



PRÉVENTION DU TABAGISME et ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE CHEZ LA FEMME

2^e édition



PRÉVENTION DU TABAGISME et ACCOMPAGNEMENT AU SEVRAGE CHEZ LA FEMME

Directeur de publication : Nicolas Bonnet

Coordination de la première édition : Nicolas Bonnet, Myriam Bouyahi

Coordination de la deuxième édition : Nicolas Bonnet, Marjorie Cadeville, Marianne Hochet

Secrétariat de rédaction : Maria Baraud

Lectrice-correctrice : Raphaële Goujat-Bonnet

TRAVAIL RÉALISÉ GRÂCE AU SOUTIEN FINANCIER DU FONDOS NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE TABAC

Ont contribué à sa rédaction :

Samir Atroun (Délégué régional du RESPADD Île-de-France, Centre hospitalier des 4 Villes) | Frédérique Aubourg (Hôpital Cochin, AP-HP) | Cécile Betmalle (Hôpital Cochin, AP-HP) | Joëlle Bollonga (ARS Île-de-France) | Phanie Bouvret (Centre hospitalier spécialisé Saint-Ylie Jura) | Jean-Yves Breurec (Administrateur du RESPADD et Délégué régional Normandie, Centre hospitalier de l'Estran) | Pascale Chauvin-Grelier (Structure régionale d'appui et d'expertise en addictologie Pays de la Loire) | Bénédicte Coulm (Centre de référence sur les agents tératogènes, AP-HP) | Anne-Charlotte Dambre (CoActis Santé) | Marie Dumoulin (Fédération Addiction) | Christelle Garnier (Centre hospitalier de l'Estran) | Gilles Grangé (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) | Isabelle Hamm (Association francophone des infirmier(ères) en tabacologie et addictologie – Pôle santé mentale HJB) | Sophie Jallier (Clinique de l'Anjou) | Rym Khayat (RESPADD) | Nathalie Lajzerowicz (Hôpital suburbain du Bouscat) | Anne Lecoq (FEHAP) | Emmanuelle Peyret (Hôpital Robert-Debré, AP-HP) | Catherine Phomsouvandara (Polyclinique Saint-Laurent) | Anne Pignon-Diakhaté (Association francophone des infirmier(ères) en tabacologie et addictologie) | Barbara Rampillon (Clinique Clémentville) | Anne-Marie Simonpoli (GEGA – Hôpital Louis-Mourier, AP-HP) | Anne Stoebner-Delbarre (Institut de cancérologie de Montpellier) | Marie Suner (Addictions France) | Marie-Ange Testelin (Hauts-de-France Addictions) | Florence Tual (ARS Bretagne) | Delphine Vilain (ARS Île-de-France) | Jacques Yguel (Administrateur du RESPADD, Centre hospitalier du pays d'Avesnes) | Fabienne You (Structure régionale d'appui et d'expertise en addictologie Pays de la Loire).

Citation recommandée

BONNET N, CADEVILLE M, HOCHET M, *Prévention du tabagisme et accompagnement au sevrage chez la femme*, Paris, RESPADD, mai 2023, 64 pages.

© Édition Respadd, 2021
www.respadd.org
Pour commander le livret :
commande@respadd.org

Couverture et mise en page : Bernard Artal Graphisme
Retirage : novembre 2023 – Imprimerie Peau, Berd'huis
Dépôt légal : avril 2021 – Exemplaire gratuit, ne peut être vendu
ISBN 978-2-490727-08-7

Sommaire

	Page	Onglet
Avant-propos à la première édition	3	
Données de cadrage sur le tabagisme féminin	4	1
1/ Bref historique du tabagisme chez la femme	4	
2/ Un marketing agressif	4	
3/ Épidémiologie.....	4	
Conséquences du tabagisme chez la femme	9	2
1/ Complications cardiovasculaires du tabagisme chez la femme.....	9	
2/ Cancers et tabagisme chez la femme	11	
3/ Tabagisme et BPCO	12	
4/ Tabagisme et fertilité.....	12	
5/ Focus contraception œstroprogestative et tabagisme.....	13	
6/ Ménopause et tabagisme.....	15	
7/ Autres répercussions du tabagisme.....	15	
Spécificité du tabagisme pendant la grossesse et l'allaitement.....	18	3
1/ Paramètres pharmacologiques spécifiques de la grossesse	18	
2/ Risques spécifiques pendant la grossesse	18	
3/ <i>Post-partum</i>	21	
4/ Allaitement.....	22	
Intervenir – Repérage	24	4
1/ La dépendance au tabac	24	
2/ Tests pour mesurer la dépendance tabagique.....	25	
3/ Analyseur de monoxyde de carbone – CO testeur.....	25	
4/ Repérage précoce intervention brève motivationnelle en tabacologie (RPIB).....	26	
Intervenir – Accompagnement et aide au sevrage	32	5
1/ Importance de l'accompagnement de la femme dans l'aide au sevrage tabagique	32	
2/ Les différents types d'accompagnement au sevrage.....	33	
En résumé	43	6
Messages clés	46	7
Cas clinique	49	8
Annexes	51	9



Avant-propos

à la première édition

Pendant longtemps, les femmes ont moins été touchées par les méfaits du tabac que les hommes. Maintenant que le nombre de femmes qui fume a augmenté et s'approche de celui des hommes, cette distinction n'est plus possible.

Le tabagisme féminin est ainsi devenu un enjeu majeur de santé publique. Il est à l'origine de maladies et complications spécifiques chez les femmes : elles sont notamment plus à risque de présenter certains cancers pulmonaires ou de décéder de maladies cardiovasculaires. Le tabagisme augmente également par deux le risque de cancer du col de l'utérus. Ses répercussions en pratique clinique sont multiples et concernent donc l'ensemble des professionnels de santé.

Ce constat est renforcé par le fait que les fumeuses sous-estiment régulièrement les risques du tabagisme sur leur santé, en particulier l'impact que peuvent avoir les effets anti-œstrogéniques et toxiques du tabac aux différents stades de leur vie de femme. On peut notamment citer le risque d'infertilité lié au tabagisme qui est maintenant établi chez la femme, ou celui d'événements vasculaires thrombotiques artériels et veineux lors de l'association du tabac et de la pilule contraceptive. De nombreuses pathologies fœtales et placentaires sont par ailleurs liées au tabagisme maternel. Chez les femmes ménopausées, le tabac est associé à un risque ostéoporotique et cardiovasculaire augmenté.

Ces spécificités somatiques et psychosociales doivent être connues des intervenants afin de profiter de chaque rencontre pour proposer des mesures efficaces d'aide à l'arrêt. À ces interventions ciblées doivent s'ajouter des mesures de santé publique à large échelle, pour contrecarrer les effets sanitaires prévisibles et dramatiques du tabagisme féminin.

C'est dans ces objectifs que s'inscrit ce guide « Prévention du tabagisme et accompagnement au sevrage chez la femme ».

Fort d'un travail collectif, ce nouvel outil offre aux professionnels les éléments indispensables à l'intervention auprès des femmes fumeuses. Rappelant les principes de prévention indispensables et à renforcer pour limiter l'entrée dans le tabagisme, vous trouverez dans ce document les informations pour agir à tous les âges de la vie de la femme qu'elle soit adolescente, en âge de procréer, enceinte, allaitante ou ménopausée.

Seul un programme de prévention global sera à même de réduire la prévalence du tabagisme chez les femmes. L'approche doit comporter de multiples stratégies dont une offre de soins spécifique proposant des aides pharmacologiques et psychothérapeutiques dédiées, ainsi que des programmes plus larges d'éducation à la santé. Ces mesures de prévention du tabagisme adaptées aux spécificités de genre permettront d'améliorer la prise en charge des fumeuses et de diminuer les disparités de genre en santé.

Pr Amine Benyamina, *président du RESPADD*

Données générales sur le tabagisme féminin

1/ Bref historique du tabagisme chez la femme

La prévalence du tabagisme quotidien féminin a presque doublé du début des années 1970 au début des années 2000. Les femmes de tout milieu social se sont mises à fumer. L'industrie du tabac a investi ce nouveau marché et a mis tout en œuvre pour les inciter à en consommer. Cette hausse a engendré l'apparition précoce de nombreuses pathologies ainsi qu'un risque accru de décès prématuré. La consommation de tabac chez la femme est alors devenue un enjeu majeur de santé publique.

2/ Un marketing agressif

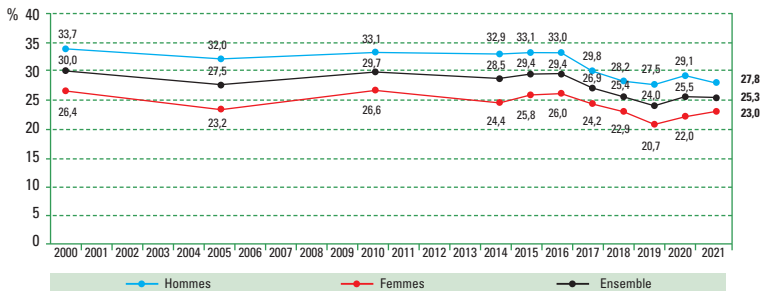
Avec l'essor de la publicité, les femmes sont devenues la nouvelle cible privilégiée de l'industrie du tabac. Émancipation, liberté, beauté, minceur : tels sont les messages que souhaite faire passer l'industrie du tabac en créant de nouvelles cigarettes « slim » et « light ». Les cigarettes sont alors perçues comme un accessoire de mode visible au cinéma ainsi que sur les affiches publicitaires.

3/ Épidémiologie

L'ensemble des mesures réglementaires et de prévention mises en place ces dernières années a vraisemblablement contribué à la baisse de 1,4 point du tabagisme quotidien entre 2014 et 2021.

FIGURE 1

Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe, parmi les 18-75 ans, en France métropolitaine, entre 2000 et 2021



Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.

En 2021, 31,9 % des personnes âgées de 18 à 75 ans ont déclaré fumer du tabac : 34,7 % des hommes et 29,2 % des femmes ($p < 0,001$). La prévalence du tabagisme quotidien s'élevait à 25,3 %, soit 27,8 % parmi les hommes et 23 % parmi les femmes ($p < 0,001$). La prévalence du tabagisme occasionnel était de 6,6 % et non significativement différente entre hommes (6,9 %) et femmes (6,3 %).

La hausse de la prévalence du tabagisme quotidien chez les femmes entre 2019 et 2021 s'explique notamment par le fait qu'elles ont subi plus fortement la crise COVID avec comme conséquence la dégradation de leurs conditions de travail et l'augmentation de leur charge mentale.

A | PRÉVALENCE DU TABAGISME EN POPULATION FÉMININE

La prévalence du tabagisme quotidien a augmenté entre 2000 et 2021 parmi les femmes âgées de 45-54 ans passant de 21,5 % à 27,8 %.

Après trois ans de baisse entre 2016 et 2019, le tabagisme quotidien des femmes âgées de 55-64 ans a retrouvé un niveau semblable à celui de 2016 avec 21,6 % de femmes fumeuses.

Dans la tranche d'âge des 35-44 ans, la prévalence du tabagisme a diminué entre 2000 et 2021.

La relative stabilité de la prévalence du tabagisme chez les femmes depuis le début des années 2000 est due à deux évolutions contrastées : une tendance à la baisse parmi les femmes âgées de 18 à 35 ans et une forte hausse chez les femmes de 55 à 75 ans. Cette dernière reflète un effet générationnel, avec l'arrivée dans ces tranches d'âge des femmes nées dans les années 1950. Pour ces générations le tabagisme féminin s'est véritablement installé dans les années 1960 et 1970.

B | MORBI-MORTALITÉ ATTRIBUÉE AU TABAGISME CHEZ LA FEMME

Depuis 15 ans, le nombre de décès attribuables au tabac chez les femmes augmente de plus de 5 % par an en moyenne. Cette augmentation témoigne de la progression du tabagisme féminin entre les années 1970 et 1990.

Selon le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 28 mai 2019, et toujours valable en 2023 :

« L'évolution au cours des 15 dernières années est plus défavorable aux femmes. Ces tendances contrastées entre les hommes et les femmes sont la conséquence du changement de comportement différencié vis-à-vis du tabac qui s'est produit à partir des années 1960, avec une diminution de la prévalence du tabagisme chez les hommes entre 1970 et 2000, contrastant avec une augmentation du tabagisme chez les femmes sur la même période. »

Chez la femme, le tabagisme est à l'origine de 49 % des cancers, 28 % des maladies cardiovasculaires et 23 % des pathologies respiratoires :

- en France, entre 2002 et 2015, la mortalité par cancer du poumon a augmenté de 72 % chez les femmes et a diminué de 15 % chez les hommes ;
- le risque de cancer du sein est multiplié par deux en cas de tabagisme actif ou passif ;
- le taux d'infarctus du myocarde a augmenté de 50 % entre 2002 et 2015 chez les femmes de moins de 65 ans, contre 16 % chez les hommes du même âge.

+

info

LES SUBSTANCES PRÉSENTES DANS LA FUMÉE DU TABAC

De nombreuses substances toxiques sont dégagées lorsque l'on fume du tabac. Elles peuvent être regroupées en 4 catégories :

- **le monoxyde de carbone (CO)** : gaz qui vient se fixer sur l'hémoglobine en prenant la place de l'oxygène pour former la carboxyhémoglobine (HbCO), responsable d'hypoxie. Le monoxyde de carbone est également responsable de nombreuses complications cardiovasculaires, notamment de spasme coronarien. Lorsqu'une femme enceinte fume, le taux de HbCO fœtal est 10 à 15 % plus élevé chez le fœtus avec un risque d'hypoxie fœtale. Chez le fœtus, l'affinité du CO pour l'Hb est 450 fois supérieure à celle de l'oxygène, alors qu'elle est de 200 à 250 fois supérieure chez la mère. La demi-vie de l'HbCO est doublée chez le fœtus par rapport au sang maternel. Au total, le taux d'HbCO va être significativement plus élevé chez le fœtus que celui mesuré chez la mère fumeuse ;
- **les produits irritants** (aldéhyde et acétone par exemple) : responsables de toux, bronchites, lésions épithéliales et à terme des bronchopneumopathies chroniques obstructives et des emphysèmes ;
- **les goudrons** : responsables des cancers ;
- **la nicotine** : agent essentiel de la dépendance au tabac, mais n'est pas en cause dans les effets sanitaires du tabagisme.

C | TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE

En Europe, la proportion de femmes consommatrices de tabac pendant la grossesse est de 8,1 %. Parmi les 50 pays européens évalués, la France se situe au 7^e rang des pays les plus touchés par le tabagisme actif pendant la grossesse, en 2020.

Selon l'enquête périnatale de 2021, la situation concernant la consommation de tabac au cours de la grossesse est en amélioration. La proportion des femmes déclarant une consommation de tabac au 3^e trimestre de la grossesse est en diminution (12,2 % en 2021 *versus* 16,3 % en 2016), de même que celle des femmes déclarant consommer du cannabis durant la grossesse (1,1 % *versus* 2,1 %).

On note des disparités selon les régions : la consommation de tabac au troisième trimestre de la grossesse était plus fréquente dans les Hauts-de-France (17,2 %), et en Occitanie (15,9 %). L'Île-de-France (5,9 %) affiche le taux le plus bas de consommation de tabac ⁽¹⁾.

Depuis 2016, les maternités ont développé leur offre concernant les consultations spécialisées (près de 88 % des maternités ont accès à une consultation en tabacologie).

En 2021, 91,9 % des femmes ont été interrogées sur leur consommation de tabac pendant leur suivi de grossesse. Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2016 où 79,8 % des femmes avaient été interrogées sur leur tabagisme.

Selon le Bulletin épidémiologique hebdomadaire ⁽²⁾ :

« Les facteurs associés au risque de fumer sont essentiellement un plus faible niveau d'études ou des revenus plus bas et un âge supérieur à 30 ans. Réduire l'entrée dans le tabagisme des jeunes et soutenir les femmes enceintes qui fument dans leur tentative d'arrêt restent des priorités, en portant attention à la question des inégalités sociales de santé ».

(1) Enquête nationale périnatale – Rapport 2016 Inserm/DREES

(2) Bourdillon F., *Les pathologies liées au tabac chez les femmes : une situation préoccupante*, BEH n° 35-36, Éditorial, 30 octobre 2018

D | TABAGISME À L'ADOLESCENCE



CE QU'IL FAUT SAVOIR

- → L'adolescence est une période de vulnérabilité marquée par des bouleversements biologiques et psychologiques. L'entrée dans le tabagisme est fréquente pendant l'adolescence. C'est une période où le besoin d'appartenance à un groupe, l'affirmation de soi et la recherche d'indépendance sont importants. L'influence des pairs et de l'entourage familial est également un facteur de risque important pour l'entrée dans le tabagisme. Cette entrée dans le tabagisme peut aussi être l'occasion de découvrir d'autres consommations de substances psychoactives, en particulier le cannabis.
- → Les effets nocifs à long terme ne sont souvent pas parlants pour les adolescentes. Les effets immédiats du tabac ne sont pas toujours connus. Il est important de mettre en relation la consommation de tabac et ses effets immédiats sur l'organisme.
- → L'acné est une maladie de peau fréquente lors de l'adolescence et peut être majorée par la consommation de tabac. Certaines pilules œstroprogestatives sont prescrites dans le traitement de l'acné en 2^e intention si d'autres traitements anti-acnéiques se sont avérés être des échecs. Les risques thromboemboliques veineux et artériels, liés aux pilules œstroprogestatives et accrus en cas d'antécédents médicaux et familiaux, peuvent être majorés si l'adolescente consomme du tabac.



CE QU'IL FAUT FAIRE

- → Mettre en place des actions de prévention dès le plus jeune âge : en milieu scolaire (infirmières scolaires, professeurs de sciences de la vie et de la Terre (SVT) et par les professionnels de santé visant au renforcement des compétences psychosociales).
- → Poser de manière systématique la question du statut tabagique.
- → Informer sur les risques de l'association tabac/pilule œstroprogestative.
- → Réévaluer le choix de la méthode contraceptive à chaque consultation afin de proposer la méthode la plus adaptée à la jeune femme.
- → Prescrire des examens complémentaires dès le début de la mise sous pilule œstroprogestative afin de rechercher des facteurs de risques : antécédents médicaux et familiaux.
- → Conseiller systématiquement l'arrêt du tabac, et si besoin, proposer un accompagnement.

Conséquences du tabagisme chez la femme

2

1/ Complications cardiovasculaires du tabagisme chez la femme



CE QU'IL FAUT SAVOIR

- → Les complications cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité chez les femmes avec une nette progression chez les femmes jeunes. Le tabagisme augmente de 25 % le risque de maladie cardiovasculaire. Quatre-vingt pourcent des infarctus du myocarde chez les moins de 50 ans concernent des femmes fumeuses.
- → Ces dernières années, on constate une augmentation préoccupante de la morbidité et de la mortalité par cardiopathie ischémique chez les femmes de moins de 65 ans : une femme sur trois décède prématurément d'une maladie cardiovasculaire. En France, plus de la moitié des décès dus à une maladie cardiovasculaire surviennent chez des femmes (54 %). La première cause de cette augmentation est liée au tabagisme.
- → Les dépistages et diagnostics sont souvent plus tardifs chez la femme et les symptômes moins bien perçus que chez les hommes. Les examens complémentaires et les prescriptions de traitements sur le long cours se font également plus rares. De même, les douleurs sont plus souvent sous-estimées et, de ce fait, les femmes appellent les secours plus tardivement. Près de 2/3 des femmes qui décèdent d'un infarctus du myocarde n'ont pas eu de signaux d'alarme classiques.



CE QU'IL FAUT FAIRE

Il faut informer les femmes le plus tôt possible que les risques cardiovasculaires sont majorés par la consommation de tabac, en précisant que ce risque relatif est présent quel que soit le nombre de cigarettes fumées : fumer 3 cigarettes par jour multiplie ce risque par 3.

Il est essentiel d'accompagner la femme tout au long de sa vie et notamment :

- → **dès le début des consommations** : en informant sur les risques cardiovasculaires et en proposant de mettre en place un suivi médical régulier. En effet, tous les professionnels de santé doivent accompagner la femme et l'informer sur les risques. De même, il est important de proposer dès le plus jeune âge des examens complémentaires afin de dépister une pathologie cardiaque existante (sous-jacente) ;
- → **au début de la contraception** : en informant sur les risques d'association tabac/contraception à base d'œstrogènes et en rappelant les bénéfices de l'arrêt du tabac. Les fumeuses sous contraception orale courent un risque beaucoup plus important de maladies cardiovasculaires. De plus, le risque de stérilité est plus élevé. Une contraception alternative aux œstro-progestatifs est d'ailleurs recommandée chez les femmes fumeuses ;
- → **lors d'un désir de grossesse et chez une femme enceinte** : en faisant un point sur les facteurs de risques cardiovasculaires, idéalement lors d'une consultation préconceptionnelle ou dès que possible en cours de grossesse. L'augmentation du volume sanguin entraîne en effet une augmentation de la fréquence cardiaque, ce qui peut aggraver une maladie cardiovasculaire ou en révéler une qui ne serait pas encore connue. Ces risques peuvent être majorés lorsqu'ils sont associés à une consommation de tabac ;
- → **à la ménopause** : les modifications hormonales et l'augmentation de la prévalence de certains facteurs de risques dans cette population – surpoids, diabète, hypercholestérolémie, HTA – majorent le risque cardiovasculaire. La ménopause arrive environ deux ans plus tôt chez les femmes qui fument.

2/ Cancers et tabagisme chez la femme

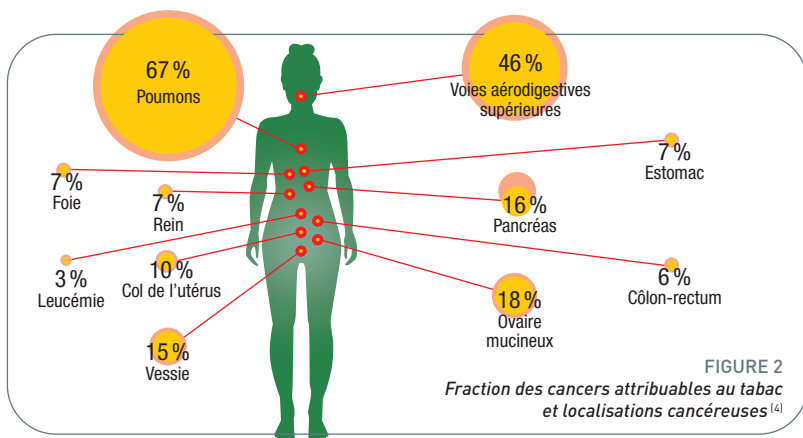
L'incidence des cancers en France a fortement augmenté au cours des trente dernières années. Cela est notamment dû aux évolutions démographiques, à l'amélioration des pratiques diagnostiques ainsi qu'à une plus grande exposition à des facteurs de risque parmi lesquels figure le tabagisme.

Ainsi, l'incidence des cancers toutes localisations confondues, en France métropolitaine, a augmenté de 65 % chez l'homme passant de 124 000 nouveaux cas/an en 1990 à 204 600 nouveaux cas/an en 2018 et de 93 % chez la femme passant de 91 800 en 2019 à 177 400 en 2018.

On observe à ce titre que l'incidence et la mortalité du cancer du poumon sont en forte augmentation chez la femme alors que chez l'homme, l'incidence reste stable et la mortalité décroît⁽³⁾.

L'augmentation de la consommation de tabac chez la femme peut expliquer ces évolutions.

Le tabac est également impliqué dans 17 localisations de cancers. Si le cancer du poumon est connu pour être associé au tabac, ce dernier est également un facteur de risque pour de nombreux autres cancers : cavité nasale, bouche, pharynx, larynx, œsophage, vessie, foie, rein, pancréas, estomac, leucémie, côlon, ovaire, col de l'utérus, sein.



(3) Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Remontet L, Colonna M, *et al.* Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM. Résultats préliminaires. Synthèse. Saint Maurice : Santé publique France, 2019. 20 p.

(4) Bonaldi *et al.* Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme en France, de 2000 à 2015. BEH, 2019

A | CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Il est estimé que 10 % des cancers du col de l'utérus sont attribuables au tabac. L'association pilule œstroprogestative et tabac augmente le risque de cancer du col de l'utérus lié au papillomavirus humain (HPV) : les œstrogènes favorisent la persistance du virus et le tabac augmente le risque de cancer du col de l'utérus chez les femmes qui sont positives au HPV⁽⁵⁾. De plus, le tabac fumé multiplie à lui seul par deux le risque de cancer du col de l'utérus.

B | CANCER DU SEIN

Le risque de cancer du sein est augmenté par le tabagisme actif et passif. De nombreuses études ont montré une association positive entre la consommation de tabac et le cancer du sein. Le risque relatif varie de 1,90 (IC 95 % [1,53-2,37]) en cas de tabagisme passif à 2,08 (IC 95 % [1,44-3,01]) en cas de tabagisme actif.

3/ Tabagisme et bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Le tabac est le premier facteur de risque dans le diagnostic de la BPCO particulièrement chez l'homme, avec un tabagisme supérieur à plus de 20 paquets/années et chez la femme dès 15 paquets/années.

4/ Tabagisme et fertilité

Le tabac a des effets néfastes sur la fertilité féminine :

- troubles des cycles menstruels (effet hypo-œstrogénique par augmentation du métabolisme hépatique des œstrogènes) ;
- diminution de la fréquence des battements ciliaires tubaires responsable de grossesses extra-utérines ;
- augmentation du risque de fausse couche au premier trimestre et risque augmenté de grossesse extra-utérine ;

Concernant la fertilité masculine, on observe une diminution du nombre de spermatozoïdes, de leur vitalité et du volume séminal, une hypoxie testiculaire et des troubles érectiles.



CE QU'IL FAUT FAIRE

→ Informer de l'impact du tabagisme sur la fécondité.

(5) Stop tabac : pilule et tabac = danger

<https://www.stop-tabac.ch/fr/risques-et-maladies/sante-sexuelle-fertilite-grossesse-enfant/pilule-et-tabac-attention-danger>

5/ Focus contraception œstroprogestative et tabagisme



CE QU'IL FAUT SAVOIR

Les contraceptifs féminins œstroprogestatifs se présentent sous forme de comprimés – communément appelés « pilules » –, patchs cutanés, implants sous-cutanés ou anneaux vaginaux.

La pilule œstroprogestative est le moyen de contraception le plus utilisé en France en 2016.

En France, 35,3 % des femmes de 20 à 44 ans qui prennent une contraception orale fument.

L'association pilule œstroprogestative et tabac a des effets néfastes sur la circulation sanguine et des effets thrombotiques (augmentation du spasme coronarien, fréquence cardiaque). Les risques d'accidents thrombotiques artériels (accidents vasculaires cérébraux et infarctus du myocarde) et d'accidents thromboemboliques veineux (phlébites) sont plus élevés chez les femmes fumeuses sous contraceptifs œstroprogestatifs.

Le tabac diminue l'élasticité des artères et déclenche une inflammation des vaisseaux. La contraception à base d'œstrogènes de synthèse peut engendrer la formation de thrombus en favorisant la coagulation et l'épaississement du sang. L'association tabac et pilule œstroprogestative renforce donc le risque de formation de caillots sanguins dans les vaisseaux et majore le risque de problèmes cardiovasculaires. Ces facteurs de risques viennent s'ajouter à ceux du surpoids, du diabète ou de l'hypercholestérolémie.

Chez les jeunes femmes de moins de 35 ans

- → En 2016, la pilule progestative était utilisée chez :
 - 44,4 % des 15-19 ans
 - 52,6 % des 20-24 ans
 - 43,8 % des 25-29 ans
 - 33,5 % des 30-34 ans



CE QU'IL FAUT SAVOIR (suite)

- → Il existe un sur-risque de thrombose artérielle chez la femme de moins de 35 ans en cas d'association tabac/pilule œstroprogestative et également un risque de thrombose veineuse cérébrale qui peut survenir à tout âge, avec un pic chez les jeunes femmes fumeuses sous pilule œstroprogestative.
- → Les œstroprogestatifs sont contre-indiqués chez la femme fumeuse migraineuse avec aura avant 35 ans.

Après 35 ans

- → La consommation de tabac associée à une contraception œstroprogestative multiplie le risque d'infarctus du myocarde par 26⁽⁶⁾. Cette association majore également le risque d'accident thrombotique artériel.
- → Ces risques augmentent avec l'âge (supérieur chez la femme de plus de 35 ans), l'intensité et la précocité du tabagisme et le nombre d'années d'utilisation de la pilule œstroprogestative. La prise de contraception œstroprogestative est fortement contre-indiquée chez les femmes de plus de 35 ans.
- → Les œstroprogestatifs sont contre-indiqués chez la fumeuse migraineuse avec ou sans aura après 35 ans.

CE QU'IL FAUT FAIRE



- → Conseiller sur le mode de contraception le plus adapté.
- → Informer dès le plus jeune âge sur les risques de l'association pilule œstroprogestative/tabagisme. En cas de poursuite du tabac, il est important d'informer la femme que d'autres moyens de contraception existent.
- → Conseiller l'arrêt du tabac et proposer un accompagnement ou une orientation vers une consultation de tabacologie.
- → Adapter le mode de contraception en fonction des antécédents médicaux et des autres facteurs de risques, dont le statut tabagique.

(6) Pilule et tabac... un vrai danger :

<https://www.stop-tabac.ch/sante/femmes-enfants/pilule-et-tabac-danger/>

6/ Ménopause et tabagisme

Lors de la ménopause, il y a une diminution de production d'hormones œstrogènes et de progestérone entraînant une augmentation des risques cardiovasculaires.

D'autres facteurs de risques peuvent s'ajouter : la prise de poids, l'excès de cholestérol, de triglycérides, le diabète, l'hypertension artérielle, etc.

Le tabac peut augmenter considérablement les risques cardiovasculaires à la ménopause. De plus, la consommation de tabac entraîne une apparition précoce de la ménopause, une ostéoporose prématurée et une augmentation du risque fracturaire.

CE QU'IL FAUT FAIRE



Lors d'une consultation concernant la ménopause ou la pré-ménopause :

- → informer les femmes sur les risques nouveaux liés aux changements hormonaux ;
- → les accompagner vers un sevrage ;
- → les informer et agir si possible sur les autres facteurs de risques.

7/ Autres répercussions du tabagisme

A | LA PEAU

Le tabagisme a des effets délétères particulièrement visibles sur la peau.

Ils sont liés à :

- une réduction du flux sanguin au niveau des cellules cutanées ;
- la production de monoxyde de carbone qui réduit l'oxygénation du sang, augmentant ainsi la fragilité de la peau ;
- une diminution de la quantité d'eau présente dans les cellules cutanées ;
- une réduction du collagène et des fibres élastiques cutanées.

Les principales conséquences sont :

- un vieillissement prématuré de la peau et une apparition précoce de rides ;
- des cernes accentués ;
- un affaissement de la peau ;
- un teint plus terne ;
- un jaunissement des ongles et des doigts qui tiennent la cigarette ;
- une cicatrisation retardée ou compliquée ;
- la formation d'une kératose autour de la bouche liée à la chaleur de la fumée de la cigarette ;
- des aggravations des maladies de la peau : eczéma, psoriasis, acné, couperose ;
- un risque majoré des cancers cutanés.

À l'arrêt du tabac, le monoxyde de carbone est éliminé en 24 à 48 heures. La peau retrouve rapidement son élasticité, le teint redevient plus lumineux.

B | LES CHEVEUX

Les cheveux deviennent plus ternes, plus cassants, la pousse est ralentie et la chute des cheveux est plus importante. Ils sont également imprégnés par l'odeur du tabac.

C | LA CAVITÉ BUCCALE

Le tabagisme entraîne :

- une diminution de la sécrétion de la salive favorisant une prolifération bactérienne responsable de la formation de plaque dentaire et de tartre. En l'absence de soins, on observe une atteinte du collet des dents et l'apparition de caries ⁽⁷⁾ ;
- une hausse du pH buccal qui devient plus alcalin, amenant des conséquences néfastes pour la santé buccodentaire ;
- une moins bonne irrigation des gencives ;
- une coloration jaunâtre des dents ;
- un déchaussement des dents plus fréquent : les fumeurs ont trois à six fois plus de risques de présenter des résorptions osseuses et de perdre leurs dents précocement ;
- une hausse des maladies parodontales : gingivite, parodontite, carie dentaire. 50 % des maladies des gencives sont liées à la consommation de tabac. Un fumeur a une probabilité 6 fois plus importante de développer des maladies parodontales ;
- une moins bonne efficacité des soins dentaires : les taux d'échecs en implantologie sont plus élevés chez les fumeurs et les plaies plus lentes à guérir ;
- des troubles du goût et de l'odorat ;
- un risque de cancer de la cavité buccale majoré ;
- une altération de la réponse inflammatoire et immunitaire ;
- des lésions des muqueuses buccales dont les principales sont les kératoses buccales. Elles présentent un risque élevé de transformation maligne.

(7) Bonnet N., Mezrai M., Hochet M., Renaud J., Santé orale et tabagisme, Paris, RESPADD, septembre 2021, 36 pages.

D | LE POIDS

On observe chez les femmes une crainte très fréquente de prise de poids à l'arrêt de la cigarette, ce qui peut constituer un frein au souhait de commencer un sevrage tabagique.



CE QU'IL FAUT SAVOIR

- 1/3 des fumeurs ne prend pas de poids lors de l'arrêt.
- La nicotine agit comme un coupe-faim. À l'arrêt du tabac, un rattrapage du sous poids dû au tabagisme se produit naturellement. Une prise de poids – 2 à 3 kg en moyenne – peut survenir.
- La nicotine contenue dans la fumée du tabac augmente le métabolisme du corps et les dépenses énergétiques à hauteur de 200 à 400 kcal pour 20 cigarettes fumées.
- La consommation de tabac entraîne une modification des saveurs et des goûts. À l'arrêt du tabac, on observe une amélioration du goût et un meilleur appétit.
- Un dosage bien adapté et suffisant de substituts nicotiques permettra d'éviter le manque de nicotine évitant ainsi les fringales tout en ayant un effet bénéfique sur le métabolisme.
- Douze mois après l'arrêt de la consommation, 16 % des ex-fumeurs ont perdu du poids.

info



SPORT SUR ORDONNANCE

Depuis mars 2017, les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) peuvent bénéficier du sport sur prescription médicale permettant la pratique d'une activité physique adaptée (APA) ⁽⁸⁾.

CE QU'IL FAUT FAIRE

- Prévenir les femmes que la prise de poids n'est pas automatique.
- Conseiller et proposer des substituts nicotiques.
- Encourager la reprise d'une activité physique.
- Proposer une modification de l'alimentation en amont de l'arrêt du tabac en bénéficiant des conseils d'un(e) diététicien(ne). En appelant Tabac Info Service au 3989, plusieurs consultations téléphoniques gratuites sont possibles avec un-e professionnel-le.



(8) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_aps_vf.pdf

Spécificité du tabagisme pendant la grossesse et l'allaitement

1/ Paramètres pharmacologiques spécifiques de la grossesse

La grossesse entraîne différentes modifications physiologiques chez la femme, dont :

- une hausse du volume de distribution du sang entraînant une dilution plus importante de la nicotine et donc des besoins en nicotine plus importants ;
- une augmentation de l'activité métabolique à l'origine d'une élimination plus rapide de la nicotine, pendant la grossesse, diminuant son efficacité et nécessitant un ajustement des posologies des traitements nicotiniques de substitution.

2/ Risques spécifiques pendant la grossesse



CE QU'IL FAUT SAVOIR

Le tabagisme a des conséquences délétères tout au long de la grossesse mais également lors de l'accouchement et en *post-partum*.

Lors du premier trimestre :

- → **Risque augmenté de grossesse extra-utérine (GEU)**
Le tabagisme entraîne une altération de la structure des trompes utérines. Une fumeuse a 2 fois plus de risque de faire une GEU.
- → **Risque augmenté de fausse couche spontanée**
Le tabagisme entraîne une altération de la vascularisation endothéliale. Le taux de fausses couches spontanées associées au tabagisme maternel serait de 20 à 80 % supérieur au taux attendu en population générale.

.../...



CE QU'IL FAUT SAVOIR (suite)

Au cours des 2^e et 3^e trimestre :

- → **Risque augmenté d'hématomes rétroplacentaires (HRP) et placentas bas insérés**
Le tabagisme maternel favorise les hématomes rétroplacentaires, avec un effet-dose associé à la carboxyhémoglobinémie. Les placentas bas insérés sont également plus fréquents (multipliés par 2 environ) en cas de tabagisme maternel.
- → **Risque de prématurité**
Le tabagisme chez la femme enceinte est un facteur de risque de prématurité. Cette prématurité est en grande partie induite par la survenue plus fréquente d'accidents obstétricaux (HRP, placentas bas insérés, rupture prématurée de membranes), et semble être dose-dépendante. Un arrêt du tabac en début de grossesse diminue ce risque.
- → **Retard de croissance *in utero* (RCIU)**
Complication la plus fréquente du tabagisme maternel, probablement multifactorielle (hypoxie chronique, vasoconstriction utérine et ombilicale, toxicité du cadmium, sous-alimentation de la femme fumeuse car effet coupe-faim de la nicotine). Une réduction d'environ 200 grammes du poids de naissance est observée chez les enfants de mères fumeuses en cours de grossesse, après prise en compte des autres facteurs de risque connus. Cette réduction semble proportionnelle à l'importance du tabagisme maternel. Un arrêt du tabagisme dans la 1^{re} partie de la grossesse permet d'améliorer le poids de naissance.
Une diminution du poids de naissance est également observée en cas de tabagisme passif.
La croissance post-natale des enfants ne semble pas affectée par le tabagisme maternel en cours de grossesse.
- → **Risque augmenté de rupture prématurée des membranes**
- → **Risque accru de mort fœtale *in utero* (MFIU)**
D'après le CRAT (centre de référence sur les agents tératogènes), le tabagisme maternel est associé à un risque légèrement accru de morts fœtales *in utero*, après prise en compte des autres facteurs de risque.
- → **Impacts sur le fœtus**
Le fœtus est moins bien oxygéné en raison de l'intoxication par le monoxyde de carbone qui prend la place de l'oxygène. La fumée de la cigarette déclenche :
 - une augmentation du rythme cardiaque et une vasoconstriction ;
 - une perturbation de la croissance pulmonaire ;
 - une diminution des mouvements fœtaux.

.../...



CE QU'IL FAUT SAVOIR (suite)

Lors de l'accouchement :

- → Risque augmenté de thromboses veineuses profondes.

Effets à long terme : les effets suivants ont été étudiés chez les enfants exposés *in utero* au tabagisme maternel :

- → infections respiratoires basses et troubles respiratoires de type wheezing/asthme,
- → allergies,
- → mort subite du nourrisson,
- → surpoids, obésité, diabète,
- → troubles du neurodéveloppement (TDAH...),
- → cancers.

À noter que les biais méthodologiques des études publiées ne permettent pas de retenir un quelconque lien de causalité. En dehors du tabagisme maternel, la part de facteurs environnementaux, socio-économiques ou encore génétiques n'est pas toujours prise en compte, ce qui rend le rôle propre du tabac difficile à évaluer.

FIGURE 3

Complications obstétricales associées au tabagisme actif maternel

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

3/ Post-partum

Le tabagisme maternel entraîne de nombreux effets délétères chez les enfants :

- facteur de risque de mort subite du nourrisson. Le tabagisme maternel semble être associé à un risque 3 à 4 fois plus élevé de mort subite du nourrisson. Il existerait un effet-dose. La part d'un effet propre de l'exposition anténatale par rapport à l'exposition postnatale est toutefois difficile à établir ;
- risque plus important d'infections respiratoires basses dans les premières années de vie (bronchites, pneumonies) ;
- risque plus important de développer de l'asthme et des otites moyennes ;
- diminution de la fonction respiratoire qui semble persister jusqu'à l'âge adulte.

D'après le CRAT : « *Chez les enfants exposés au tabac, la fréquence des pathologies respiratoires est augmentée, mais de façon moindre lorsqu'ils sont allaités* »⁽⁹⁾.

Le risque de reprise du tabac en *post-partum* est élevé.



CE QU'IL FAUT FAIRE

- → Il est recommandé de créer un environnement sans tabac, particulièrement au domicile et dans les voitures.
- → Proposer une aide au sevrage tabagique pour l'entourage.
- → Favoriser l'éviction complète du tabagisme au domicile.

(9) État des connaissances sur le tabac grossesse et allaitement. Mise à jour le 5 mars 2018
https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=1038

4/ Allaitement



CE QU'IL FAUT SAVOIR

- → Le tabac diminue la production de lait maternel.
- → La nicotine et son métabolite la cotinine passent dans le lait maternel. Sa demi-vie varie entre 60 et 90 minutes. Les taux de lipides, protéides, vitamine C et de certaines substances immunitaires sont abaissés.
- → Le tabac modifie le goût et l'odeur du lait maternel. L'enfant expérimente ainsi de façon précoce le goût du tabac, ce qui pourrait le rendre plus attractif à l'adolescence.
- → Même si le sevrage n'est pas envisageable, l'allaitement est à privilégier. Le bébé d'une mère fumeuse peut avoir souffert *in utero* et il a dans ce cas particulièrement besoin du lait maternel pour ses qualités nutritionnelles et sa richesse en facteurs de croissance et de défense anti-infectieuse. Tabagisme et allaitement sont moins délétères que tabagisme et lait artificiel.

Facteurs de risques de reprise de consommation en *post-partum* :

- partenaire ou personne fumeuse au domicile ;
- troubles anxieux/dépressifs ;
- allaitement artificiel ;
- intention d'arrêter uniquement pour le temps de la grossesse ;
- forte dépendance à la nicotine ;
- un arrêt du tabac inférieur à un mois avant le début de la grossesse ;
- envies pressantes de fumer plusieurs fois par semaine ;
- fumer pour faire face à des situations stressantes ;
- multiparité.

.../...



CE QU'IL FAUT SAVOIR (suite)

Selon les recommandations du CNGOF⁽¹⁰⁾ (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) :

- l'utilisation des substituts nicotiniques permet de ne pas exposer l'enfant à la fumée de cigarette, ni à ses autres composants toxiques. Ces traitements sont possibles pendant l'allaitement ;
- en raison d'absence de données (d'efficacité et d'innocuité pour le nouveau-né allaité), le bupropion et la varénicline ne sont pas recommandés dans le *post-partum*, en cas d'allaitement ;
- il est recommandé de promouvoir l'allaitement maternel chez les femmes fumeuses. Le statut tabagique de la mère ne doit pas orienter le mode d'alimentation du nouveau-né ;
- l'allaitement maternel est un facteur associé à la réduction de la consommation tabagique et/ou au sevrage.

L'allaitement contribue :

- au maintien de l'abstinence ;
- à l'éviction du tabagisme passif.



CE QU'IL FAUT FAIRE

Il est recommandé d'encourager la femme à allaiter, même lors d'une persistance du tabagisme, pour éviter le tabagisme passif chez le nouveau-né. Pour cela :

- → accompagner la femme et lui donner des conseils pour que l'allaitement se passe dans de bonnes conditions ;
- → conseiller de fumer juste après la tétée afin qu'à la tétée suivante la nicotine puisse être éliminée ;
- → insister sur l'importance de fumer en extérieur ;
- → instaurer une habitation sans tabac ;
- → indiquer l'utilisation de substituts nicotiniques et de formes orales notamment après la tétée ;
- → encourager et accompagner la femme vers l'arrêt du tabac, ou si cela n'est pas possible, la diminution.

(10) Chapitre X – Tabac et allaitement

<http://www.cngof.fr/component/rsfiles/apercu?path=Clinique/RPC/RPC%20COLLEGE/2020/RPC-CNGOF-tabagisme-grossesse.pdf>

Intervenir – Repérage

1/ La dépendance au tabac

L'addiction au tabac repose sur des modifications physiologiques dont l'expression constitue les trois formes de dépendance :

- dépendance physique,
- dépendance psychologique,
- dépendance comportementale.

Parmi les diverses substances psychoactives, le tabac fumé est la drogue la plus addictogène. Il produit de multiples effets de renforcement et entraîne un besoin irrésistible de fumer. Lorsque le taux de nicotine diminue dans l'organisme, des symptômes de manque apparaissent rapidement.

A | LA DÉPENDANCE PHYSIQUE

Elle est essentiellement due à la nicotine qui, en se fixant sur les récepteurs nicotiques cérébraux, entraîne la libération de dopamine, noradrénaline et sérotonine à l'origine de la sensation de plaisir. La dépendance physique se traduit par des signes de manque en l'absence de consommation, ou en cas de substitution nicotinique insuffisante.



LES SIGNES DE MANQUE

Irritabilité, craving (envie irrésistible de fumer), augmentation de l'appétit, difficultés de concentration, humeur triste, anxiété, troubles du sommeil, impression de profonde souffrance, etc.

B | LA DÉPENDANCE PSYCHOLOGIQUE

Elle est variable d'une personne à l'autre et dépend du plaisir que le sujet a appris à obtenir de sa cigarette. Chaque fois qu'il utilise sa cigarette pour en obtenir une réponse (gestion d'une situation de stress, gestion des émotions – positives ou négatives –, stimulation intellectuelle, etc.), il renforce son accroche psychologique au produit.

C | LA DÉPENDANCE COMPORTEMENTALE

Il n'y a ni besoin, ni envie, c'est la situation qui déclenche la consommation. La dépendance comportementale s'installe dans le cadre de situations souvent répétitives. Progressivement, la consommation devient une consommation réflexe, automatique, conditionnée, souvent en association avec d'autres produits (café, alcool, etc.). Quand on envisage d'arrêter de fumer, il est donc important de réfléchir à ce que l'on pourrait faire dans ces circonstances pour pallier l'envie de fumer.

2/ Tests pour mesurer la dépendance tabagique

Il est important de pouvoir évaluer la dépendance tabagique avec des tests validés. Ces tests, bien qu'utiles, ne sont pas obligatoires et doivent s'intégrer dans la pratique usuelle des professionnels.

A | LE CIGARETTE DEPENDENCE SCALE (CDS) (cf. pages 54-55)

Le CDS est un auto-questionnaire permettant une prise de conscience et un engagement vers l'arrêt par le simple fait de le remplir. Il peut être mis à disposition dans les salles d'attente chez les professionnels de médecine de ville, dans les structures hospitalières ou structures médico-sociales ou remis à la personne en amont/lors d'une consultation ou hospitalisation. Il permet d'ouvrir le dialogue : « *je vois que vous avez répondu au questionnaire de dépendance tabagique, que pensez-vous d'en parler ?* ».

B | LE TEST DE FAGERSTRÖM SIMPLIFIÉ EN DEUX QUESTIONS (cf. page 58)

Le test de Fagerström simplifié permet d'évaluer le dosage de nicotine à conseiller et d'anticiper la sévérité des symptômes de sevrage éventuels.

3/ Analyseur de monoxyde de carbone dans l'air expiré – CO testeur (figure 4)

Il s'agit d'un examen non invasif, d'utilisation simple et rapide qui permet de mesurer le taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré. Il doit être réalisé entre 30 et 90 minutes après la dernière cigarette et permet d'avoir un aperçu de la consommation de tabac sur les 24 dernières heures. Les valeurs sont exprimées en ppm (parties par millions).



FIGURE 4
*Analyseur de monoxyde de carbone
dans l'air expiré – CO testeur*

Cette mesure peut être utilisée comme un outil motivationnel qui permet d'engager le dialogue sur la consommation de tabac, de valoriser et rendre concrets les réductions ou arrêts de consommation. Elle permet d'informer et de sensibiliser les fumeurs en établissant un lien entre le taux mesuré, l'importance de l'inhalation des cigarettes consommées, ainsi que d'informer les non-fumeurs sur les risques liés au tabagisme passif.

La prise en charge du tabagisme ne nécessite pas obligatoirement l'usage de l'analyseur de CO. C'est un outil supplémentaire, à condition qu'il soit intégrable dans la pratique usuelle du professionnel.

5/ Le repérage précoce intervention brève motivationnelle en tabacologie (RPIB)

A | DÉFINITION

Le RPIB est une procédure de prévention visant à repérer un comportement de consommation de substance psychoactive et à entraîner un changement de celui-ci vers une baisse des consommations.

Appliqué à la tabacologie, le RPIB est une méthode de repérage du tabagisme et d'accompagnement vers l'arrêt adaptée au degré de motivation de la personne. Elle a été conçue pour aider les personnes à s'engager dans un changement de comportement car on sait que l'accompagnement par un professionnel permet d'augmenter les chances d'arrêt de 80 % par rapport à un fumeur qui arrête seul.

Le RPIB peut être effectué **par tout professionnel de la relation d'aide formé ou professionnel de santé** et peut être réalisé à tout moment, il n'est jamais trop tard pour le proposer. Le RPIB a fait ses preuves dans de nombreuses études.

Se rappeler que le RPIB se déroule en deux étapes :

- **le repérage** : c'est le recueil des consommations déclarées et l'évaluation des risques grâce à un questionnaire ;
- **l'intervention brève** : elle s'organise sous la forme d'un entretien structuré en 8 étapes :
 - 1 | Proposer et restituer le score du test de repérage
 - 2 | Expliquer le risque tabac
 - 3 | Parler de la consommation
 - 4 | Évaluer l'intérêt de la réduction du point de vue du patient
 - 5 | Exposer des méthodes utilisables pour réduire sa consommation
 - 6 | Proposer des objectifs, laisser le choix
 - 7 | Résumer l'entretien et donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation
 - 8 | Remettre de la documentation

L'intervention brève est rapide, efficace, simple ; orientée vers le changement ; basée sur la science ; efficiente ; structurée ; centrée sur la personne ; accessible et d'inspiration motivationnelle.

Taux d'abstinence après un an (en %) en fonction de l'intervention proposée

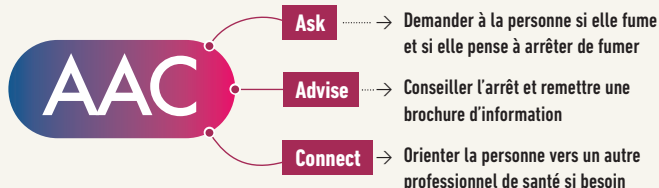
Aucune intervention	10,9
Intervention minimale (moins de 3 min)	13,4
Intervention brève (3 à 10 min)	16,0
Consultation plus approfondie (plus de 10 min)	22,1

Source : Ramseier CA, Bornstein MM, Saxer UP, Klingler K, Walter C. Prévention et sevrage tabagique au cabinet dentaire. Rev Mens Suisse Odontomastol. 2007; 117(3): 267-78.

LES MÉTHODES DE RÉALISATION DU RPIB

→ LA MÉTHODE AAC

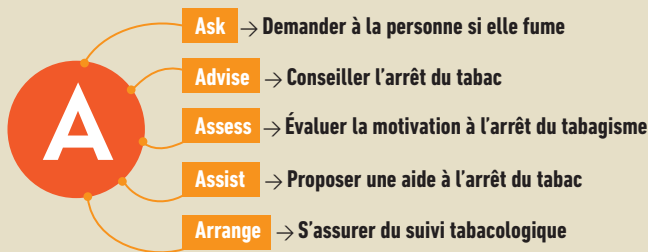
FIGURE 5 La méthode AAC



Pour les professionnels prescripteurs, il est également possible d'utiliser

→ LA MÉTHODE DES 5 A ou → LA MÉTHODE AAT.

FIGURE 6 La méthode des 5 A



Le RPIB peut être résumé en appliquant la méthode des 5 A : Ask (demander si la personne fume et si elle pense à arrêter de fumer), Advise (conseiller l'arrêt), Assess (évaluer la dépendance et la motivation à l'arrêt), Assist (aider, soutenir par des traitements appropriés et un accompagnement) et Arrange (assurer le suivi ou orienter).

FIGURE 7 La méthode AAT



B | ABORD DE LA PERSONNE FUMEUSE

Pour favoriser l'entrée en relation et l'alliance thérapeutique avec le fumeur et permettre un échange, il est indispensable :

- ▶ d'adopter une attitude bienveillante,
- ▶ d'adopter une attitude non directive et non jugeante,
- ▶ d'exprimer son empathie,
- ▶ de poser des questions ouvertes,
- ▶ d'éviter le discours magistral et le jargon médical,
- ▶ d'affirmer sa disponibilité,
- ▶ de laisser parler la personne et de l'aider à verbaliser sa façon de percevoir sa problématique en prenant en compte son savoir expérientiel.

Le dialogue sera d'autant plus efficace en évitant :

- ▶ la confrontation,
- ▶ de se mettre en position supérieure, magistrale, moralisatrice,
- ▶ de nier la compétence pratique et l'autonomie de la personne,
- ▶ de donner un cours, de vouloir être exhaustif,
- ▶ de poser des questions par curiosité.



CE QU'IL FAUT SAVOIR

Il est important d'intervenir auprès des femmes dès l'adolescence. Des interventions peuvent être faites par les infirmières scolaires, les médecins généralistes, les gynécologues, les sages-femmes, ainsi que par tous les professionnels de la santé et de la prévention, pour :

- parler de la dépendance et présenter les aides disponibles même pendant la grossesse,
- expliquer que la nicotine n'est pas dangereuse pour le fœtus,
- préciser que ce sont les substances présentes dans la fumée du tabac qui sont dangereuses et que les risques liés à la consommation de tabac sont liés à la durée du tabagisme.

Les visites préconceptionnelles et la grossesse sont des moments propices à l'arrêt du tabac. Tous les professionnels de santé doivent identifier et repérer les consommations de tabac chez les femmes en âge de procréer mais également chez l'entourage (conjoint).

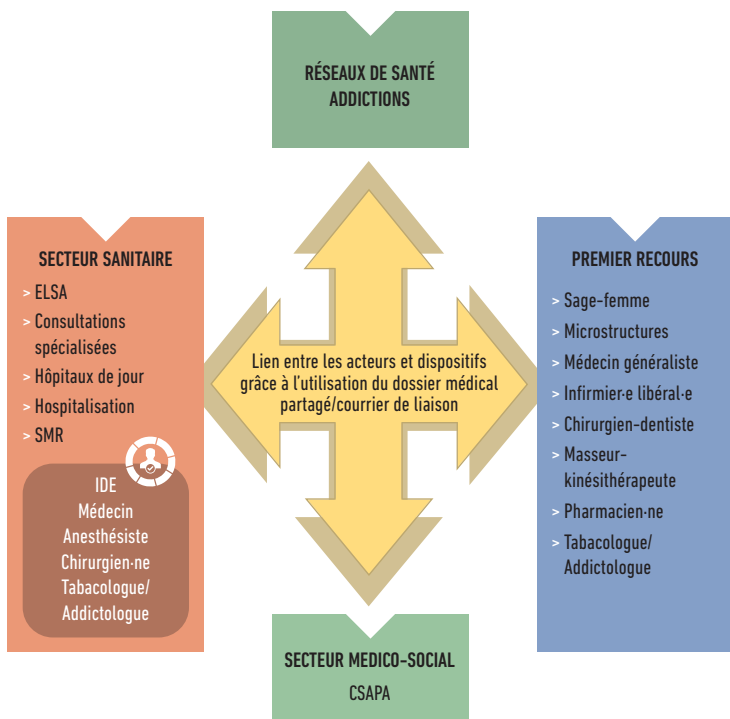
CE QU'IL FAUT FAIRE



- → Chaque professionnel doit systématiquement aborder la question de la consommation tabagique :
 - « Vous arrive-t-il de fumer ? » ;
 - si oui : « Avec votre accord, je vous propose d'évaluer votre dépendance ».
- → Pour évaluer la dépendance tabagique du fumeur, il est indispensable d'utiliser des tests validés, comme le test de Fagerström simplifié en deux questions (cf. p. 58) ou le *Cigarette dependence scale (CDS)* pour une évaluation complète (cf. p. 54-55).
- → Le score obtenu au questionnaire proposé est restitué à la personne afin d'engager la discussion. Cette dernière sera adaptée selon le niveau de dépendance de la personne. Les conséquences potentielles de la consommation de tabac ne sont pas en lien avec le niveau de dépendance : une dépendance modérée peut amener aux mêmes complications qu'une dépendance forte. Le RPIB sera conduit selon la méthode proposée dans le livret du RESPADD « Guide de l'intervenant » et illustré sur l'affiche présentant l'algorithme décisionnel (cf. p. 62).
- → Poser systématiquement la question du statut tabagique et le retranscrire dans le dossier de suivi de la patiente.
- → Échanger sur la dépendance tabagique et le syndrome de manque avec un discours bienveillant et non jugeant : « Parlez-moi de votre consommation ».

FIGURE 8

Coordination des ressources dans la prise en charge du tabagisme



CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

ELSA : Équipe de liaison et de soins en addictologie

SMR : Soins médicaux et de réadaptation

En abordant la question du tabac de manière systématique, les professionnels de santé peuvent aider une part importante des fumeur-se-s à arrêter définitivement de fumer.

CE QU'IL FAUT FAIRE (suite)

- Délivrer des informations claires et compréhensibles sur les conséquences de la consommation de tabac pendant la grossesse et remettre un document synthétisant l'ensemble des données : les risques du tabagisme sur la grossesse, les bénéfices de l'arrêt et les aides qui peuvent être apportées.
- S'assurer que les messages transmis sont bien compris : « Qu'en pensez-vous ? ».
- Accompagner les femmes fumeuses tout au long de leur grossesse : avant, pendant et après, dans une dynamique bienveillante, positive et valorisante.
- Proposer un accompagnement et une prise en charge adaptée, savoir orienter (cf. figure 8 page 30).
- Un accompagnement des personnes fumeuses se trouvant dans l'entourage proche des femmes enceintes est souhaitable.
- Il est également important de questionner la femme sur la présence ou non de consommations associées (alcool, cannabis, etc.).
- Systématiser le repérage du tabagisme en se formant au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) en tabacologie et à la prescription des TNS (cf. loi du 26 janvier 2016).



info

MIEUX COMMUNIQUER POUR MIEUX SOIGNER AVEC LE FALC (Facile à Lire et à Comprendre)

→ SantéBD⁽¹¹⁾ propose une bande-dessinée facile à lire et à comprendre (FALC) : « Ma santé et le tabac ».

Les objectifs de cette bande-dessinée sont de :

- rendre l'information en santé accessible au plus grand nombre,
- permettre aux personnes les plus vulnérables de devenir actrices de leur santé.

SantéBD est un projet développé par l'association CoActis Santé.

→ L'application MediPicto AP-HP⁽¹²⁾ développée par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris permet une communication non verbale entre soignants et patients. Elle favorise le dialogue entre les soignants et les patients ayant des difficultés d'expression et/ou de compréhension grâce à de nombreux pictogrammes. Le patient peut également sélectionner l'une des 16 langues s'il n'est pas francophone. L'application est gratuite.

(11) SantéBD <https://santebd.org/> – (12) <https://www.aphp.fr/medipicto>

Intervenir – Accompagnement et aide au sevrage

1/ Importance de l'accompagnement de la femme dans l'aide au sevrage tabagique

Selon le Rapport d'experts et Recommandations Prise en charge du tabagisme en cours de grossesse élaborés par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), et la Société francophone de tabacologie (SFT), en 2020 :

« L'exposition au tabagisme passif semble plus importante au domicile et dans la voiture avec des conséquences potentielles sur la grossesse, notamment sur la prématurité. Une éviction complète du tabac au domicile diminue significativement l'exposition au tabagisme passif par rapport à une éviction incomplète. Plus les sources possibles sont nombreuses, plus l'intoxication est élevée. Il est recommandé de conseiller aux femmes et à l'entourage (conjoint notamment) de créer un environnement sans tabac, particulièrement au domicile et dans la voiture (accord professionnel). Le facteur de risque majeur associé au tabagisme passif est la présence d'un conjoint fumeur. Les autres facteurs associés sont la présence de fumeur au domicile ou dans la voiture, la population jeune (< 25 ans), un niveau d'enseignement faible, un tabagisme ancien. Le tabagisme passif est associé à un risque accru de mort fœtale in utero, de malformations fœtales, de prématurité et poids à la naissance inférieur à 2 500 g ».



CE QU'IL FAUT FAIRE

Il faut accompagner les femmes et leur entourage dans l'aide au sevrage tabagique. Cet accompagnement doit être proposé par tous les professionnels de santé. Une prise en charge simultanée de l'entourage de la femme est nécessaire. Il est en effet plus difficile d'arrêter de fumer si son entourage fume. Il sera ainsi important de :

- → questionner sur les consommations de tabac de l'entourage ;
- → conseiller à l'entourage un arrêt de la consommation de tabac et prescrire des traitements nicotiques si besoin. Depuis 2016, les sages-femmes bénéficient d'un élargissement de leurs droits de prescription des traitements nicotiques de substitution à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.

2/ Les différents types d'accompagnement au sevrage tabagique

Il est souvent nécessaire d'associer les médicaments d'aide au sevrage à des thérapies non médicamenteuses, des groupes de psychoéducation au tabac, des thérapies cognitivo-comportementales en fonction des besoins de la personne afin de prévenir et/ou limiter les reprises de consommation.

A | LES TRAITEMENTS NICOTINIQUES DE SUBSTITUTION (TNS)

Les TNS sont les traitements médicamenteux de première intention et peuvent être prescrits dans une stratégie d'arrêt immédiat.

Ils doivent être prescrits par des professionnels habilités afin d'être remboursés.

Différentes formes de substituts nicotiques sont disponibles : formes transdermiques et formes orales. Il est important de proposer ces différentes formes aux personnes et de leur laisser le choix. Des idées reçues circulent sur les TNS et la dangerosité de la nicotine : il est important d'avoir un discours bienveillant en rassurant la personne sur ces médicaments et leur rapport bénéfice/risque favorable.

Il n'y a **pas de contre-indication associée à l'utilisation des TNS, mais un certain nombre de précautions d'emploi**. Le dosage des TNS doit être adapté aux besoins de la personne. Pour cela il est important d'évaluer l'efficacité de leur utilisation et leurs effets.

La posologie devra être adaptée et augmentée si la personne fume des cigarettes roulées. Les TNS sont également accessibles sans ordonnance en pharmacie d'officine.

L'ensemble des TNS, leur mode d'emploi et les conseils d'utilisation sont décrits dans le guide « Premiers gestes en tabacologie » disponible auprès du RESPADD.



LORS D'UNE HOSPITALISATION

- L'aide à l'arrêt du tabac doit être proposée systématiquement aux femmes afin d'éviter le manque généré par l'arrêt ou la diminution de la consommation de tabac induit par l'hospitalisation.
- La mise à disposition des substituts nicotiques doit être réalisée dans tous les services et notamment les services de gynécologie-obstétrique.
- L'orientation vers un professionnel spécialisé (tabacologue/addictologue) doit être proposée si besoin.

LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ DU 26 JANVIER 2016

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, permet la prescription des substituts nicotiques par les infirmiers, médecins, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, et médecins du travail. Les sages-femmes bénéficient d'un élargissement de leurs droits de prescription à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.

Cette prescription permet un remboursement à hauteur de 65 % par la Sécurité sociale. Les TNS doivent figurer sur la liste des substituts nicotiques pris en charge par l'Assurance maladie (www.ameli.fr).

L'objectif est l'accessibilité des substituts nicotiques pour tous afin d'aider au mieux la personne fumeuse dans son sevrage tabagique.

Une fois que la personne aura défini la substitution qui lui convient le mieux, il est important de déterminer le dosage de cette substitution. Pour cela, vous pouvez vous aider des résultats des tests de dépendance réalisés en amont, en vous basant sur le dosage : **1 cigarette \geq 1 mg de nicotine.**

FIGURE 9

Dose initiale de nicotine en fonction du nombre de cigarettes fumées

DOSE INITIALE MINIMALE DE NICOTINE EN FONCTION DU NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES PAR JOUR : PATCHS EN MG / FORMES ORALES (FO)				
Nombre de cigarettes/jour	< 10 cig./j	11-20 cig./j	21-30 cig./j	> 30 cig./j
Dosage minimal en nicotine sur la base de 1 cigarette = au moins 1 mg nicotine	7 ou 14 (ou 10) / FO	21 (ou 15) / FO	21 + 14 (ou 25) / FO	21 + 21 (ou 15 + 15) / FO

En cas de consommation de cigarettes roulées ou de joints,
prévoir une augmentation des doses.
1 joint de résine ou herbe de cannabis = 5 à 6 mg de nicotine
1 cigarette roulée = 4 mg de nicotine

Se rappeler que les fumeurs qui tirent intensément sur leur cigarette peuvent en retirer jusqu'à 10 mg de nicotine.

Aucune toxicité de la nicotine pour le fœtus n'a été démontrée lorsque les traitements de substitution sont prescrits aux doses utilisées en dehors de la grossesse.

À noter que les besoins en nicotine sont souvent majorés pendant la grossesse en raison d'une hausse du métabolisme et d'une augmentation du volume de distribution. En effet, le métabolisme de la nicotine est augmenté chez la femme enceinte.

Cette donnée est à prendre en compte lors de la prescription d'un traitement de substitution nicotinique.

Il est important de réévaluer régulièrement l'efficacité du traitement en augmentant si besoin les doses jusqu'à ce que la patiente soit confortable.

CE QU'IL FAUT FAIRE



- → Rassurer les femmes sur l'utilisation des substituts nicotiques pendant leur grossesse.
- → Rappeler que ce sont les produits de la combustion du tabac qui sont délétères pour leur santé et celle du fœtus.

LES SYMPTÔMES DU SOUS-DOSAGE



CE QU'IL FAUT SAVOIR

- → Ils sont fréquents.
- → Ils peuvent se traduire par des *cravings*, de la nervosité, de l'irritabilité, de la frustration, de la colère, des fringales, des troubles du sommeil et de la concentration, une impression de souffrance profonde, etc.



CE QU'IL FAUT FAIRE

- → Rassurer la femme.
- → Réajuster la posologie : ne pas hésiter à associer formes transdermiques et formes orales.
- → Rechercher avec la femme des stratégies pour maîtriser ses envies fortes de fumer.
- → Anticiper les situations à risque en préparant une réponse adaptée (appeler un ami, sortir de la pièce, respirer profondément, etc.).

LES SYMPTÔMES DU SURDOSAGE



CE QU'IL FAUT SAVOIR

- Ils sont rares et sans gravité.
- Ils peuvent se traduire par des nausées, vomissements, palpitations, céphalées, bouche pâteuse, insomnie sévère, diarrhée, etc.



CE QU'IL FAUT FAIRE

- Rassurer la femme.
- Réévaluer la consommation de tabac associée.
- Réduire ou arrêter les substituts nicotiques la nuit.

info



PICTOGRAMME PRÉSENT SUR LES CONDITIONNEMENTS DE TRAITEMENTS NICOTINIQUES DE SUBSTITUTION



Les substituts nicotiques sont des médicaments autorisés en France depuis 1997. Depuis le 17 octobre 2017, les firmes pharmaceutiques sont tenues d'apposer un logo « Interdit » ou « Danger » en cours de grossesse sur certaines de leurs spécialités, sur la base des données figurant dans leur résumé caractéristique du produit (RCP), dès lors qu'un risque tératogène

ou fœtotoxique y est mentionné (arrêté d'avril 2017). L'apposition de ces pictogrammes est de la responsabilité des laboratoires, les autorités sanitaires n'ayant pas publié à l'heure actuelle de liste des médicaments concernés. L'application de ce décret, tel qu'il existe actuellement, peut être critiquée.

Au regard des très nombreuses données cliniques actuellement disponibles chez la femme enceinte, aucun risque tératogène ou fœtotoxique particulier n'est associé à une substitution nicotinique en cours de grossesse. À ce titre, l'apposition d'un pictogramme « grossesse = danger » sur les conditionnements extérieurs des substituts nicotiques n'est pas justifiée à ce jour. Ce pictogramme est par ailleurs susceptible d'avoir un impact majeur négatif sur l'acceptabilité et l'observance du traitement par les patientes, tel que le soulignait la Société Francophone de Tabacologie dans un communiqué de presse en date du 16 février 2018.



À RETENIR

- → Rassurer les soignants (dont les pharmaciens) sur la prescription des substituts nicotiniques chez les femmes enceintes.
- → Informer les femmes de la présence de ce pictogramme sur les conditionnements des traitements de substitution nicotinique.
- → Rassurer les femmes enceintes sur l'utilisation possible des substituts nicotiniques pendant la grossesse.
- → Rassurer sur l'absence de risque à fumer en cas de besoin impérieux, même avec un TNS.
- → Rappeler que ce sont les produits de la combustion du tabac qui sont dangereux et non la nicotine.
- → Mentionner la possibilité d'accompagnement à distance via le site : www.tabac-info-service.fr

info



RÔLE DES PHARMACIENS

Afin de faciliter la dispensation de ville, il est important de travailler en lien étroit avec les pharmaciens. Il est recommandé au professionnel de santé prescripteur de prendre contact avec le pharmacien pour convenir de la meilleure prise en charge pour la patiente.

B | BUPROPION ET VARÉNICLINE

Ces médicaments sont contre-indiqués chez la femme enceinte et allaitante.

C | L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

L'entretien motivationnel (EM) est défini comme « un style de communication collaboratif et centré sur un objectif de changement, avec une attention particulière au langage. Il est conçu pour renforcer la motivation d'une personne et son engagement en faveur d'un objectif spécifique en faisant émerger et en explorant ses propres raisons de changer dans une atmosphère de non-jugement et d'altruisme ».

Des informations complémentaires sur la pratique de l'EM sont disponibles sur le site de l'Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel (AFDEM) : afdem.org.

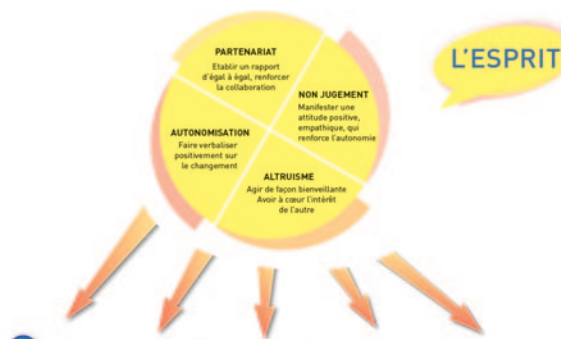


CE QU'IL FAUT FAIRE

- → Poser des questions ouvertes qui favorisent l'échange, plutôt que des questions fermées.
- → Pratiquer l'écoute active par la reformulation, qui permet d'éviter tout jugement ou interprétation :
 - *Si je comprends bien... Vous avez le sentiment que...
Ce qui paraît important pour vous c'est...*
- → Valoriser la démarche entreprise ainsi que les expériences antérieures même en cas de reprise de consommation :
 - *Vous avez déjà réussi un précédent sevrage : qu'avez-vous appris de cette expérience ?*
- → Prendre en compte les représentations et les attentes :
 - *En quoi le tabac est soutenant pour vous ? Qu'est-ce qui vous pose problème dans la situation actuelle ?
Qu'est-ce que pourrait apporter selon vous un arrêt du tabac ? Que craignez-vous en arrêtant de fumer ?*

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

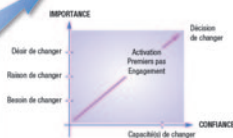
Aider les personnes à engager le changement



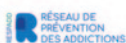
Utiliser ces compétences pour faciliter LES 4 MISSIONS



LE DISCOURS-CHANGEMENT



AFDEM - Réseau de Prévention des Addictions - Lieu de Santé sans Tabac - LSPS - International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services



D | LES THÉRAPIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES (TCC)

Les TCC sont des thérapies habituellement brèves, structurées et validées scientifiquement. Elles sont ciblées sur un ou des comportements problématiques, avec pour objectif de les modifier ou les remplacer par d'autres plus adaptés. Chaque comportement est appris en lien avec une pensée et une émotion, influencé par l'environnement. Ce comportement est renforcé par les sensations agréables qu'il procure ou les ressentis désagréables à éviter. Ainsi, lors de l'apprentissage du comportement « fumer », l'environnement (l'entourage, les milieux festifs, etc.), les sensations perçues de bien-être ou de plaisir créent des stimuli agréables par rapport au tabac : on parle de renforcement positif du comportement. Par ailleurs, le fort potentiel addictif du tabac crée rapidement le manque et le sujet fume pour éviter la sensation désagréable du manque : on parle alors de renforcement négatif. Ces renforcements vont entraîner une persistance du comportement, des conduites d'évitement et des pensées automatiques dysfonctionnelles.

Des informations complémentaires sur la pratique, les formations et la liste des professionnels formés aux TCC sont disponibles sur le site de l'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC) : www.aftcc.org.

E | LA PSYCHOÉDUCATION

La psychoéducation est une méthode pédagogique permettant à la personne de comprendre sa pathologie et sa prise en charge, de la rendre active dans la gestion de cette dernière au quotidien en développant des compétences et en renforçant son empowerment.

La littérature scientifique met en avant les effets positifs de la psychoéducation dans le traitement de la dépendance en donnant aux personnes les moyens d'agir grâce à une éducation solide et robuste.

Elle regroupe trois composantes :

- ▶ **pédagogique** : en communiquant sur les difficultés rencontrées et aides associées,
- ▶ **psychologique** : en apportant du soutien à la personne quand elle est face à des difficultés afin de l'aider à mieux les accepter,
- ▶ **cognitive et comportementale** : en donnant des outils pour aider la personne à gérer ses pensées, émotions, comportements.

Elle a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes grâce à différents éléments :

- ▶ transmission d'information,
- ▶ compréhension du processus de rétablissement,
- ▶ déstigmatisation,
- ▶ utilisation d'un langage simple,
- ▶ prise en compte des troubles cognitifs.

Elle peut se présenter sous la forme d'une intervention psychothérapeutique permettant de l'informer ainsi que ses proches sur sa pathologie. Elle peut également permettre d'échanger avec d'autres personnes grâce à des groupes de psychoéducation sur leurs idées reçues et la gestion au quotidien de leur pathologie. Elle leur permet également de modifier leurs réactions et comportements et vise également le renforcement du partenariat entre la personne et les professionnels de santé.

F | LE VAPORISATEUR PERSONNEL (VP)



CE QU'IL FAUT SAVOIR

- Il est préférable d'employer les termes « vape »/vapotage/vaporisateur personnel au lieu du terme « cigarette électronique » qui fait perdurer l'amalgame avec le tabac.
- Il est important de préciser qu'il n'est pas reconnu comme un produit de santé.
- La proposition de TNS doit rester le traitement de première intention.
- Les vaporisateurs personnels sont nettement moins nocifs pour la santé que les cigarettes. Ils ne contiennent ni ne brûlent de tabac, ce qui signifie qu'ils ne produisent pas de monoxyde de carbone ni de goudrons. Le Royal College of Physicians évalue que le VP dégage 95 % en moins de substances toxiques que le tabac fumé.
- Ces produits ou leurs émissions peuvent contenir des substances toxiques ou potentiellement toxiques et leurs effets sur la santé à long terme sont insuffisamment connus.
- De nombreuses études suggèrent que, pour les fumeurs, les produits du vapotage pourraient être moins nocifs que les cigarettes combustibles. Toutefois, ce bénéfice en termes de santé est annulé dès lors qu'il y a consommation simultanée de produits du tabac avec des produits de vapotage.
- Afin de limiter la production de gaz irritants aldéhyde, formaldéhyde et acroléine, il est recommandé de limiter la puissance du dispositif à 14 watts.

Pour le vaporisateur personnel, les e-liquides présentent une concentration maximale de 19,6 mg/ml. Il est recommandé d'utiliser une concentration de 1 mg/ml par cigarette consommée par jour, soit un e-liquide à 19,6 mg/ml pour une consommation de tabac équivalente à 20 cigarettes/jour.

En cas de consommation habituelle de cigarettes roulées, le besoin en nicotine sera quatre fois plus important : **1 cigarette roulée = 4 mg de nicotine.**



CE QU'IL FAUT FAIRE

- Proposer un sevrage avec les substituts nicotiques en première intention.
- Si une femme enceinte vapote et souhaite continuer à fumer des cigarettes, il est important de conseiller un arrêt total du tabac en rappelant que toutes les cigarettes fumées sont toxiques pour la femme et son fœtus.
- S'il n'est pas possible pour elle d'arrêter cet usage, la poursuite du VP semble à ce jour préférable à la consommation de tabac. En effet, rien d'inquiétant n'a pour le moment été rapporté chez les femmes enceintes et plusieurs paramètres incitent à considérer que l'utilisation du VP réduit un certain nombre d'expositions en cours de grossesse par rapport à la cigarette fumée (absence de produits de combustion divers, absence de CO ...)
- Si nécessaire, des TNS peuvent également être associés au VP afin d'éviter toute reprise de consommation en apportant la dose appropriée de nicotine.
L'information délivrée par les professionnels de santé, sur les bénéfices en termes de réduction des risques apportée par la vape, favorise son utilisation en augmentant la confiance des utilisateurs.
- Contrairement au tabac, l'utilisation du vaporisateur personnel pendant la grossesse n'est pas associée à un faible poids à la naissance ou à un accouchement prématuré.

Avant, pendant et après la grossesse

Le tabagisme est le principal facteur de risque modifiable de la morbidité et de la mortalité associées à la grossesse. Beaucoup de femmes enceintes sont motivées à l'arrêt du tabac. Il est donc utile de profiter de cette motivation pour instaurer cet arrêt du tabac le plus précocement possible et pour le maintenir en *post-partum* afin de protéger l'enfant du tabagisme passif.



CE QU'IL FAUT SAVOIR

- La consommation de tabac réduit la fertilité des hommes et des femmes. Par ailleurs, chez ces dernières, elle potentialise l'effet de l'âge sur la fécondité et diminue les chances de succès en cas d'assistance médicale à la procréation.
- 80 % des femmes qui ont réussi à arrêter de fumer pendant leur grossesse reprennent leur consommation dans l'année qui suit l'accouchement.
- Quel que soit le moment où il intervient (avant, pendant ou après la grossesse, lors de l'allaitement), l'arrêt de la consommation de tabac est bénéfique pour l'enfant et sa mère.
- Les médecins généralistes, les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes sont en première ligne pour proposer un sevrage pour la future maman et lui donner les moyens d'y arriver. De plus, les sages-femmes bénéficient d'un élargissement de leurs droits de prescription de substituts nicotiques à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée.
- Il est recommandé de proposer des interventions soutenues d'aide au sevrage aux femmes fumeuses lors de la première consultation prénatale ainsi que tout au long de la grossesse.
- Les interventions d'aide à l'arrêt de la consommation de tabac pendant la grossesse réduisent la proportion de femmes qui continuent à fumer en fin de grossesse, réduisent le nombre d'enfants ayant un petit poids de naissance et les naissances avant terme, et permettent de diminuer le risque de mort subite du nourrisson.
- L'utilisation des traitements nicotiques de substitution (TNS) est tout à fait possible durant la grossesse et l'allaitement. En revanche, la varéclique et le bupropion sont contre-indiqués chez les femmes enceintes. .../...



CE QU'IL FAUT SAVOIR (suite)

- → L'utilisation des TNS aide à éviter le phénomène de compensation.
- → Les TNS peuvent être prescrits à tout moment de la prise en charge d'une femme enceinte fumeuse, de la consultation prénatale aux suites de couches, si l'arrêt du tabac n'a pas été réalisé pendant la grossesse.
- → Il est recommandé de ne pas fumer pendant l'allaitement, mais le tabagisme maternel n'est pas une contre-indication pour les femmes qui souhaitent allaiter. Pour les mères fumeuses qui allaitent, il faut recommander de fumer après la tétée, plutôt qu'avant.
- → Le tabagisme passif augmente le risque de maladies respiratoires infantiles mais cette conséquence est réduite par l'allaitement maternel, d'autant plus s'il est de longue durée.
- → Peu d'études ont été menées sur les dangers de l'utilisation du vaporisateur personnel pendant la grossesse. Néanmoins, le vaporisateur personnel est probablement beaucoup moins nocif pour les femmes enceintes et leur bébé que les cigarettes classiques. Il ne produit pas de monoxyde de carbone (CO) et ne contient pas la plupart des substances chimiques nocives présentes dans la cigarette.



CE QU'IL FAUT FAIRE

- → Toutes les personnes qui s'engagent dans un projet de procréation doivent être informées, par les soignants, des bénéfices de l'arrêt du tabac sur la fertilité, le déroulement de la grossesse, etc. Cela passe notamment par la mise à disposition d'outils d'information spécifiques à la grossesse sur les risques de la consommation de tabac de la mère pour sa santé et celle de l'enfant à naître et sur les bénéfices de l'arrêt, ainsi que des informations sur les risques de l'exposition au tabagisme passif pour la mère et l'enfant.
- → Les médecins, sages-femmes et gynécologues obstétriciens, doivent proposer systématiquement à la femme enceinte fumeuse des interventions soutenues d'aide au sevrage et, au besoin, les orienter vers un soutien plus structuré afin de maximiser leur taux de succès d'arrêt.
- → Le repérage de la consommation de tabac des femmes enceintes doit être effectué à l'occasion du premier examen prénatal ou de l'entretien prénatal précoce (décret n° 2016-1479 du 2 novembre 2016 relatif aux modalités de mise en œuvre de l'expérimentation de mise en place systématique d'une consultation et d'un suivi spécialisés destinés à toute femme enceinte consommant régulièrement des produits du tabac).


... / ...



CE QU'IL FAUT FAIRE (suite)

- → Il est recommandé de prendre en compte l'histoire tabagique de la femme enceinte fumeuse (âge de la première cigarette, durée du tabagisme, quantité de tabac fumé, tentatives éventuelles d'arrêts antérieurs, causes repérées de la reprise du tabagisme, difficultés identifiées lors d'une nouvelle tentative d'arrêt du tabac) ainsi que ses co-addictions éventuelles (alcool, cannabis, etc.).
- → Les professionnel-le-s de santé doivent proposer une aide à l'arrêt dès la première visite prénatale, tout au long de la grossesse et en suites de couches.
- → Même si les substituts nicotiniques demeurent l'une des options les plus recommandées, une femme enceinte, qui choisit d'utiliser le vaporisateur personnel, ne doit pas être découragée, si cela l'aide à ne plus fumer.
- → Généraliser autant que possible la mesure du monoxyde de carbone expiré pendant les consultations de suivi de grossesse.
- → En cas d'absence de sevrage, il est important de valoriser toute réduction de consommation qui aboutit à une diminution du CO expiré.
- → Il est recommandé de fournir des documents d'information aux femmes sevrées sur les aides à la prévention de la reprise de la consommation.
- → Par le biais d'affichages ou d'autres outils de communication, ou à l'occasion des consultations de suivi de grossesse, les membres de l'entourage doivent être informés des bénéfices du sevrage tabagique pour la femme et l'enfant à naître, être encouragés à saisir l'occasion d'arrêter de fumer pour leur propre santé et être informés des aides à leur disposition.
- → L'aide à l'arrêt doit être poursuivie après l'accouchement afin d'éviter une reprise du tabagisme aux périodes critiques : sortie de la maternité, fin d'allaitement, reprise de l'activité professionnelle, etc.

Messages clés



Les femmes peuvent utiliser des substituts nicotiques durant la grossesse et l'allaitement.

Le tabagisme a des effets néfastes sur la fertilité féminine et masculine.

Il est important d'intervenir auprès des femmes dès leur plus jeune âge.

Le tabagisme produit une relaxation essentiellement musculaire. La noradrénaline, produite sous l'effet de la nicotine inhalée, est directement anxiogène au niveau cérébral.

La nicotine n'est pas dangereuse pour le fœtus et les doses doivent souvent être augmentées.

Le repérage et l'accompagnement des femmes fumeuses doivent être réalisés par l'ensemble des professionnels de santé. Il est important également de prendre en charge l'entourage de la femme fumeuse.

Dès la première cigarette, le risque d'accouchement prématuré est majoré.

Le vaporisateur personnel peut être utilisé pendant la grossesse comme outil de réduction des risques.

Lorsque je rencontre des personnes qui utilisent des substances, j'adopte une pratique :

- **EMPATHIQUE** : je m'efforce de comprendre la situation de leur point de vue.
- **NON CRITIQUE** : je réfléchis à mes propres expériences et je leur fournis des soins en évitant les préjugés fondés sur mes valeurs personnelles.
- **RESPECTUEUSE** : je communique avec mes patients en respectant leur dignité.
- **CONTEXTUELLE** : je considère les déterminants sociaux de leur santé.
- **AXÉE SUR LA PERSONNE** : je les accepte peu importe leur cheminement de vie et j'adapte les soins à leurs besoins individuels.
- **AXÉE SUR LA RÉDUCTION DES MÉFAITS** : j'envisage des stratégies concrètes visant à atténuer les effets nocifs liés à l'utilisation de substances.
- **FACTUELLE** : j'applique les pratiques exemplaires en cours et les directives sur les soins éclairées par des données probantes.
- **NON PUNITIVE** : je ne m'exprime pas et je n'agis pas de manière à les punir ou à les culpabiliser en raison de leur situation.
- **PROFESSIONNELLE** : j'accomplis mon devoir de prodiguer les meilleurs soins possibles à chaque patient.
- **TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES** : j'intègre à ma pratique une compréhension des expériences passées, actuelles et intergénérationnelles de violence et de traumatismes.
- **ADAPTÉE À LA CULTURE** : je reconnais les différences culturelles et j'en tiens compte avec humilité.
- **NON STIGMATISÉE** : je reconnais la stigmatisation dont font l'objet les personnes qui utilisent des substances, y compris des collègues.

D'après l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), 2020.

LES 1 000 PREMIERS JOURS, UNE PÉRIODE QUI INFLUENCE LA SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE

Le concept des « 1 000 premiers jours » désigne la période allant de la grossesse aux deux ans de l'enfant. Les 1 000 premiers jours, c'est aussi le nom d'une politique publique lancée en 2019 et pilotée par le ministère de la Santé et de la Prévention en partenariat avec Santé publique France, la Sécurité sociale, les Agences régionales de santé (ARS) et les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS).

Lors de cette période, les environnements de vie (physiques, chimiques, nutritionnels ou sociaux) influencent le développement de l'enfant et conditionnent en partie sa santé à long terme. Les facteurs de risque face à certaines maladies (obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires et respiratoires, troubles neuropsychiques) peuvent ainsi être impactés.

Cette étape sensible et de transition pour les nouveaux parents peut être marquée par une vulnérabilité physique, psychologique et sociale. C'est aussi une opportunité pour adopter des comportements favorables à la santé, comme arrêter de fumer. L'arrivée d'un enfant est en effet l'occasion de créer des environnements sains et protecteurs dans lesquels parents et enfants pourront s'épanouir.

Les 1 000 premiers jours sont ainsi une période clef pour agir contre les inégalités sociales et leur transmission intergénérationnelle. Les interventions précoces menées pendant cette phase cruciale du développement de l'enfant sont parmi les plus efficaces en santé publique. C'est pourquoi Santé publique France a développé le site 1000-premiers-jours.fr, premier site de référence en périnatalité et petite enfance.

→ Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.1000-premiers-jours.fr



Destiné aux parents et futurs parents, et pensé comme appui pour les professionnels, ce site aborde de nombreux sujets (substances chimiques, alimentation, relation avec le bébé, soutien à la parentalité, etc.) et met à disposition les informations scientifiquement validées les plus récentes, en lien avec les besoins fondamentaux de l'enfant.



Cas clinique

Mme S. F. 32 ans, enceinte pour la première fois, consulte à 2 mois et demi de grossesse.

Avant la grossesse, Mme S. F. fumait 1 paquet par jour. Elle consomme actuellement 8 cig/jour avec vaporisateur personnel (nicotine 6 mg). Elle n'a pas d'antécédents dépressifs mais se sent assez anxieuse. Elle relate 3 ou 4 tentatives antérieures de sevrage avec gommes et hypnose, sans succès.

Elle ressent une forte culpabilité pour cette grossesse : sa motivation est « d'arrêter de faire du mal au fœtus », mais sa crainte est de devenir irritable et de prendre du poids. Elle fume essentiellement « par automatisme », mais aussi pour « combattre le stress et se soutenir le moral ».

COMMENT L'AIDER À ENVISAGER LE CHANGEMENT ?

→ Entretien motivationnel, échanges sur les représentations (stress, poids ...).

COMMENT LA SOUTENIR EFFICACEMENT ?

- Mettre en place le traitement substitutif, en journée, mais à dosage suffisant, et majorer si nécessaire.
- Si l'abstinence n'est pas possible dans l'immédiat, insister sur l'intérêt d'une substitution nicotinique pour éviter la consommation de cigarettes.
- Proposer un journal de bord des consommations et des conseils de gestion du *craving* (grand verre d'eau, inspirations profondes, éloigner le paquet, etc.).
- Organiser un suivi itératif, idéalement hebdomadaire avant l'arrêt total, et dans les 2 semaines qui suivent, puis plus espacé. Des contacts mêmes courts sont utiles.

Au terme d'un mois de suivi hebdomadaire, par consultation ou par téléphone : Mme S. F. est substituée par un patch de 25 mg, a cessé le tabac (sauf une cigarette le dimanche), et a réduit spontanément le vaporisateur personnel à 1 bouffée par jour après chaque repas. Les envies persistent 2 fois par jour, mais elle est moins stressée.

QUELLE ATTITUDE ADOPTER ?

- Encourager et valoriser sa démarche : elle a pu agir pour son enfant et réduire très fortement les risques. Continuer à la suivre tous les mois, y compris en *post-partum*, pour limiter le risque de rechute, poursuivre l'approche motivationnelle au fil des entretiens.

+

info

INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS : LE NOUVEAU-NÉ ET SA FAMILLE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SOINS

Lancée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF, l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) est un programme international à destination des services de maternité. Ce programme est déployé en France par l'association IHAB France, soutenue par UNICEF France et Santé publique France.



En France, douze recommandations, reposant sur un argumentaire scientifique, sont à respecter par les maternités pour être labellisées IHAB. Les établissements candidats s'inscrivent alors dans une démarche qualité comprenant une évaluation initiale, un suivi et un renouvellement de certification pour conserver le label après 4 ans. En 2023, la France compte 64 maternités IHAB, ce qui représente environ 12 % des naissances.

Ainsi, dès la grossesse, au moment de la naissance et durant le séjour en maternité, les équipes IHAB créent un environnement favorable à la constitution des premiers liens entre le nouveau-né et ses parents et proposent un accompagnement centré sur l'enfant et sa famille. L'objectif est de soutenir les parents dès la naissance pour renforcer leurs capacités et leur confiance en eux. Après la naissance, les équipes soignantes apportent des informations adaptées à chaque famille. Par exemple, IHAB œuvre pour que chaque mère soit en mesure de faire un choix éclairé sur l'alimentation de son nouveau-né sans influence des messages publicitaires. Quels que soient ses choix, chaque famille est soutenue dans son projet.

→ Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.i-hab.fr

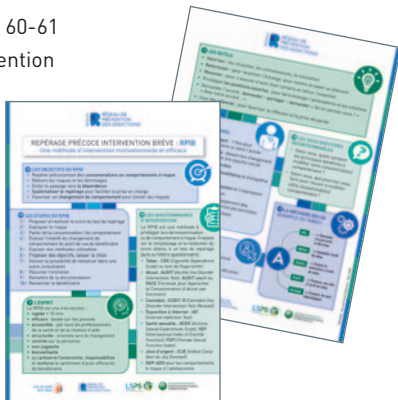
Différents documents sont téléchargeables sur le site du RESPADD

• | DES QUESTIONNAIRES

- Cigarette dependence scale (CDS) : pages 54-55
- Cannabis Use Disorder Identification Test (CUDIT) : pages 56-57
- Test de Fagerstrom simplifié : page 58

• | DES AIDES À LA PRATIQUE

- Journal des consommations déclarées du fumeur : page 53
- Courrier de liaison : page 59
- Ordonnance simplifiée : pages 60-61
- Fiche repérage précoce intervention brève motivationnelle

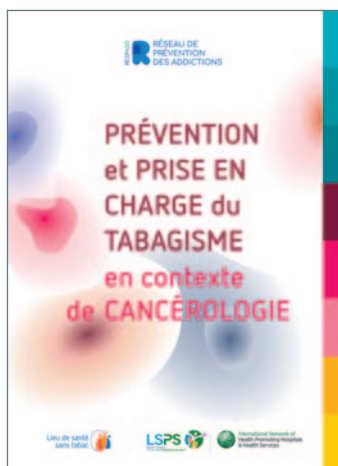
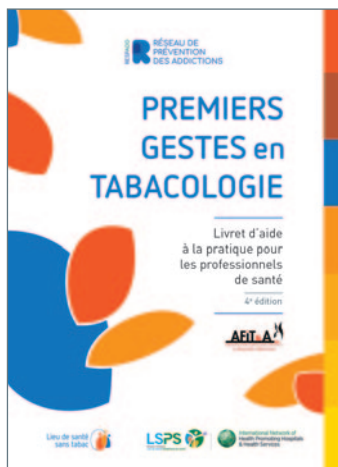


• | DES AFFICHES

- Repérer la consommation de tabac et adapter son intervention : page 62
- Exposition au monoxyde de carbone : page 63

• | DES GUIDES ET LIVRETS

- Guide « Premiers gestes en tabacologie »
- Guide « Tabagisme et santé mentale »
- Guide « Prévention et prise en charge du tabagisme en contexte de cancérologie »
- Livret « Accompagner l'arrêt de tabac avec succès »



LE JOURNAL DES CONSOMMATIONS DÉCLARÉES DU FUMEUR

1. Imprimer le journal
2. Le conserver avec soi
3. À chaque cigarette, le remplir
4. Le soir, le relire et faire le point
5. Recommencer le lendemain et pendant plusieurs jours

Cigarette n°	Heure	Lieu, activité, personnes présentes	Humeur ou raison*	Comment renoncer à cette cigarette	Importance de la cigarette**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

* *Humeur : neutre, inquiet(ète), stressé(e), en colère, déprimé(e), détendu(e), fatigué(e), s'ennuie.*

** *très importante, importante, pas très importante.*

TESTEZ VOTRE DÉPENDANCE À LA CIGARETTE

Cigarette Dependence Scale

IMPORTANT Veuillez répondre à toutes les questions

Points

Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance des cigarettes : 0 = je ne suis absolument pas dépendant(e) des cigarettes 100 = je suis extrêmement dépendant(e) des cigarettes	0-20	1	...
	21-40	2	
	41-60	3	
	61-80	4	
	81-100	5	
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	0-5 cig/jour	1	...
	6-10	2	
	11-20	3	
	21-29	4	
	30 et +	5	
D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	0-5 min	5	...
	6-15	4	
	16-30	3	
	31-60	2	
	61 et +	1	
Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait :	Impossible	5	...
	Très difficile	4	
	Plutôt difficile	3	
	Plutôt facile	2	
	Très facile	1	
Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :			SOUS-TOTAL 1 (ST1)
Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Je suis stressé(e) à l'idée de manquer de cigarettes.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi.	Pas du tout d'accord	1	...
	Plutôt pas d'accord	2	
	Plus ou moins d'accord	3	
	Plutôt d'accord	4	
	Tout à fait d'accord	5	
			SOUS-TOTAL 2 (ST2)

Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :

		Points
Je suis prisonnier(ère) des cigarettes.	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5
Je fume trop.	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5
Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller chercher des cigarettes.	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5
Je fume tout le temps.	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5
Je fume malgré les risques que cela entraîne pour ma santé.	Pas du tout d'accord	1
	Plutôt pas d'accord	2
	Plus ou moins d'accord	3
	Plutôt d'accord	4
	Tout à fait d'accord	5
		SOUS-TOTAL 3 (ST3)
		...

Total des points des 12 rubriques


ST1 + ST2 + ST3 =

Interprétation des résultats

Jusqu'à 24 points	Dépendance modérée
Entre 25 et 44 points	Dépendance intermédiaire
45 points et plus	Dépendance forte

Pour en savoir plus ou trouver une aide :

→ Site internet tabac-info-service.fr

→  Application mobile
Tabac info service

À télécharger gratuitement sur :



→ Numéro de téléphone gratuit : 3989

Tabac info service :

un coaching adapté à vos besoins

L'ecoaching gratuit Tabac info service

offre un accompagnement 100 %

personnalisé adapté à vos motivations,

vos inquiétudes et vos habitudes de vie.

Le CDS a été développé à l'Institut de santé globale de la faculté de médecine de l'université de Genève. © 2016 Stop-tabac.ch

Retrouvez ce questionnaire en ligne sur www.respadd.org



CANNABIS USE DISORDER IDENTIFICATION TEST - REVISED - version française (CUDIT-R-Fr)

Avez-vous consommé du cannabis au cours des 6 derniers mois ?

Si OUI, répondez aux questions suivantes relatives à votre consommation de cannabis en entourant la réponse qui correspond le plus à votre consommation **au cours des 6 derniers mois**. Veuillez répondre à toutes les questions.

Points

1 À quelle fréquence consommez-vous du cannabis ?

Jamais	≤ 1 fois/mois	2 à 4 fois/mois	2 à 3 fois/semaine	≥ 4 fois/semaine
0	1	2	3	4

...

2 Combien d'heures êtes-vous « défoncé » un jour typique où vous consommez du cannabis ?

< 1 heure	1 ou 2 heures	3 ou 4 heures	5 ou 6 heures	7 heures ou plus
0	1	2	3	4

...

3 Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de fumer du cannabis une fois que vous aviez commencé ?

Jamais	< 1 fois/mois	Environ 1 fois/mois	Environ 1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
0	1	2	3	4

...

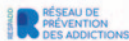
4 Au cours des 6 derniers mois, combien de fois votre consommation de cannabis vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?

Jamais	< 1 fois/mois	Environ 1 fois/mois	Environ 1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
0	1	2	3	4

...

SOUS-TOTAL 1 (ST1)

...



Points

5 Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous passé une grande partie de votre temps à chercher à vous procurer ou à consommer du cannabis, ou à vous remettre des effets du cannabis ?

Jamais	< 1 fois/mois	Environ 1 fois/mois	Environ 1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
0	1	2	3	4

...

6 Au cours des 6 derniers mois, combien de fois avez-vous éprouvé des problèmes de mémoire ou de concentration après avoir fumé du cannabis ?

Jamais	< 1 fois/mois	Environ 1 fois/mois	Environ 1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
0	1	2	3	4

...

7 À quelle fréquence consommez-vous du cannabis dans des situations qui pourraient entraîner un danger, par exemple conduire un véhicule, utiliser une machine, ou s'occuper d'enfants ?

Jamais	< 1 fois/mois	Environ 1 fois/mois	Environ 1 fois/semaine	Tous les jours ou presque
0	1	2	3	4

...

8 Avez-vous déjà envisagé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis ?

Jamais	Oui, mais pas au cours des 6 derniers mois	Oui, au cours des 6 derniers mois
0	2	4

...

Validation du CUDIT-R-Fr en français : Lupoletti A, Berger-Vergiat A, Larrieu A, Arigaud L, Fener C, Adamson S, Laprivote V, Rolland B. Validation of the French version of the Cannabis Use Disorder Identification Test-Revised and comparison with the Cannabis Abuse Screening Test for screening cannabis use disorder in a psychiatric sample. Drug Alcohol Rev. 2021 doi: 10.1111/dar.13298

Validation de CUDIT-R en anglais : Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Lewin TJ, Thornton L, Kelly BJ, Sellman JD. An Improved Brief Measure of Cannabis Misuse: The Cannabis Use Disorders Identification Test - Revised (CUDIT-R). Drug Alcohol Depend 2010;110:137-43.

SOUS-TOTAL 2 (ST2)

...

Total des points des 8 questions.

ST1 + ST2 = ...

Vos réponses au questionnaire CUDIT-R-Fr

De 8 à 10 points

Votre consommation de cannabis peut être problématique. N'hésitez pas à demander conseil au professionnel de votre choix.

Au-delà de 10 points

Il est possible que vous présentiez un trouble important de l'usage de cannabis. Celui-ci peut être psychologique si vous ressentez un besoin de consommer malgré les inconvénients de cette consommation et/ou physique si la diminution ou l'arrêt de votre consommation entraîne des signes de "manque". N'hésitez pas à faire appel à un professionnel de santé ou consultez les ressources ci-dessous.

Drogues info service : 0 800 23 13 13 - De 8h à 2h, 7 jours sur 7.

Écoute cannabis : 0 980 980 940 - De 8h à 2h, 7 jours sur 7.

Appels anonymes et gratuits depuis un poste fixe.

www.drogues-info-service.fr

Retrouvez ce questionnaire en ligne sur www.respadd.org

TEST DE FAGERSTRÖM SIMPLIFIÉ

Le test de Fagerström permet l'évaluation de la dépendance du sujet à la cigarette et de définir l'intensité de cette dépendance.

Test initialement en 6 questions, il existe une version simplifiée en 2 questions, aisément utilisable sans support au lit du patient. Le test de Fagerström donne une classification qui va de l'absence de dépendance à une dépendance forte.

TEST DE FAGERSTRÖM SIMPLIFIÉ EN DEUX QUESTIONS

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins.....0

11 à 20.....1

21 à 30.....2

31 ou plus.....3

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes.....3

6 à 30 minutes.....2

31 à 60 minutes.....1

Après plus d'1 heure.....0

Interprétation des résultats :

- **0-1** : pas de dépendance
- **2-3** : dépendance modérée
- **4-5-6** : dépendance forte

COURRIER DE LIAISON



Date
Hôpital et service

Bonjour,

Intégrée à sa prise en charge hospitalière, votre patient-e a bénéficié d'une intervention d'aide au sevrage tabagique. Nous souhaitons vous transmettre les informations nécessaires à la poursuite de cette démarche.

Il/elle a reçu les informations concernant les bénéfices de l'arrêt du tabac, l'utilisation des traitements nicotiniques de substitution et l'importance de poursuivre cette démarche. Voici notre évaluation.

Il/elle fume :

- cigarettes manufacturées :/jour
- cigarettes roulées :/jour
- cigarillos/cigares :/jour
- chicha : Oui Non

Sa dépendance nicotine est :

- modérée intermédiaire forte

Il/elle est motivé-e pour débiter un sevrage tabagique :

- sans traitement
 avec un traitement nicotinique de substitution (ordonnance remise au patient)
 avec un traitement par varénicline (ordonnance remise au patient)
 autre : préciser :

Il/elle nécessite d'être accompagné-e par un-e professionnel-le de santé pour augmenter ses chances de succès.

Je vous remercie de bien vouloir prendre le relais du suivi afin d'évaluer et renouveler le traitement si besoin. De plus, le/la patient-e a été informé-e de la possibilité de trouver une consultation de tabacologie à proximité de chez lui/elle sur le site « Tabac-info-service ».

Bien cordialement,

Nom du/de la professionnel-le de santé

EXEMPLE D'ORDONNANCE



Date :

Adresse/téléphone de l'établissement :	Nom/Prénom du bénéficiaire :
Numéros d'identification de l'établissement : N° FINISS : N° SIRET :	Âge : Poids :
Nom du prescripteur :	
Fonction : N° RPPS/ADELI : Téléphone :	

Patches à la nicotine :

Collez le patch le matin sur une peau sèche, sans lésion cutanée ni tatouage et à la pilosité rare. Changez-le de place à chaque application. Gardez-le la nuit, sauf si cela entraîne des troubles du sommeil. Dans ce cas, enlevez-le au coucher et posez-en un nouveau le matin.

Dosage/24h	Posologie journalière	Durée du traitement
21 mg / 24h		
14 mg / 24h		
7 mg / 24h		

Dosage/16h	Posologie journalière	Durée du traitement
25 mg / 16h		
15 mg / 16h		
10 mg / 16h		

Gommes à mâcher :

Mâchez très lentement la gomme et placez-la entre la joue et la gencive pour la ramollir. La garder en bouche environ 30 minutes.

Dosage	Posologie journalière	Durée du traitement
2 mg		
4 mg		

Les comprimés/pastilles à sucer :

Placez sous la joue et la gencive et laissez fondre ou sucez très lentement.

Dosage	Posologie journalière	Durée du traitement
1 mg		
1.5 mg		
2 mg		
2.5 mg		
4 mg		

Les comprimés sublinguaux :

Placez sur la langue pour une absorption lente et régulière de la nicotine.

Dosage	Posologie journalière	Durée du traitement
2 mg		

Inhaleur :

Ne pas dépasser 12 cartouches par jour.

	Posologie journalière	Durée du traitement
Cartouche		

Spray buccal :

Faire 1 pulvérisation à chaque envie de fumer, sans dépasser 2 pulvérisations par prise. Ne pas dépasser 4 pulvérisations par heure.

	Posologie journalière	Durée du traitement
Pulvérisation		

En cas de sous-dosage, vous pourrez ressentir des envies irrépressibles de fumer, de la nervosité, de l'irritabilité, de la frustration, de la colère, des fringales, etc.

N'hésitez pas à en parler à votre professionnel de santé.

Observations :

Signature et tampon

Date de la prochaine consultation (si proposée) :

Repérer la consommation de tabac et adapter son intervention

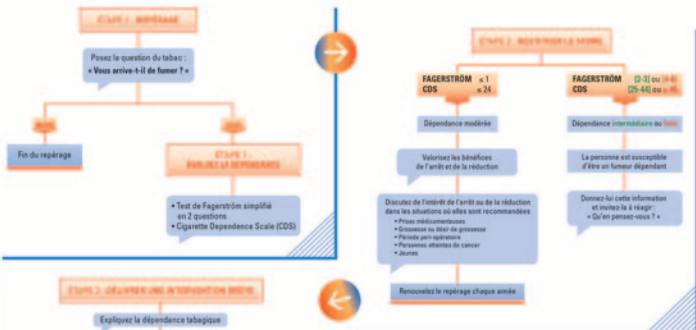


Tableau de dépendance tabagique

Nombre de cigarettes par jour	< 10 cig./j	11-20 cig./j	21-30 cig./j	> 30 cig./j
Dosage minimal au sevrage sur le bord de	7 ou 14	21	21	21-25
ou	100/100	150/150	200/200	300/300
ou	1/10	1/10	1/10	1/10
ou	1/10	1/10	1/10	1/10

En cas de consommation de cigarettes matinales ou de jours, prévoir une adaptation des doses

- 1 cigarette matinale = 0 mg de nicotine
- 1 point de réduction sur le bord de nicotine = 0,5 à 0 mg de nicotine

Se rappeler que les bords qui sont consommés sur un repérage peuvent en rester jusqu'à 10 mg de nicotine.

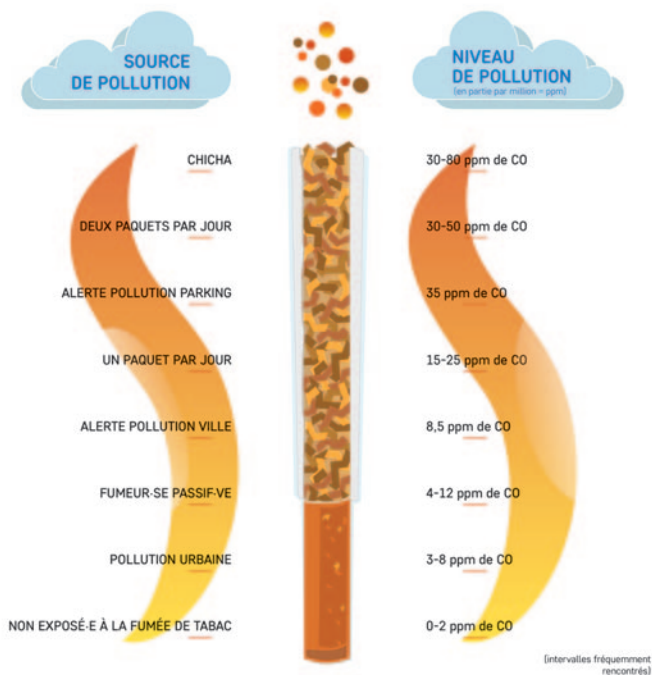
CHECK LIST EN 7 POINTS

- Renforcer les scores des tests de repérage
- Expliquer les dépendances tabagiques
- Rechercher l'opportunité pour le fumeur de l'arrêt ou de la réduction de la consommation
- Expliquer les modalités utilisées pour arrêter ou réduire sa consommation
- Proposer des objectifs, laisser le choix
- Donner la possibilité de réévaluer lors d'une prochaine consultation et/ou visites
- Renforcer de la documentation

Illustration : G. L. / AFIT.A

EXPOSITION au MONOXYDE DE CARBONE (CO)

 La mesure du monoxyde de carbone est un témoin de la pollution de l'organisme.



Cigarette industrielle, cigarette roulée, chicha, cigare, ...

La forme n'y change rien : LA FUMÉE EST TOXIQUE POUR LE FUMEUR ET CEUX QUI L'ENTOURENT.

www.respodd.org

LES AIDES DISPONIBLES



- **Tabac Info Service** le site + l'appli + soutien téléphonique au 39 89
- **Les professionnels de santé** : pharmaciens, médecins traitants, tabacologues, sages-femmes, infirmiers(ères), masseurs-kinésithérapeutes, médecins du travail, chirurgiens-dentistes, etc.
- **Les services d'addictologie hospitaliers**
- **Les équipes de liaison et de soins en addictologie**
- **Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie**
- Applications **Tabac Info Service** et application **Stop tabac**



RESPADD
RÉSEAU DE
PRÉVENTION
DES ADDICTIONS

Lieu de santé
sans tabac 

RESPADD
Réseau de prévention des addictions
contact@respadd.org
www.respadd.org

