l'anamnèse

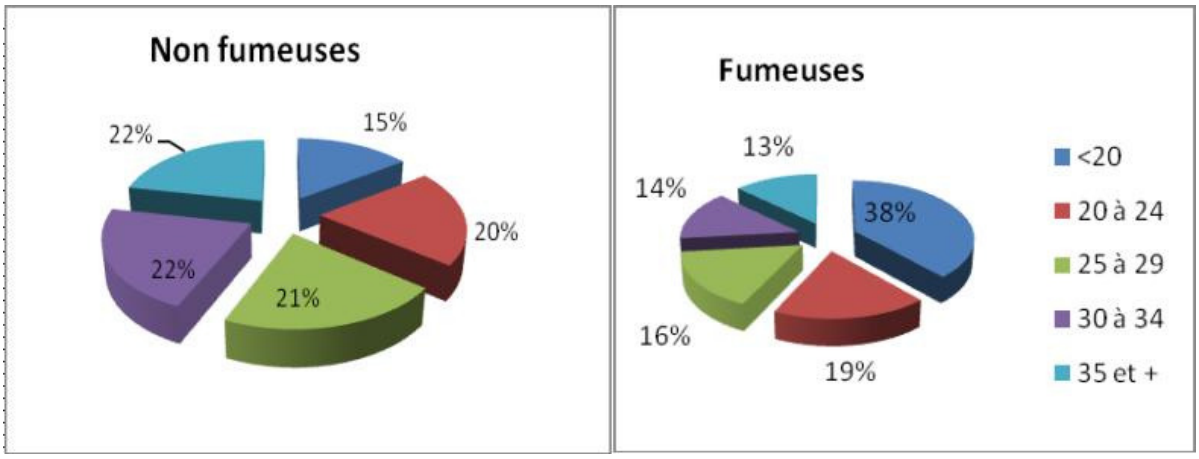
Les anamnèses prénatales tabacologiques effectuées par les TMS de l'ONE (du 01/12/2010 au 30/04/2011) lors de l'inscription à la consultation prénatale ont permis d'obtenir les informations suivantes :

Statut tabagique

Sur 545 patientes,

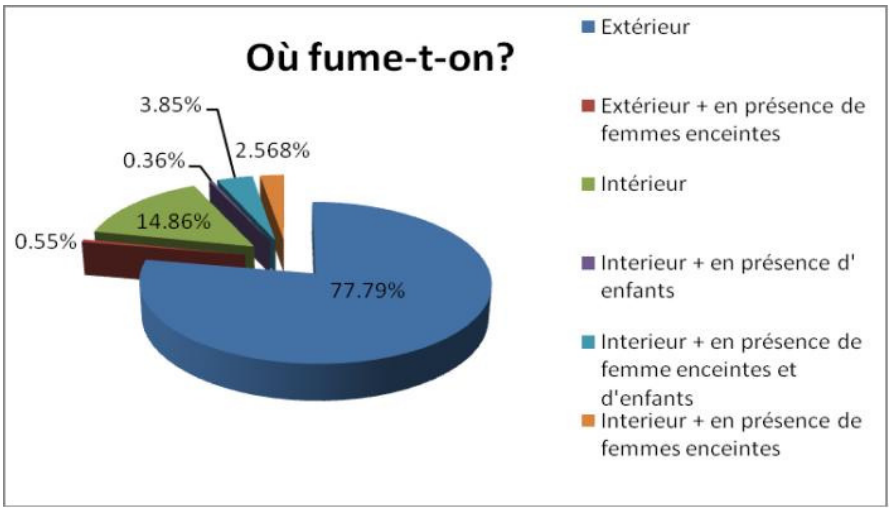
- 95 fument. Cela représente 17.4% dans notre population.
- 28 ont arrêté spontanément en apprenant leur grossesse (5.1%)
- Nous avions donc 22.5% de femmes fumeuses en tout début de grossesse.

Catégories d'âge des patientes enceinte selon le statut tabagique



La consommation diminue avec l'âge : 38% pour les < 20 ans contre 13% pour les >35 ans. La prévalence du tabagisme chez les jeunes femmes est très importante puisque 57% des moins de 25 ans fument.

Où fume-t-on ?



Dans 22.2% des foyers, on fume à l'intérieur, en présence de femme enceinte ou en présence d'enfants. 77% déclarent fumer à l'extérieur.

Antécédents tabagiques transgénérationnels

Indépendamment des facteurs influençant le tabagisme, l'exposition au tabagisme maternel in utero double le risque de devenir fumeurs dépendant de la cigarette plus tard.

Tabagisme transgénérationnel	Patientes non fumeuses	Patientes fumeuses	Totaux
Non	387 (86%)	53 (55.79%)	440 (80.73%)
Oui	63 (14%)	42 (44.21%)	105 (19.27%)
Total	450 (82.57%)	95 (17.43%)	545 (100%)

Notre étude montre conformément à la littérature[28] qu'il existe une influence significative d'une exposition au tabac durant l'enfance sur le statut tabagique puisque chez les patientes fumeuses, 44% avaient un parent fumeur contre seulement 14% chez les non fumeuses.

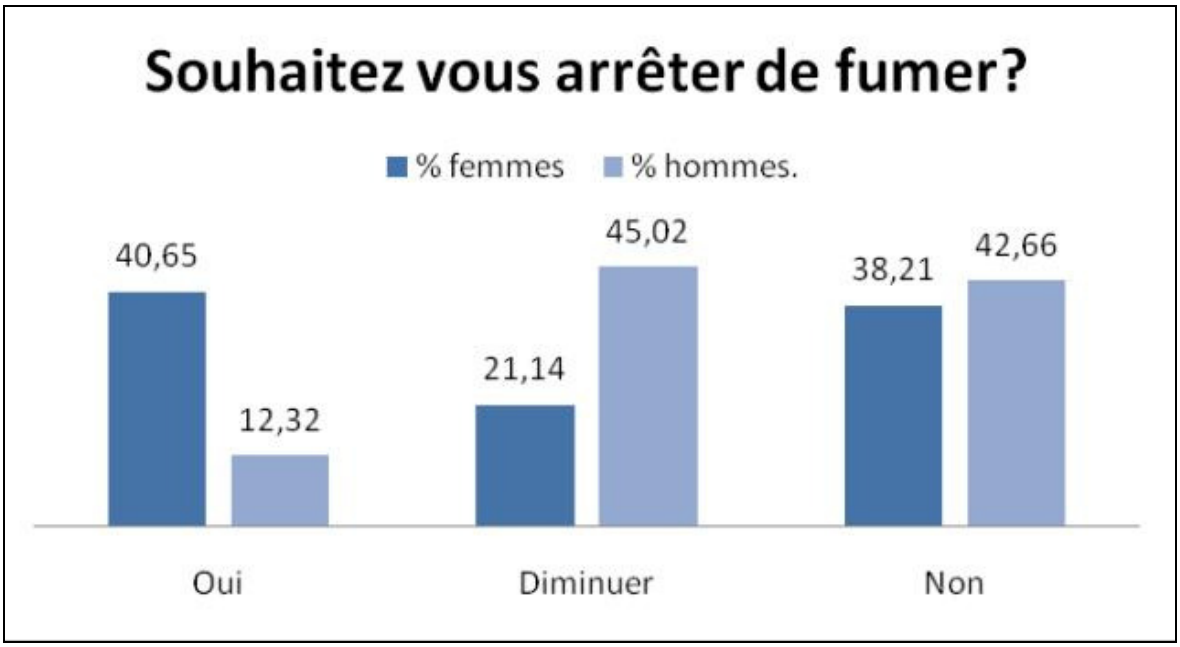
Influence de la grossesse sur la consommation de tabac

Nombre de cigarette/j avant et pendant la grossesse	Moyenne	t	p
Consommation de la mère	17,93		
Consommation de la mère pendant la grossesse	10,65	8,234	0,000000
Consommation du père	17,02		
consommation du père pendant la grossesse	15,86	2,567	0,010990

Nous mettons en évidence une diminution significative du nombre de cigarettes fumées chez la future mère (de 17.93 à 10.65 cig/j en moyenne) en cours de grossesse. Chez le futur père, cette diminution existe dans une moindre mesure (de 17 à 15.86 cig/j) pendant la grossesse.

[28] Paul SL, Parental smoking and smoking experimentation in childhood increase the risk of being a smoker 20 years later: the childhood Determinants of Adult Health Study. Addiction, 2008. 103(5):846-53.

Influence de la grossesse sur le souhait d'arrêter de fumer



A la question « souhaitez-vous arrêter de fumer ? », 40.6% répondent affirmativement, 21.14% souhaitent diminuer et 38.21% ne veulent pas changer leurs habitudes tabagiques. Les futurs pères sont moins motivés à l'arrêt, seulement 12.32%, mais 45.02% sont prêts à modifier leurs habitudes tabagiques. Il faut donc profiter de cette motivation pour encourager l'arrêt le plus précocement possible.

Comparaison du souhait d'arrêt du tabac et demande d'aide

Souhait d'arrêter de fumer de la mère	Demande d'aide de la mère pour arrêter de fumer	Indécis face à une aide pour arrêter de fumer	Pas de souhait d'aide pour arrêter de fumer	Totaux
Oui	20 (51.29%)	1 (2.56%)	18 (46.15%)	39
Diminuer	3 (15%)	7 (35%)	10 (50%)	20
Non	0 (0%)	0 (0%)	36 (100%)	36
Total	23	8	64	95

Une patiente sur deux souhaitant arrêter de fumer est en demande d'aide pour y parvenir (51,29%). Parmi les patientes désirant diminuer ou arrêter de fumer (23 patientes), 10 ont consulté le CAF. Toutes les patientes ont été vues dans les 15 jours après leur demande. Sur l'année 2011, 20 patientes enceintes ont consulté le CAF.

5.2 Evaluation en consultation prénatale

Après avoir formé l'ensemble des professionnels de la grossesse (spécialistes, assistants et sages-femmes), ceux-ci ont appliqué la méthodologie proposée et encodé dans le dossier informatisé de la patiente le statut tabagique de la patiente et la valeur de CO expiré.

Du 1/12/2010 au 31/05/2011, nous avons recensé 2829 contacts patients et seulement 314 statuts tabagiques notés dans le dossier informatisé (11%). On conclut que le professionnel de la grossesse aborde le statut tabagique seulement 1 fois sur 10 contacts en consultation prénatale (Figure 1).

Si l'on observe l'attitude des gynécologues-obstétriciens en CPN : Sur les 850 patientes suivies par un gynécologue-obstétricien (spécialiste ou assistant), 206 dossiers seulement mentionnent le statut tabagique de la patiente. Cela signifie que seulement 24% des patientes sont interrogées sur leur tabagisme en consultation médicale. Parmi ces 206 patientes, 145 étaient non-fumeuses (71%) et 61 fumeuses (29%). 85 patientes ont au moins mesuré une fois leur CO expiré (41%). Sur les 61 fumeuses, 46 ont fait le test de CO (75%) ; sur les 145 non fumeuses, 39 ont fait le test de CO expiré (27%) (Figure 2).

17 gynécologues-obstétriciens sur 18 formés ont encodé les données tabacologiques de leur patiente dans leur dossier médical informatisé. 13 gynécologues sur 18 formés ont proposé la mesure du CO expiré (Figure 1).

Si l'on observe l'attitude de nos sages-femmes en consultation prénatale : Sur les 238 patientes suivies par sage-femme, 201 dossiers mentionnent le statut tabagique de la patiente (84%). Cela signifie que nos sages-femmes sont plus sensibilisées à la problèmatique du tabagisme et plus sytématiques dans le remplissage du dossier médical. Par contre, la mesure de CO expiré n'est pratiquée qu'auprès de 24 patientes (12%) laissant entrevoir un malaise à la réalisation de la mesure de CO expiré. Le recensement du nombre de mesures de CO expiré au cours du temps, nous permet de mieux évaluer l'impact de la formation reçue : en effet, nous avons observé un maximum de mesure dans les 3 mois qui ont suivi la formation avec essoufflement progressif ensuite (Figure 3).

Fig.1 Comparaison entre la question du statut tabagique et la réalisation du test CO expiré en CPN avec répartition entre les 18 gynécologues et les sages-femmes.

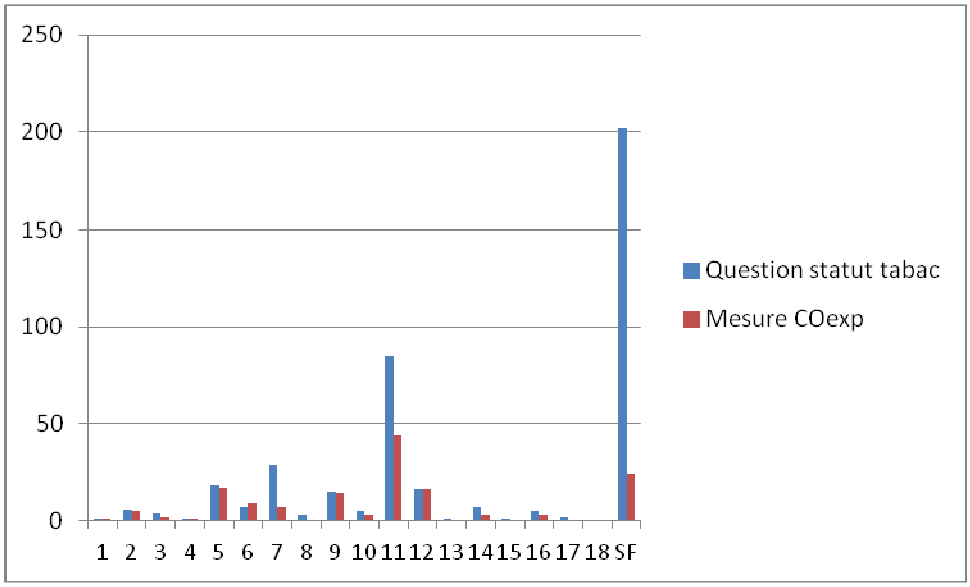


Fig.2 Synthèse des statuts tabagiques consignés dans le dossier et des mesures de CO expiré et comparaison entre médecins gynécologues et les sages-femmes.

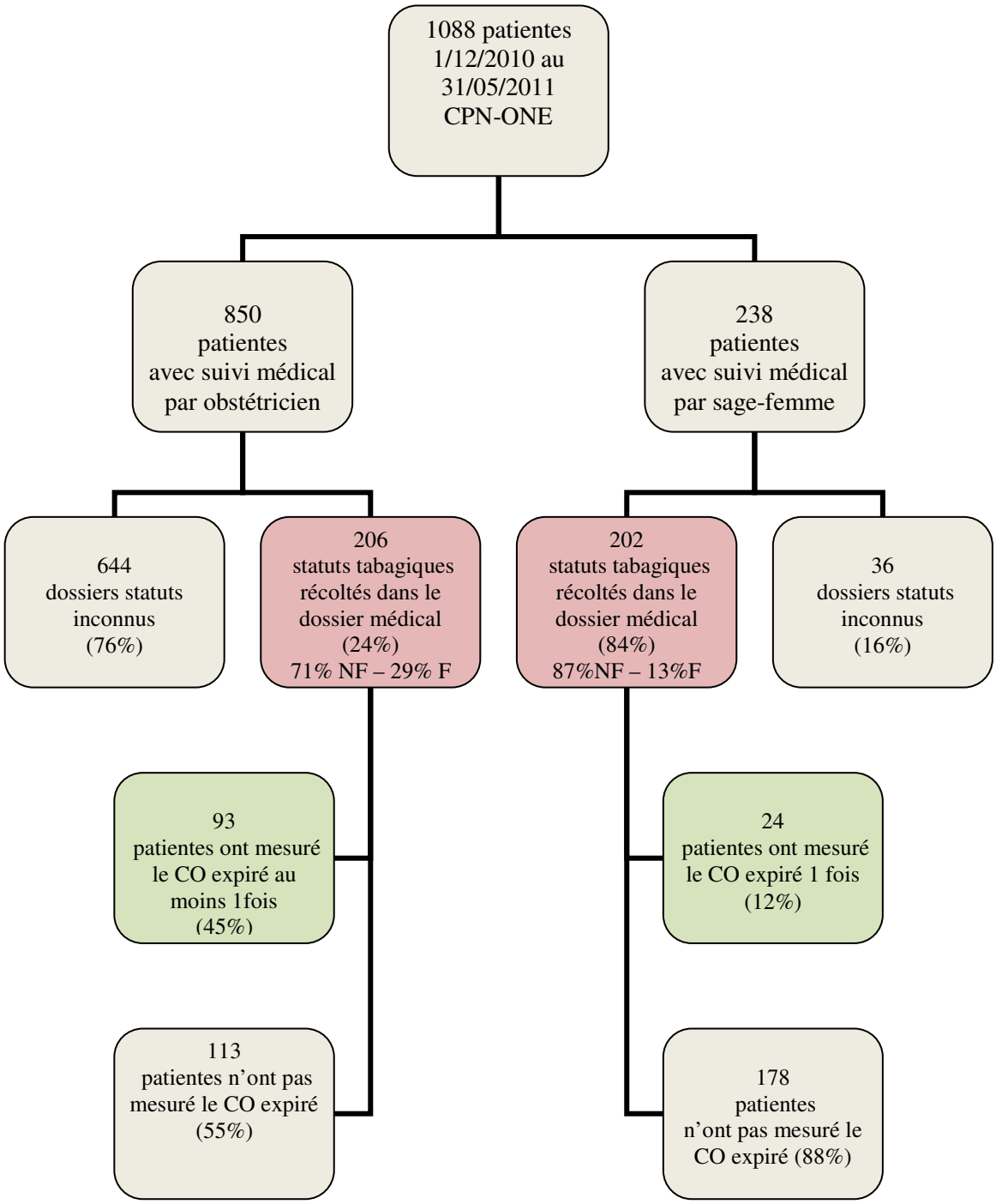
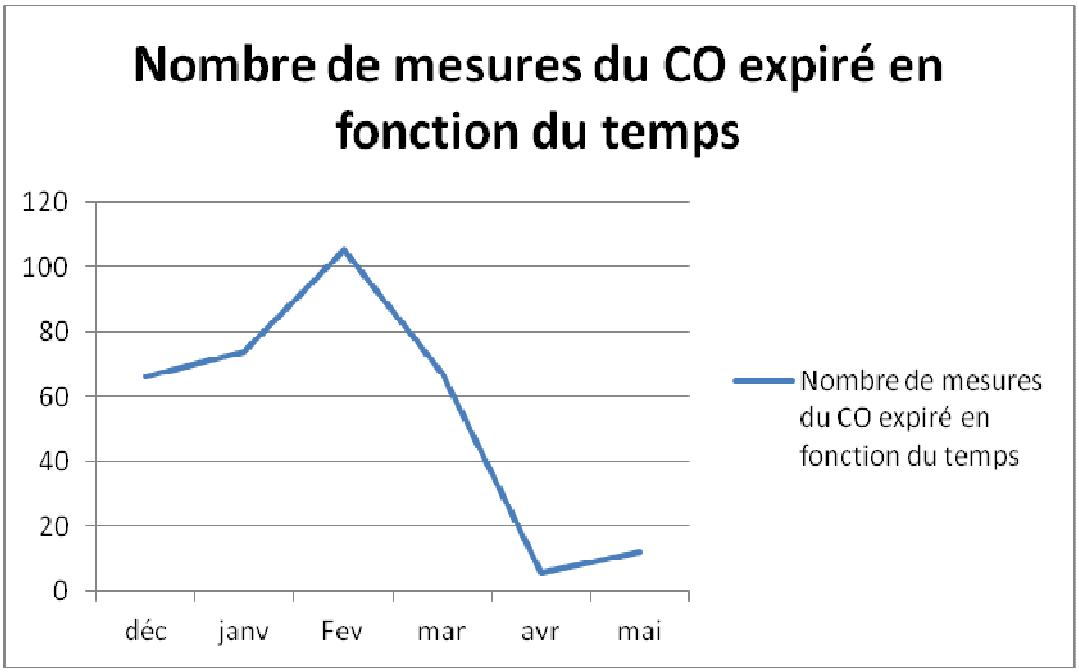


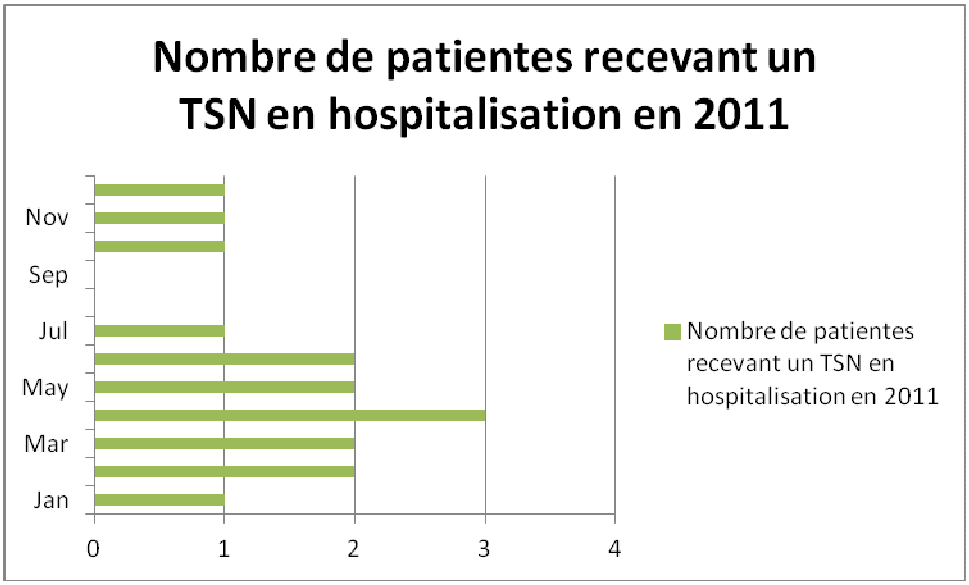
Fig.3 Nombre de mesures de CO expiré en fonction du temps.



5.3 Evaluation en cours d'hospitalisation

16 patientes ont bénéficié d'un traitement par substituts nicotiniques (TSN) en cours d'hospitalisation durant l'année 2011 (pour une maternité de 2405 accouchements par an et +/- 600 hospitalisations MIC/an) (Figure 4).

Fig.4 Nombre de patientes recevant un TSN en hospitalisation en fonction du temps en 2011.



6 Synthèse

Le projet « Maternité sans tabac » a pu voir le jour grâce à l'action coordonnée d'une volonté institutionnelle et de service. La formation en tabacologie d'une gynécologue–obstétricienne impliquée en médecine préventive, l'action concrète d'une assistante motivée et le travail remarquable d'une infirmière coordinatrice tabacologue ont permis la mise en place d'une action globale, multidisciplinaire et cohérente en matière de prise en charge du tabagisme pendant la grossesse.

Action globale parce qu'elle comporte toutes les étapes de prise en charge : détection du tabagisme, information de santé, évaluation de la motivation à l'arrêt, disponibilité de tabacologues, prescription de substituts par l'intervenants de première ligne, suivi en cours de grossesse et en postpartum, information sur le tabagisme passif.

Action multidisciplinaire parce que chaque acteur impliqué dans l'accompagnement de la femme enceinte et de son enfant a reçu une formation quant à son rôle dans la démarche. L'uniformisation du message et la cohérence en étaient l'objectif.

Grâce à l'anamnèse tabacologique réalisée par les TMS, nous avons déterminé que 22.5% des patientes fument en tout début de grossesse ; 17,4% continuent de fumer pendant la grossesse ; 5% arrêtent spontanément dès l'annonce de la grossesse. Une ancienne étude suédoise[29] de 1992 montrait un taux d'arrêt de 29% : 18% avant la 1ère visite, 7% durant les 1er et 2e trimestres et 4% durant le 3e trimestre.

[29] Cnattingius S, Lindmark G, Meirik O, Who continues to smoke while pregnant? J Epidemiol Community Health. 1992;46(3):218.

Ainsi, si une femme enceinte n'arrête pas de fumer dès l'annonce de la grossesse, il y a peu de chance pour qu'elle arrête spontanément en cours de grossesse. Ceci entraîne deux réflexions : premièrement, l'information et la préparation à l'arrêt doivent être discutées en période préconceptionnelle ; et deuxièmement, même si l'intervention du gynécologue en cours de grossesse a peu de chance d'aboutir à la cessation tabagique, elle doit être univoque et répétée en prévention d'une grossesse ultérieure.

La consommation diminue avec l'âge : 38% pour les < 20ans contre 13% pour les >35 ans. La prévalence du tabagisme chez les jeunes femmes est très importante puisque 57% des moins de 25 ans fument ce qui correspond aux données de la littérature[30]. Il existe une influence significative d'une exposition au tabac durant l'enfance sur le statut tabagique puisque chez les patientes fumeuses, 44% avaient un parent fumeur contre seulement 14% chez les non fumeuses. La future mère diminue significativement le nombre de cigarettes fumées (de 17.93 à 10.65 cig/j en moyenne) pendant la grossesse. Chez le futur père, cette diminution existe dans une moindre mesure (de 17 à 15.86 cig/j) pendant la grossesse.

40.6% souhaitent arrêter de fumer, 21.14% souhaitent diminuer et 38.21% ne veulent pas changer leurs habitudes tabagiques. Les futurs pères sont moins motivé à l'arrêt, seulement 12.32% mais 45.02% sont prêts à modifier leurs habitudes tabagiques. Il faut donc profiter de cette motivation pour encourager l'arrêt le plus précocement possible. Parmi les patientes désirant diminuer ou arrêter de fumer (23 patientes), 10 ont consulté le CAF. Toutes les patientes ont été vues dans les 15 jours après leur demande. Nous n'avons pas pu évaluer le taux d'arrêt en cours de grossesse après intervention.

[30] Rodriguez-Thompson D, Smoking and pregnancy, Up To Date, Avr 2, 2012.

En CPN, dans notre étude, le professionnel de la grossesse aborde le statut tabagique seulement 1 fois sur 10 contacts. Seulement 24% des patientes sont interrogées par leur gynécologue sur leur tabagisme contre 84% si c'est une sage-femme qui assure leur suivi. Nos sages-femmes paraissent plus sensibilisées à la problèmatique du tabagisme et plus sytématiques dans le remplissage du dossier médical. Alors qu'il existe un bénéfice démontré de l'aide au sevrage tabagique, la question du statut tabagique devrait être posée à chaque femme enceinte [31].

13 gynécologues sur 18 formés ont proposé la mesure du CO expiré. Cette mesure a été pratiquée auprès de 41% des patientes suivies par un gynécologues contre 12% des patientes suivies par sage-femme laissant entrevoir un malaise à la réalisation et/ ou à l'interprétation de la mesure de CO expiré. Une intervention, même brève, a plus d'impact que l'information seule comme le montre la revue Cochrane 2009. La mesure systématique du monoxyde de carbone est un moyen simple et fiable d'objectiver le tabagisme de la patiente et de le corréler avec les conséquences staturo-pondérales chez le nouveau-né[32].

Nous avons observé un maximum de mesures de CO expiré dans les 3 mois qui ont suivi la formation avec un net essoufflement par la suite. La répétition de la formation semble primordiale pour la pérennité du projet en raison du grand nombre d'intervenants, du renforcement indispensable de la motivation du professionnel de santé mais également en raison de leur turn-over (les assistants changent de lieu de stage chaque année).

[31] U.S. Preventive Services Task Force, Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med. 2009;150(8):551.

[32] Delcroix M-H, Gomez C, Dautzenberg B, Marquis P, Dognin C, Grossesse et tabac : les leçons des trois études pour améliorer les pratiques professionnelles, La revue Sage-Femme, 2012, 11, 81-86.

Sur les +/- 600 hospitalisations en 2011 au sein de notre unité de grossesses à risque, 16 patientes ont bénéficié d'une substitution nicotinique en cours d'hospitalisation. Lors d'une hospitalisation, la prise en charge du tabagisme de la patiente s'impose, d'une part, parce que le tabac agit parfois directement sur la pathologie pour laquelle elle a été admise et, d'autre part, pour réduire le syndrome de manque lié à l'interdiction de fumer dans l'hôpital[33]. Bien que 16 patientes ne représentent pas une grande cohorte , elles témoignent de la mise en pratique de notre portocole : évaluation du statut, proposition d'aide au sevrage forcé, appel du tabacologue. Il existe une littérature abondante sur les traitements substitutifs nicotiniques durant la grossesse. La toxicité relative des TSN est compensée par l'absence d'effets délétères supplémentaires sur le fœtus par rapport à la cigarette. Bien que les traitements substitutifs nicotiniques aient prouvé leur efficacité sur le sevrage tabagique dans la population générale, les essais randomisés chez les femmes enceintes fumeuses n'ont pas pu mettre en évidence l'efficacité des patches ou des gommes par rapport au placebo dans cette population[34]. Les TSN ne remplaceront pas le dialogue et le soutien motivationnel à apporter aux patientes hopsitalisées et en sevrage forcé mais ils sont encouragés si le syndrome de manque apparaît.

[33] Martinez M, Pertinence d'un protocole de prise en charge du sevrage tabagique dans un service de grossesses à haut risque. La Revue Sage-Femme, 2009, 8, 286-291.
[34] Coleman T, Cooper S, Thornton JG, Grainge MJ, Watts K, Britton J, Lewis S, Smoking, Nicotine, and Pregnancy (SNAP) Trial Team, A randomized trial of nicotine-replacement therapy patches in pregnancy. N Engl J Med. 2012;366(9):808.

7 Conclusions

Le tabagisme maternel retentit sur le bien-être foetal global puisqu'il entraîne une hypoxie chronique ; celle-ci résulte de la formation de la carboxyhémoglobine sous l'effet du CO, d'une vasoconstriction utéroplacentaire induite par les pics de nicotine et/ou les substances oxydantes de la fumée de cigarettes, des anomalies placentaires et du retentissement cardio-vasculaire fœtal de la nicotine.

Il convient d'attirer l'attention des femmes et des hommes sur le rôle néfaste du tabac en reproduction humaine. Ceci est d'autant plus important que le nombre de fumeuses ne cesse d'augmenter chez les adolescentes et les femmes jeunes bientôt en âge de procréation.

Le projet « Maternité et Famille sans Tabac » a créé une dynamique motivante et bientraitante autour de et avec la patiente enceinte fumeuse et son entourage. En tant que service universitaire, nous donnons ainsi à tous les professionnels impliqués dans la grossesse, aux jeunes médecins et élèves sages-femmes, accès à une formation dite « de terrain » à la prise en charge du tabagisme.

L'implication des TMS dans leur rôle d'information, des sages-femmes dans leur rôle de soutien et d'écoute, des gynécologues-obstétriciens dans leur rôle de référence et « d'argument d'autorité », des pédiatres dans leur rôle auprès des familles, rend chaque acteur indispensable dans la motivation liée au sevrage tabagique.

Un seul prérequis : la motivation du professionnel lui-même.

8 Perspectives

A court terme, il nous faut maintenir la dynamique enclenchée par une formation annuelle chaque mois d'octobre (rentrée académique) afin d'impliquer chaque acteur de la grossesse dans la prise en charge du tabagisme maternel.

Nous souhaitons créer une consultation préconceptionnelle intégrant la prise en charge par un gynécologue-tabacologue du sevrage tabagique de la patiente et/ou de son conjoint en lien éventuel avec le CPMA.

Notre projet « Maternité sans tabac » a vu le jour mais ne nous a pas encore permis d'évaluer l'impact réel sur l'arrêt du tabagisme en cours de grossesse. Nous travaillons maintenant sur les moyens de récolte des données tabagiques au moment de l'accouchement.

A long terme, il sera nécessaire de former plusieurs sages-femmes (une par unité de soins) en tabacologie. La réalisation d'un mémoire étant un frein important pour une majorité d'entre elles. Il serait peut-être utile de redynamiser la formation spécifique pour TMS, sages-femmes, infirmières qui se verraient évaluées par un examen théorique sans la condition d'un mémoire.

9 Bibliographie

1. Delcroix M, « Charte Maternité sans tabac » de l'Association Périnatalité Prévention Recherche Information (APRI) - Comment devenir une maternité sans tabac - Mars 2008.
2. Servais MC, « Mise en place d'un projet pilote pour l'accompagnement des patients fumeurs hospitalisés dans un service de cardiologie au CHR de la Citadelle de Liège », mémoire de formation continuée en tabacologie du FARES, 2005-2006.
3. FARES a.s.b.l., Référentiel « Naître et Grandir sans Tabac », un programme destiné aux pôles mère-enfant, 2011.
4. FARES a.s.b.l., Godding V, Tabagisme prénatal. Recommandations de bonne pratique pour les gynécologues obstétriciens. 2010.
5. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L, Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2009. Jul 8 (3):CD001055.
6. Special eurobarometer,332 ; European commission, may 2010 ; fieldwork october 2009.
7. Banque de données médico-sociales de l'ONE, Rapport année 2010.
8. Solomon LJ et al., Psychological symptoms following smoking cessation in pregnant smokers. J Behav Med. 2006 Apr; 29(6):151-60.
9. Aveyard P et al., Is advice to stop smoking from a midwife stressful for pregnant women who smoke? Data from a randomized controlled trial. Prev Med.2005 May; 40(5):575-82.
10. FARES a.s.b.l., Tabac et Fertilité, Revue de la littérature, Septembre 2011.
11. Vine MF, Smoking and male reproduction: a review. Int J Androl, 1996.19(6):323-37.
12. Handler A et al., The relationship of smoking and ectopic pregnancy. Am J Public Health, 1989.79(9):1239-42.
13. George L et al., Environmental tobacco smoke and risk of spontaneous abortion. Epidemiology, 2006.17(5):500-5.
14. Marpeau L, Tabagisme et complications gravidiques. J Gynecol Biol Obstet Reprod,Masson 2005;34:S130-1.

15. Burguet A, Quels sont les outils diagnostiques chez le nouveau-né de l'exposition anténatale au tabagisme ? Expérience pédiatrique. J Gynecol Biol Obstet Reprod, Masson 2005 ; 34 :S249-54.
16. Naeye RL, Abruptio placentae and placenta previa : frequency, perinatal mortality, and cigarette smoking. Obstet Gynaecol, 1991.98(5):448-52.
17. Williams MA et al., Cigarette smoking during pregnancy in relation to placenta praevia, Am J Obstet Gynecol, 1991.Jul, 165(1):28-32.
18. Frazier TM et al., cigarette smoking and prematurity: a prospective study. Am J Obstet Gynecol, 1961.81:988-96.
19. Wisborg K, The impact of maternal smoking during pregnancy and preterm birth. Br J Obstet Gynaecol, 1996.103(8):800-5.
20. Kallen K, the impact of maternal smoking during pregnancy on delivery outcome. Eur J Public Health, 2001.11(3):329-33.
21. Abbott LC, Winzer-Serhan UH. Smoking during pregnancy: lessons learned from epidemiological studies and experimental studies using animal models. Crit Rev Toxicol. 2012 Apr;42(4):279-303. Epub 2012 Mar 6.
22. Mitchell EA et al., Smoking and the sudden infant death syndrome. Pediatrics.1993 May; 91(5):893-6.
23. Khalki H et al., Prenatal exposure to tobacco extract containing nicotinic alkaloids produces morphological and behavioral changes in newborn rats. Pharmacol Biochem Behav. 2012, may;101(3):342-7.
24. Agrawal A et al., The effects of maternal smoking during pregnancy on offspring outcomes. Prev Med, 2010.50(1-2):13-8.
25. Fiore MC et al. *Treating Tobacco Use and Dependence.* Clinical Practice guideline.Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
26. Scherer G, Smoking behaviour and compensation : A review of the literature. Psychopharmacology. 1999. 145:1-20.
27. Delcroix M, Gomez C, Grossesse et tabac : Evaluation objective des effets du tabagisme par la mesure du CO expiré. BEH, 2006. 21-22 :145-7.
28. Paul SL, Parental smoking and smoking experimentation in childhood increase the risk of being a smoker 20 years later: the childhood Determinants of Adult Health Study. Addiction, 2008. 103(5):846-53.

29. Cnattingius S, Lindmark G, Meirik O, Who continues to smoke while pregnant? J Epidemiol Community Health. 1992;46(3):218.
30. Rodriguez-Thompson D, Smoking and pregnancy, Up To Date, Avr 2, 2012.
31. U.S. Preventive Services Task Force, Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: U.S. Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. Ann Intern Med. 2009;150(8):551.
32. Delcroix M-H, Gomez C, Dautzenberg B, Marquis P, Dognin C, Grossesse et tabac : les leçons des trois études pour améliorer les pratiques professionnelles, La revue Sage-Femme, 2012, 11, 81-86.
33. Martinez M, Pertinence d'un protocole de prise en charge du sevrage tabagique dans un service de grossesses à haut risque. La Revue Sage-Femme, 2009, 8, 286-291.
34. Coleman T, Cooper S, Thornton JG, Grainge MJ, Watts K, Britton J, Lewis S, Smoking, Nicotine, and Pregnancy (SNAP) Trial Team, A randomized trial of nicotine-replacement therapy patches in pregnancy. N Engl J Med. 2012;366(9):808.

10 Annexes

ANNEXE 1

Etiquette patiente

CHR CITADELLE
Un hôpital pour tous, la santé pour chacun

Anamnèse tabacologique

Pays d'origine :	
Comprend français	❑ OUI ❑ NON ❑ INTERPRETE
Situation familiale	❑ Couple ❑ Famille recomposée ❑ M seule ❑ Autre : …..
Niveau socio-économique *(femme)*	❑ Ouvrier ❑ Employé ❑ Indép ❑ Chômeur ❑CPAS ❑ Sans ❑ Autre : ….

Antécédents gynécologiques -obstétriques

Gestité :	Parité :	
Fausses couche : OUI- NON Nombre :	GEU : OUI- NON Nombre :	IVG :OUI- NON Nombre :
Antécédents obstétricaux : (MAP,RPM, RCIU,Prématurité,..)		
Etat de santé des enfants : ❑ allergie(s) X … ❑ asthme X ... ❑ bronchites X …	❑ otites X … ❑ mort subite X … ❑ autre(s) : …….	

ATCD **trans générationnel** :csq d'une exposition au tabac durant enfance : O Mère O Père

Statut du tabagisme parental :

	Future mère	**Futur père**
Tabagisme	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON
Consommation : Nombre cig/jour : **avant** grossesse **pendant** grossesse	❑ Occasionnelle (<1cig/j) ❑ Régulière …….CPJ …….CPJ	❑ Occasionnelle (<1cig/j) ❑ Régulière …….CPJ …….CPJ
Durée entre le réveil et la 1ère cigarette :	❑ < 5 minutes. ❑ 6 à 30 minutes. ❑ 30 à 60 minutes. ❑ > 60 minutes	❑ < 5 minutes. ❑ 6 à 30 minutes. ❑ 30 à 60 minutes. ❑ > 60 minutes
Age de début		
Si ex-fumeur, âge d'arrêt		
Tentative d'arrêt ?	❑ OUI ❑ NON	❑ OUI ❑ NON
Souhaitez-vous arrêter ?	❑ OUI ❑ NON ❑ Diminuer	❑ OUI ❑ NON ❑ Diminuer
En demande d'aide ?	❑ OUI ❑ NON ❑ Indécis	❑ OUI ❑ NON ❑ Indécis

Où fume-t-on ?	Intérieur	Extérieur seulement	En présence d'enfant	En présence de femme enceinte

ANNEXE 2

FARES asbl
Rue de la Concorde, 56
1050 BRUXELLES
Tel: 02/512 29 36
www.grossessesanstabac.be

CO (ppm)	Maman	Fœtus
20 et plus		
20		
19		
18		
17		
16	Fumeur régulier	
15		
14		Zone à haut risque
13		
12		
11		
10	Fumeur passif	
9	ou	
8	Petit fumeur	
7		
6		
5		
4	Non fumeur	Zone sans risque
3		
2		
1		

Mesure de CO: ppm

Heure de la mesure:

Tabacologue:

FARES asbl Service Prévention Tabac

ANNEXE 3

PRISE EN CHARGE TABAC ET GROSSESSE

CHR CITADELLE
Un hôpital pour tous, la santé pour chacun

1. Identifiez le statut tabagique: *« Est-ce que vous fumez? »*

Non-fumeuse

Entourage fumeur ?

Oui → **Fumer à l'extérieur**

Non

Fumeuse

2. Evaluer la motivation à l'arrêt:
« Maintenant que vous êtes enceinte, que comptez-vous faire avec votre tabagisme? »

3. Evaluer la dépendance physique :

« Combien de cigarettes fumez-vous par jour? »
<10 (0), 11-20 (1), 21-30 (2), >30 (3)

« Au réveil, après combien de minutes fumez-vous votre 1ère cig.? »
5min.(3), 5-30 min.(2), 30-60 min.(1), >60min(0)

Résultats :
0-1: dépendance faible
2-3 : dépendance moyenne
4-6 : dépendance forte

→ **Brochures :**
Nicotine
CO

Ex-Fumeuse
(Féliciter et encourager à poursuivre l'arrêt.
Evaluer les difficultés rencontrées. Besoin d'aide?)

Entourage fumeur ?

Non

Oui → **Fumer à l'extérieur**

4. Mesure CO chez TOUTES les patientes à CHAQUE consultation

0 à 5 ppm	6 à 10 ppm	> 10 ppm
Pas d'intoxication	Petit fumeur ou tabagisme passif	Tabagisme actif
Oxygénation fœtale normale	Risque modéré	Intoxication au CO : Zone à haut risque

→ **Feuillet** mesure CO

1. Demander quand dernière cigarette
2. Allumer l'appareil en appuyant > 3 secondes
3. Mettre embout carton à usage unique
4. Sélectionner l'option en double-cliquant
5. Pendant le décompte, demander à la femme enceinte retenir sa respiration pendant 10 secondes puis d'expirer lentement dans l'embout buccal
6. Donner le résultat et le situer sur l'échelle

Taux de CO estimé du fœtus = celui de la mère + 15%

Symptômes de sous dosage :
Nervosité-impatience ;
Besoins impérieux de fumer ;
Insomnies ; difficultés de concentration ;
Irritabilité – colère ;
Anxiété – dépression ;
Céphalées ; ↗ appétit …
Symptômes de surdosage :
Bouche pâteuse, nausées, diarrhée, palpitations, insomnies

5. Substitution nicotinique

- **Formes orales**
  1 comprimé = 2 cigarettes
  - si 1ère cig ≤ 30 min → 4 mg
  - si 1ère cig. ≥ 30 min → 2 mg
- Si intolérance formes orales :
  - patch 21 mg (à retirer pour la nuit!)
- Inhaleur

→ **Feuillet info sur les substituts**

Centre d'Aide aux Fumeurs :
- Consultations individuelles sur prise de rendez-vous
!! Phase test: prise RV via ☎04/ 230 79 50
- Jeudi après-midi
- 8 consultations entièrement remboursées par grossesse
- Polyclinique pneumologie (1er étage côté pair)
- Conjoint : 8 consultations entièrement remboursées sur 2 années civiles

- Evaluation substitution à chaque consultation
  (Adaptation selon signes surdosage et sous-dosage)
- Poursuivre traitement pendant 3 mois. Diminuer la dose après 4 semaines :
  Formes orales : diminuer de moitié
  Patch : 21 mg → 14 mg → 7 mg
- Femmes allaitantes : poursuivre schéma thérapeutique préalablement instauré. Préférer les formes orales (après tétées)
- **Promouvoir arrêt total** chez la femme enceinte car compensation involontaire de façon à extraire un maximum de nicotine
  → taux de CO très élevé et inhalation plus profonde des toxiques →si arrêt inenvisageable, compenser diminution par des substituts oraux.

Ed : CHR Citadelle. Dr V. Masson (✆ 7157)– Dr E. Mutsers (✆ 8565)– MC Servais (✆ 7950)

ANNEXE 4 ET 4bis

A placer dans dossier infirmier avec anamnèse

CHR CITADELLE
Un hôpital pour tous, la santé pour chacun

SUIVI STATUT TABAGIQUE
(AR 31 AOÛT 2009)

Etiquette patient

A remplir par le médecin gynécologue ou la sage-femme :

Date : … / … / 20 …

Identifier le statut tabagique: *« Est-ce que vous fumez? »*

❑ En sevrage

❑ **Fumeuse**

Rappel règle
« Il *est interdit de fumer dans la chambre.* »

Evaluation dépendance physique (*Test simplifié de Fagerström*)

	Avant grossesse	Depuis annonce grossesse
Nombre cigarettes/ jour	… CPJ	… CPJ
Délai entre 1ère cigarette et réveil	❑ < 5 min. ❑ 5 – 30 min. ❑ > 30 minutes	❑ < 5 min. ❑ 5 – 30 min. ❑ > 30 minutes

Mesure CO:

… ppm Délai dernière cigarette : …….

- **Souhait patiente :**

❑ Arrêt sans aide ❑ Ne souhaite pas arrêter

❑ Arrêt avec aide → ❑ substituts *et / ou* ❑ tabacologue

- **Prise en charge pharmacologique :**

Forme	Posologie
❑ Microtab (1 cp / 2 cig) ❑ Gum (1 gum/ 2 cig)	❑ … X 2 mg (si 1ère cig ≤ 30 min) ❑ … X 4 mg (si 1ère cig > 30 min)
❑ Inhaleur	Quand envie se manifeste 4 à 12 cartouches/ j
❑ Patch … mg	1 patch/ jour A enlever la nuit

❑ Prescrit par médecin salle

❑ Proposé par tabacologue
⇩
Signature médecin salle :

…

○ Si pas de prescription d'un traitement d'aide au sevrage, pourquoi ?

❑ Patiente ne veut pas ❑ Dépendance physique faible ❑ CI médicale : ……

Consultation tabacologue (hospitalisation)

Tabacologue :

Date : … / … / 20 …

Statut du patient : ❑ Arrêt tabagique depuis ……..
❑ ↘ consommation à ….. cig/ jour
❑ …

Historique du tabagisme (initiation, tentatives, arrêts,…)

Fume depuis l'âge de :

Tentatives arrêt(s) préalable(s) :

Situation prof et familiale :

Evaluation de la motivation à l'arrêt

Evaluation de la présence d'anxiété et/ou de dépression

❑ HAD : A= … / 10 D= … / 10

Profil

Dépendance psychologique :

Antécédents médicaux :

Antécédents psy :

Médicaments psychotropes :

Consommation Café : Coca :

Alcool : Cannabis :

Evaluation substitution nicotinique :

Signes de manque ? ❑ Non ❑ Oui : ……..

Adaptation traitement :

Exposition tabagisme passif

Où fume-t-on ?	0 à l'intérieur et extérieur 0 à l'extérieur uniquement 0 sous la hotte/ fenêtre ouverte/ dans certaines pièces	0 en présence des enfants 0 dans la voiture 0 autre : ……...

Intervention :

❑ Identification freins ❑ Conseils pratiques à l'arrêt ❑ Explications utilisation substituts

❑ Renforcement motivation ❑ Tabagisme passif ❑ ……..

Suivi Centre d'Aide aux Fumeurs : ❑ Non ❑ Oui : RV le : ……..

Prise en charge du tabagisme au MIC

CHR CITADELLE
Un hôpital pour tous, la santé pour chacun

Identifier le statut tabagique: *« Est-ce que vous fumez? »*

Non-fumeuse

Fumeuse

Ex-fumeuse

Féliciter et encourager à poursuivre l'arrêt

Rappel règle

« Il *est interdit de fumer dans la chambre.* »

Evaluer la dépendance physique :

« Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? »
<10 (0), 11-20 (1), 21-30 (2), >30 (3)
« Au réveil, après combien de minutes fumez-vous votre première cigarette ? »
< 5min. (3), 5-30 min. (2), 30-60 min. (1), > 60 min (0)
Résultats : 0-1 : dépendance faible
2-3 : dépendance moyenne
4-6 : dépendance forte

0 à 5 ppm	6 à 10 ppm	> 10 ppm
Pas d'intoxication	Petit fumeur ou tabagisme passif	Tabagisme actif
Oxygénation fœtale normale	Risque modéré	Intoxication au CO : Zone à haut risque

Mesure CO expiré
pour toute admission

Mesure CO :
1. Demander quand dernière cigarette
2. Allumer l'appareil en appuyant > 3 secondes
3. Mettre embout carton à usage unique
4. Sélectionner l'option en double-cliquant
5. Pendant le décompte, demander à la femme enceinte de retenir sa respiration pendant 10 secondes puis d'expirer lentement dans l'embout buccal
6. Donner le résultat et le situer sur l'échelle

Taux de CO estimé du fœtus = celui de la mère + 15%

- Information sur les risques du tabagisme pour le fœtus
- Information sur le tabagisme passif

Evaluer souhait face au sevrage
Que souhaitez-vous faire avec votre tabagisme ?

Arrêt complet sans aide

Réévaluer

Ne souhaite pas arrêter

Se déplace pour aller fumer

Sevrage imposé par alitement

Prescription systématique d'un traitement nicotinique

Arrêt avec aide

Substitution nicotinique ↔ **Tabacologue** → Marie-Christine Servais ✆ 7950 (lundi, mardi, jeudi)

- **Formes orales**
  1 comprimé = 2 cigarettes
  ↳ si 1ère cig ≤ 30 min → 4 mg
  ↳ si 1ère cig. ≥ 30 min → 2 mg
- **Si intolérance formes orales :**
  ↳ Patch 21 mg (a retirer la nuit)
- **Inhaleur**

Majorer ou diminuer posologie initiale de 5mg à 5 mg en fonction signes cliniques

Centre d'Aide aux Fumeurs :
- Consultations individuelles sur prise de rendez-vous
  !! Prise RV ☎04/ 225 60 70
- Jeudi après-midi
- 8 consultations entièrement remboursées par grossesse
- Polyclinique pneumologie (1er étage côté pair)
- Conjoint : 8 consultations entièrement remboursées sur 2

⚠ **2ème mesure CO 24h après 1ère mesure** *chez toute patiente*

Ed. CHR Citadelle\VF janv.-11\ Dr V. Masson – Dr E. Mutsers – MC Servais

ANNEXE 5

- Et si j'arrêtais?

Il n 'existe pas de méthode unique, un fumeur n'est pas l'autre.

Les éléments essentiels: VOTRE MOTIVATION et la gestion de votre stress.

Les aides possibles:

- Votre médecin généraliste.
- Centre d'Aide aux Fumeurs de la Citadelle (CAF): soutien personnalisé par des tabacologues. Remboursé par l'INAMI. RV: **04/225.60.70.**
- Plan de 5 jours (ligue « Vie et Santé »): aide gratuite en groupe, programmée sur 5 soirées consécutives. Contact: **02/374.68.62.**
- Fonds des Affections Respiratoires FARES Contact: **02/512.29.36 www.fares.be**
- Ligne Tabac-Stop: **800/111.00**

CHR CITADELLE
Un hôpital pour tous, la santé pour chacun

Papa, maman fument... moi aussi!

S.G.C. Patient
Service Gestion des compétences

Hôpitaux Promoteurs de Santé
Communauté française de Belgique

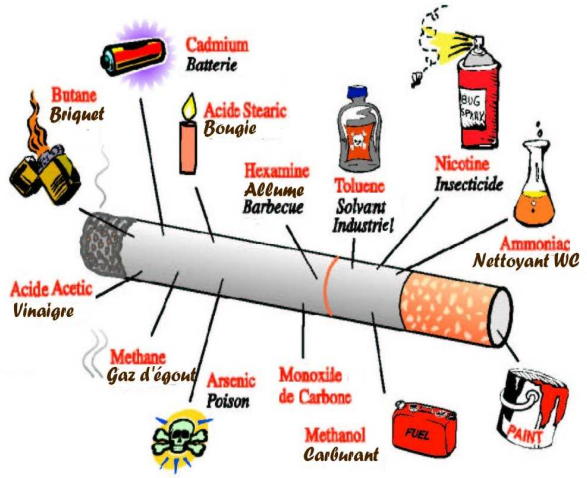
Bonjour,

- Savez-vous ce qu'est le tabagisme passif?

Le tabagisme passif consiste à respirer la fumée de tabac dégagée dans l'air ambiant par des fumeurs actifs.

- Pourquoi le tabagisme passif est nocif pour mon enfant?

Il contient de nombreuses substances chimiques toxiques. En les respirant, elles se retrouvent dans son corps (dans le sang ,dans les urines …)

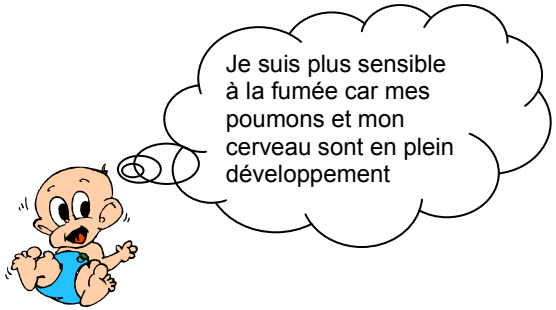


Source/ www.arrêter-de-fumer.info

*Source: Consensus scientifique, Dr J. Coulon, Fédération Belge contre le cancer. Fév. 2008

- Quels sont les risques pour mon enfant ?

- 3 à 4 fois plus de risque de mort subite
- Plus d'infections respiratoires: bronchites, bronchiolites, pneumonies,….
- Plus de risque de développer de l'asthme
- Plus d'otites, de rhinopharyngites
- Plus de toux, plus de crachats
- Une irritation des yeux, du nez ou de la gorge plus importante
- Des maux de tête
- ...



- Comment aider mon enfant ?

- **Au mieux** arrêter de fumer
- **Au minimum TOUJOURS** fumer **à l'extérieur** de la maison et de la voiture

↳ Ouvrir portes et fenêtres ou fumer sous la hotte ne fait pas disparaître la fumée. Les substances nocives restent dans l'air

ANNEXE 6

7. *Est-ce nocif d'être exposé à la fumée des autres ?*

Oui. La fumée qui se dégage de la cigarette est fortement chargée en substances toxiques. Il est donc important que vous évitiez au maximum les atmosphères enfumées (au cours de soirées, à la maison, etc.).

8. *Puis-je prendre des substituts nicotiniques (par ex. chewing-gums etc.) durant ma grossesse ?*

Oui. Si vous ne parvenez pas à arrêter, il est préférable de vous faire aider par des substituts nicotiniques. En effet, ceux-ci vont réduire vos symptômes de manque. Le mieux est d'en parler à votre médecin ou à un tabacologue.

9. *Qui peut m'aider à arrêter de fumer ?*

Il existe un programme d'aide spécifique pour la femme enceinte et son partenaire. Il s'agit de consultations – en partie remboursées – chez un tabacologue, c'est-à-dire un professionnel de santé spécialisé dans l'aide à l'arrêt du tabac. Cet accompagnement prend en charge tant la dépendance à la nicotine, que la dépendance psychologique et gestuelle.

Pour obtenir l'adresse d'un tabacologue ou plus d'informations sur le tabac et la grossesse :
www.grossessesanstabac.be
Ligne Tabac Stop 0800.111.00

Quelques avantages d'une vie sans fumée*

Après 20 min: Normalisation de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque.
Après 8h: Diminution du taux de CO.
Après 24h: Diminution du risque cardio-vasculaire.
Après 48h: Croissance des terminaisons nerveuses (amélioration du goût et de l'odorat). Normalisation de la croissance fœtale.
Après 72h: Augmentation de la capacité pulmonaire. Diminution des risques de prématurité et de rupture prématurée des membranes.
Après 2 à 3 semaines: Amélioration de la circulation sanguine et de la fonction respiratoire.
Après 1 à 3 mois: Réduction des infections ORL et bronchopulmonaires.

*«La grossesse et le tabac», M. Delcroix, Que sais-je, PUF, 2007.

E.R. Professeur P. Bertsch, FARES asbl, 56 Rue de la Concorde, 1050 Bruxelles

Tabac et Grossesse

Toutes les réponses à vos questions

service public fédéral SANTÉ PUBLIQUE, SÉCURITÉ DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

Service Prévention Tabac

FARES asbl

9 questions sur le tabac et la grossesse

1. *Ne plus fumer que 5 ou 10 cigarettes par jour durant la grossesse, est-ce encore nocif ?*

Oui. Il est préférable d'arrêter totalement car les 5 ou 10 cigarettes seront fumées avec plus d'intensité. En conséquence, les composants toxiques seront inhalés plus profondément. Ils restent donc nocifs tant pour vous que pour votre bébé.

2. *Y-a-t-il des mamans qui ont fumé durant la grossesse et dont les bébés étaient en bonne santé ?*

Oui. Mais cela dépend d'une femme à l'autre, voire d'une grossesse à l'autre. Fumer durant la grossesse augmente le risque de grossesse extra-utérine, de fausse-couche et d'accouchement prématuré. Cela augmente également le risque pour le bébé de souffrir d'asthme, de bronchite et d'otite.

3. *Fumer durant la grossesse peut-il entraîner un plus petit poids de naissance ?*

Oui. Lorsque la femme enceinte fume, le bébé a, en moyenne, un poids de naissance inférieur à la normale. Rien ne dit que l'accouchement sera plus facile. De plus, un bébé de petit poids est plus fragile. Il a tendance à se nourrir plus souvent, à moins dormir et est plus souvent hospitalisé.

4. *Vaut-il mieux continuer à fumer durant la grossesse plutôt que d'être stressée ?*

Non. Malgré ce que l'on dit souvent, fumer durant la grossesse entraîne bien plus de complications que le stress. De plus, des aides existent pour réduire les symptômes de manque comme la nervosité et l'irritabilité.

www.rookvrijezwangerschap.be
www.grossessesansstabac.be

5. *Si j'arrête de fumer pendant ma grossesse, vais-je prendre trop de poids ?*

Non. Certaines personnes prennent du poids mais ce n'est pas toujours le cas: un tiers des fumeurs n'en prennent pas lors de l'arrêt. Chez les autres, cette prise de poids est, en moyenne, de deux à quatre kilos. De plus, il vous est possible de la limiter en vous faisant aider.

6. *Arrêter de fumer dans les derniers mois de grossesse, est-ce encore utile ?*

Oui. L'arrêt est toujours bénéfique à n'importe quel moment de la grossesse. En arrêtant, vous supprimez 4000 substances nocives. Le fœtus reçoit l'oxygène par le sang de sa mère. Quand celle-ci fume, son sang se charge de monoxyde de carbone, gaz particulièrement toxique qui contribue à une mauvaise oxygénation du bébé. Il est bon de savoir qu'après une journée sans tabac, votre bébé est déjà mieux oxygéné.

Les substituts nicotiniques durant la grossesse

Les substituts nicotiniques (patchs, gums, pastilles à la nicotine) peuvent être utilisés durant la grossesse si la femme enceinte ne parvient pas à arrêter de fumer. Cette utilisation doit se faire sous contrôle médical. Un substitut nicotinique vaut mieux qu'une cigarette car le mode d'action de la nicotine n'est pas identique. Il ne provoque pas le « shoot » obtenu avec la nicotine inhalée. Il n'y a donc pas ou très peu de risque de dépendance. De plus, la vasoconstriction des artères utérines est minime par rapport à celle provoquée par la fumée de cigarette. Enfin, un patch contient uniquement de la nicotine, à l'inverse de la fumée de tabac où l'on retrouve quelques 4000 produits toxiques dont le CO qui est le principal responsable des effets néfaste sur le fœtus.

Besoin d'aide?

Il existe un programme d'aide à l'arrêt du tabac pour les femmes enceintes et leur partenaire. Ce programme consiste en 8 consultations chez un tabacologue* reconnu par l'INAMI. Ces consultations sont partiellement remboursées.

*Professionnel de santé ou licencié en psychologie ayant suivi une formation en tabacologie.

Plus d'informations?

Parlez-en à votre gynécologue et/ou médecin traitant,

consultez le site www.grossessesanstabac.be

ou

contactez la Ligne Tabac-Stop: 0800/111.00

FARES asbl
Rue de la Concorde, 56
1050 Bruxelles
Tél.: 02/512.29.36
Fax: 02/512.32.73

FARES asbl Service Prévention Tabac

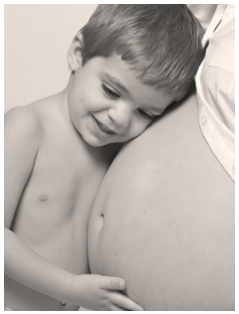
www.rookvrijezwangerschap.be
www.grossessesanstabac.be

service public fédéral
SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

.be

Grossesse et tabac

La nicotine



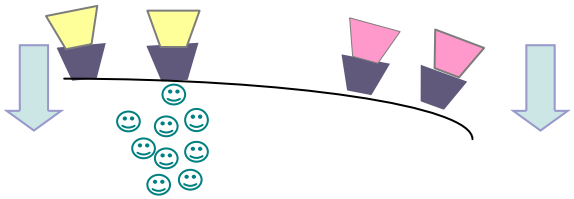
FARES asbl Service Prévention Tabac

La nicotine

La nicotine est une substance que l'on trouve dans le tabac et qui est la principale cause de la dépendance physique. Elle est, en effet, répertoriée dans la catégorie des « drogues dures ».

Quelle est son action?

La nicotine imite l'action d'un neurotransmetteur naturel, l'acétylcholine, et se fixe sur un type particulier de récepteurs : les récepteurs nicotiniques. Lorsque la nicotine y est fixée, il y a libération de dopamine.



Zone de récompense du cerveau

Nicotine

Acétylcholine

Récepteur nicotinique

Dopamine

Si l'on fume, cette libération de dopamine entraîne des effets dits psychoactifs, à savoir:

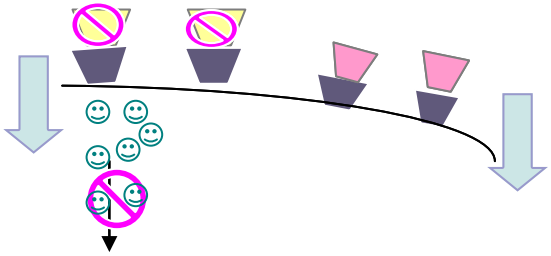
- sensation de détente, de bien-être
- plaisir
- diminution de la tension nerveuse lors d'un stress
- augmentation de l'éveil
- augmentation des capacités d'apprentissage
- euphorisation
- effet coupe faim

Le fumeur prendra donc une cigarette bénéficier de ses effets positifs.

L'arrêt du tabac

Que se passe-t-il lorsque l'on arrête de fumer?

Le cerveau ne reçoit plus sa dose habituelle de nicotine et la libération de dopamine est interrompue.



Lorsqu'il arrête de fumer, le fumeur ne ressent plus les effets positifs de la cigarette mais ressent les effets du manque de nicotine

Les symptômes de manque

Comment reconnaître qu'une personne est en manque de nicotine?

Voici les symptômes définis dans le DSM IV*:

- humeur dépressive
- insomnie
- irritabilité, frustration, colère
- anxiété
- difficulté de concentration
- agitation
- ralentissement du pouls
- augmentation de l'appétit et/ou prise de poids rapide.

4 critères sur 8 suffisent à poser le diagnostic du syndrome de manque.

DSM IV*: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

Chez la femme enceinte

Chez la femme enceinte, la nicotine **inhalée** provoque une vasoconstriction des artères utérines. Cette vasoconstriction peut être à l'origine d'un retard de croissance intra-utérin.

Durant la grossesse, la nicotine est métabolisée beaucoup plus rapidement. En d'autres termes, la femme enceinte ressent plus rapidement et plus fréquemment le besoin de nicotine par rapport à un autre fumeur.

La diminution durant la grossesse?

Une diminution de la consommation de tabac amène les femmes enceintes (et en général les autres fumeurs), à fumer plus intensément leurs cigarettes, et ce, involontairement. Cette manière de fumer va compenser le manque d'apport de nicotine. Le fumeur va non seulement extraire plus ou moins la même quantité de nicotine qu'auparavant mais va également inhaler plus profondément les toxiques contenus dans la fumée de tabac.

Il est donc faux d'affirmer que 5 cigarettes par jour durant la grossesse n'entraîneront pas de conséquences sur son bon déroulement. Il n'existe pas de seuil « sans danger » pour le nombre de cigarettes fumées quotidiennement.

Seul l'arrêt total de la cigarette est à conseiller durant la grossesse.

Editeur Responsable Jean-Paul Van Vooren FARES asbl—56 rue de la Concorde 1050 Bruxelles, 2008

Des aides possibles?

Pour les femmes qui sont très dépendantes, l'arrêt total peut être difficile et nécessiter un accompagnement psychologique et un traitement par substitution nicotinique. Celui-ci pourra être mis en route sous contrôle médical si la future maman a déjà essayé d'arrêter et n'y est pas parvenue. Plus d'informations?

Demandez conseil à votre gynécologue et/ou votre médecin traitant.

Editeur Responsable Jean-Paul Van Vooren FARES asbl—
56 rue de la Concorde 1050 Bruxelles, 2008.

Un programme d'aide à l'arrêt du tabac pour la femme enceinte et son partenaire

Un programme a spécialement été conçu pour les femmes enceintes et leur partenaire qui ont envie de se faire aider. Il s'agit d'un remboursement partiel des consultations chez un tabacologue* reconnu par l'INAMI.

Envie d'en savoir plus?

www.grossessesanstabac.be

Ou

Ligne Tabac-Stop: 0800/111.00

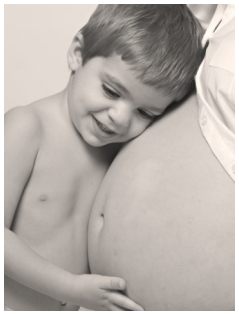
*Tabacologue: professionnel de santé ou licencié en psychologie ayant suivi une formation en tabacologie.

FARES asbl
Rue de la Concorde, 56
1050 Bruxelles
Tél.: 02/512.29.36
Fax: 02/512.32.73
www.fares.be

service public fédéral
SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Grossesse et tabac

Le monoxyde de carbone



Le monoxyde de carbone

Qu'est-ce que le monoxyde de carbone?

Le monoxyde de carbone, un gaz polluant lié à la combustion, est produit, entre autres, par les pots d'échappement des véhicules et la consommation de tabac. Il s'agit d'un gaz incolore et inodore mais hautement toxique.

Chez les fumeurs, le niveau de CO présent dans le corps est souvent supérieur au taux de CO autorisé dans l'air ambiant dans les villes de l'Union européenne (établi à 8,5 ppm). Il s'élève en moyenne à 19,1 ppm.

Quel est son action?

Tout comme l'oxygène (O2), le CO se fixe sur les globules rouges de l'hémoglobine avec une affinité 240 x supérieure à celle de l'O2 . En d'autres termes, le CO prend la place de l'O2 dans le sang. Les organes sont moins bien oxygénés.

La moelle osseuse va donc multiplier la production de globules rouges afin d'augmenter le taux d'oxygène dans le sang. Celui-ci devient plus épais et plus visqueux et augmente, entre autres, le risque de boucher les artères (thrombose).

Le CO chez le fœtus?

Chez le fœtus, le CO a une affinité pour l'hémoglobine 400X supérieure par rapport à l'O2. Le taux de CO du fœtus est donc toujours plus élevé que celui de la future maman qui fume.

Les conséquences du CO chez le fœtus

Un taux de CO élevé chez le fœtus indique que celui-ci ne reçoit pas suffisamment d'oxygène (hypoxie fœtale). C'est d'ailleurs le CO qui est responsable du retard de croissance intra-utérin, très fréquent chez les futures mamans qui fument. Plus le taux de CO augmente dans l'air expiré chez la mère, plus le risque d'anomalie du rythme cardiaque fœtal augmente.

L'importance de la mesure du CO chez la future maman fumeuse

La mesure du CO expiré chez la femme enceinte qui fume est importante vu les conséquences sur la santé du fœtus. Elle permet de prédire une éventuelle hypoxie fœtale.

Elle permet également d'évaluer la dépendance physique à la nicotine de la future maman . En effet, au plus le taux est élevé, au plus l'imprégnation nicotinique risque d'être importante.

Faut-il diminuer ou arrêter totalement durant la grossesse?

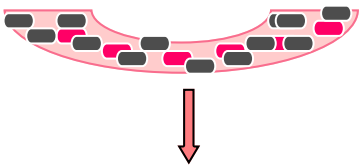
La diminution de la consommation de tabac n'est pas à conseiller car la future maman risque de fumer plus intensément ses cigarettes, d'inhaler plus profondément la fumée pour extraire la dose de nicotine dont elle a besoin quotidiennement. Cette façon de fumer est souvent bien involontaire. Le testeur de CO permet de voir si la future maman compense son manque de nicotine. En effet, au plus le taux de CO reste élevé durant la diminution, au plus il est probable que la femme enceinte fume plus intensément ses cigarettes.

Seul l'arrêt total est à conseiller lors d'une grossesse.

Globules rouges du sang d'une future maman **non-fumeuse**

Globules rouges du sang **d'une future maman fumeuse**

Globules rouges du sang d'un **fœtus** d'une **future maman fumeuse**



Le taux de **CO** chez le fœtus est **plus élevé** que chez la future maman qui fume

Globule rouge oxygéné

Globule rouge chargé de CO

ANNEXE 7 ET 7bis

Femmes enceintes

Substituts nicotiniques	Dosage	Durée	Pic d'action	Instructions	C-I absolues	C-I relatives	Effets secondaires
COMPRIME DE NICOTINE Nicorette®microtab2mg (normal, lemon) Niquitin® à sucer (Lozenge 2mg - 4mg) (Minilozenge 1.5 - 4mg) (Mint 2 - 4 mg)	Microtab sublingual 2 mg : 8-12 X 1-2 cp/j (max 30/j) X 8 sem Réduire sur 4 sem **CHR : microtab Nicorette® lemon 2 mg** Lozenges 2 ou 4mg : (pastilles à sucer) 8-12 X 1cp/j (max 15/j) X 8 sem Réduire sur 4 sem	2 - 3 mois max 6 mois	30 min	Microtab sublingual: Laisser fondre sous la langue Lozenges à sucer	Aucune	Infar myocarde récent (< 2 sem) Angor instable Arythmie ventriculaire Maladies buccales Allaitement Maternel OK après la tétée	Irritation buccale et pharyngée Plaies buccales Nausées Tachycardie
INHALEUR DE NICOTINE Nicorette® cartouche inhaleur 10mg (42 cartouches)	4-12 cartouches/j (max 16/j) X 8- 12 sem Réduire sur 4 à 12 sem	2 - 3 mois max 6 mois	30 min	Insérer cartouche dans embout. Inhaler par la bouche, comme en fumant une cigarette (utilisable 20 min MAIS sur une période de 2 à 3 heures)	Aucune	Infar myocarde récent (< 2 sem) Angor instable Arythmie ventriculaire Maladies buccales Maladies pharyngées Allaitement Maternel OK après la tétée	Irritation buccale et pharyngée Toux
GOMME A MACHER Nicorette® 2 - 4 mg (normal, freshmint, fruit, mint) Nicotinell® 2 - 4 mg (Fruit, Mint)	2 mg : 8-15 X 2 mg/j X 4-8 sem (max 30/ j) 4 mg : 8-15 X 4 mg/j X 8-12 sem (max 20/ j) **CHR : Nicorette® menthe 2 mg**	2 - 3 mois max 6 mois	30 min	Mâcher lentement par intermittence (parquer entre joue et gencive *sinon risque de brûlant et nausées*) pdt 30 min Eviter café, jus de fruits et limonades 15 min avant et pendant prise de la gomme	Aucune	Infar myocarde récent (< 2 sem) Angor instable Arythmie ventriculaire Maladies œsophage Maladies buccales Maladies gastriques Maladies dentaires Allaitement Maternel OK après la tétée	Irritation buccale Douleur mâchoire Hoquet Dyspepsie Nausées Tr. Gastro-intestinaux
PATCH TRANSDERMIQUE 7-14-21 mg/24h Nicopatch® Nicotinell® Niquitin® 5-10-15 mg/16h Nicorette®	Patch 24h : 21 mg/j X 4 sem 14 mg/j X 4 (6) sem 7 mg/j X 4 (6) sem Patch 16h : 15 mg/j X 4 sem 10 mg/j X 4 (6) sem 5 mg/j X 4 (6) sem **CHR: Niquitin® patch 21 mg/ 24h** **!! Retrait pendant la nuit**	2 - 3 mois max 6 mois	4- 9 heures	1 patch par jour à appliquer LE MATIN sur une partie sèche, dépourvue de poils. Changer localisation ts les jours **!! Retrait pendant la nuit**	Aucune	Infar myocarde récent (< 2 sem) Angor instable Arythmie ventriculaire Réactions cutanées sévère Dermatoses générales Déconseillé si Allaitement maternel	Réaction cutanée Insomnie Rêves agités

DESACCOUTUMANCE AU TABAC CHEZ LA FEMME ENCEINTE :

➢ 1ère intention = arrêt du tabac sans traitement pharmacologique

« Le contexte de la grossesse favorise particulièrement l'intégration de conseils éducatifs »

Il convient de toujours recommander un arrêt complet de la consommation de tabac, sans TNS. En cas d'échec et de forte dépendance, le TNS peut être utilisé. Le choix du TNS se fait alors en fonction des contre-indications et de la préférence de la patiente.

➢ Traitement de la dépendance comportementale

Par un entretien motivationnel (prise de conscience, obstacles à l'arrêt, choix des moyens)

Par la thérapie cognitivo-comportementale

➢ Traitement pharmacologique (Traitement Nicotinique Substitutif)

« Les traitements nicotiniques substitutifs sont autorisés à la femme enceinte depuis septembre 1997 »

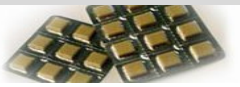
Indication au traitement pharmacologique

Dépendance nicotinique si ≥ 1 critère, selon le plus élevé :

- > 10 cigarettes/jour
- 1re cigarette < 30 min. après le réveil
- syndrome de sevrage lors de tentative d'arrêt

CHR CITADELLE
Un hôpital pour tous, la santé pour chacun

Comment utiliser vos substituts nicotiniques ?



Les substituts nicotiniques sont des médicaments. Ils compensent le manque de nicotine et diminuent les symptômes de sevrage.
Ils peuvent être utilisés chez la femme enceinte sous surveillance médicale.

❑ Pastilles à laisser fondre sous la langue *(microtab sublingual)* 2 mg

- ❑ 1 à 2 comprimés par heure
- ❑ Lorsque l'envie se manifeste.
- ❑ Maximum ……. comprimés par jour
  - **Laisser fondre sous la langue.**
  - **Bien se rincer la bouche après.**
  - **Durée : Maximum 6 mois.**

❑ Inhaleur

- ❑ 4 à 12 cartouches par jour

  - **Insérer la cartouche dans l'embout. Inhaler par la bouche comme en fumant 1 cigarette**
  - **Utiliser soit 1 X 20 min soit 20 min mais sur une période de 2 à 3 heures**
  - **Durée : 3 mois.**
    Quand l'envie de fumer a complètement disparu, réduire progressivement le nombre de cartouches par jour pendant 6 à 8 semaines.
    Ne pas utiliser les cartouches au-delà de 6 mois.

❑ Patch : …… mg

- **1 patch par jour. Retirez le patch pour aller dormir (même si patch de 24 heures).**
- **Coller le patch sur une peau sèche et sans poils. Se laver les mains ensuite. Changer d'emplacement chaque jour (bras, cuisse, tronc, hanche, omoplate).**
- **Vous pouvez prendre une douche ou un bain avec le patch, car il est imperméable. Si le patch se décolle, fixez-le avec du sparadrap par-dessus.**
- **Après 4 semaines, le dosage sera diminué par votre médecin ou tabacologue de référence.**

Symptômes de sous dosage :	**Symptômes de surdosage :**
Nervosité-impatience ; besoins impérieux de fumer ; insomnies ; difficultés de concentration ; irritabilité – colère ; anxiété – dépression ; céphalées ; ↗ appétit …	Bouche pâteuse, nausées, diarrhée, palpitations, insomnies
⇩	⇩
Contacter votre médecin de référence (Gynécologue, médecin traitant ou tabacologue)	Diminuer vos médicaments ou décoller le patch pendant quelques heures