Gynécologie-obstétrique

Aide à l'arrêt du tabac en période périnatale: pourquoi et comment?

CATIA NUNNO PAILLARD ^{a,b}, CLAUDIE GODARD ^{b,c}, CORINNE WAHL ^a, Pre BEGOÑA MARTINEZ DE TEJADA ^{c,d} et Pr JEAN-PAUL HUMAIR ^{a,c,d}

Rev Med Suisse 2021; 17: 38-41

Le tabagisme en Suisse, et particulièrement chez la femme enceinte, est un problème majeur de santé publique. Les problèmes de santé que rencontrent les femmes enceintes et leurs fœtus nécessitent une prise en soins spécifique pour le soutien à l'abstinence tabagique. Une consultation spécifique d'aide au sevrage tabagique durant la grossesse a été créée en mai 2019 à la maternité des HUG, avec le soutien de la Fondation privée des HUG et de Carrefour addictionS/Centre d'information pour la prévention du tabagisme de Genève. La création d'un réseau d'aide par les professionnels formés en tabacologie de base constitue une étape importante pour soutenir les femmes durant le sevrage tabagique.

Gynécology-obstretric Perinatal smoking cessation support: why and how?

In Switzerland, tobacco smoking is a major public health problem, especially among pregnant women. Health problems encountered by pregnant women and their fetuses require specific care to assist smoking cessation. A specific consultation to support smoking cessation during pregnancy was created in May 2019 at the maternity ward of the University Hospitals of Geneva, with the support of the Fondation Privée des Hôpitaux Universitaires de Genève and Carrefour addictionS/CIPRET-Genève. The creation of a network of health professionnals trained in smoking cessation is an important step to support women during their cessation process.

INTRODUCTION

Le tabagisme est un problème majeur de santé publique responsable d'une morbi-mortalité importante. En Suisse, le tabagisme provoque 9500 décès annuels, tous évitables.¹ Le tabagisme touche également les femmes enceintes et induit de nombreux problèmes de santé en période périnatale pour la mère et/ou l'enfant.²-5

Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), entre 2011 et 2016, uniquement 7% des 1550 femmes interrogées auraient été fumeuses durant leur grossesse. © Ce pourcentage est en nette diminution, en comparaison avec le rapport de Keller

^aCarrefour addictionS/CIPRET Genève, Rue Agasse 45, 1208 Genève, ^bHaute École de santé de Genève, Avenue de Champel 47, 1206 Genève, ^cService de médecine de premier recours, HUG, 1211 Genève 14, ^dFaculté de médecine, Département de santé communautaire, Université de Genève, 1211 Genève 4 catia.nunno-paillard@hesge.ch | claudie.godard@hcuge.ch corinne.wahl@cipret.ch | begona.martinezdetejada@hcuge.ch jean-paul.humair@cipret.ch

et coll. sur la même population (13% en 2009). Pourtant, quelques recherches locales montrent une prévalence plus élevée, comme l'étude menée aux HUG en 2016, où 14% des 213 femmes interrogées étaient fumeuses au terme de la grossesse. Promouvoir l'abstinence de tabac en périnatalité, de la période périconceptionnelle jusqu'à la fin de la première année de vie de l'enfant, est devenu une mesure primordiale adoptée par d'autres pays comme la France ou la Belgique. 4,9,10

TABAGISME EN PÉRINATALITÉ

Le tabagisme est une addiction forte qui nécessite souvent une aide et un accompagnement par des professionnels formés dans ce domaine. De même, les soignants peinent à identifier les femmes qui n'arrivent pas à cesser de fumer en période périnatale,² et donc à les aider et les accompagner durant la grossesse. La formation du personnel de santé en désaccoutumance au tabac permet de donner des conseils adéquats précis et augmente le taux d'arrêt de la consommation tabagique.².¹¹ En effet, une méta-analyse a démontré l'effet positif et significatif de la formation en tabacologie des professionnels sur le taux d'abstinence continue du tabac suite à leurs interventions.¹¹

Avec ou sans aide, le taux d'arrêt du tabac chez les femmes enceintes serait de 46% aux États-Unis et entre 60 et 80% en Suisse mais avec une probable surestimation de ce dernier chiffre. R. La grossesse semble donner à la femme enceinte fumeuse une forte motivation extrinsèque due à des facteurs extérieurs, permettant d'arrêter de fumer plus facilement sans aide ni accompagnement. R. 12,13

D'autre part, ces différences de prévalence entre la population générale et la population des femmes enceintes peuvent aussi s'expliquer par la complexité de cette addiction en lien avec les changements métaboliques maternels durant la grossesse et le post-partum précoce et les facteurs psychosociaux. 14,15 Une revue systématique précise que les interventions psychosociales augmentent le nombre de femmes abstinentes au terme de la grossesse (+ 35%) avec des résultats favorables pour les enfants. 16 Les conseils les plus efficaces nécessitent qu'ils soient personnalisés et inclus dans des consultations spécifiques à la période périnatale.

Les substituts nicotiniques contribuent à l'abstinence tabagique des femmes enceintes, sans que des effets secondaires majeurs ne soient démontrés par cette médication (mortinatalité, avortements, prématurité, décès néonataux entre autres). En

période périnatale, l'abstinence, avec l'aide des substituts nicotiniques, pourrait augmenter de 40%. Cependant, il serait préférable d'utiliser des substituts nicotiniques à courte durée d'action si les thérapies psychoéducatives ne suffisent pas. L'utilisation de substituts nicotiniques permettrait ainsi de réduire l'intoxication au monoxyde de carbone, particulièrement nocif pour le fœtus, ainsi que les autres substances toxiques du tabac.

Une récente revue de littérature a étudié les facteurs prédictifs de l'arrêt du tabac durant la grossesse et a conclu que les professionnels de santé devraient être particulièrement vigilants pour les femmes présentant les caractéristiques suivantes: bas niveau éducatif, statut socio-économique plus bas, multipare et célibataire, forte exposition au tabagisme passif, forte dépendance tabagique périconceptionnelle, consommation d'alcool périconceptionnelle ou durant la grossesse et faible confiance en soi d'être abstinente.¹⁸

UNE CONSULTATION SPÉCIALISÉE POUR LES FEMMES ENCEINTES

Bien que peu nombreuses, les études menées sur le tabagisme des femmes enceintes ont démontré une nécessité de prise en soins individualisée et interdisciplinaire. ¹⁹ Jusqu'en avril 2019, aux HUG, les femmes enceintes ou accouchées, désireuses de cesser leur consommation de tabac, étaient dirigées à la consultation de tabacologie du Service de médecine de premier recours (SMPR). Cependant, seules quelques femmes enceintes se présentaient à cette consultation pour une aide au sevrage tabagique (30 femmes/an pour plus de 4000 naissances annuelles). Une étude belge a démontré que, même lorsque les femmes enceintes tabagiques sont adressées chez un tabacologue hors des services de la maternité, et malgré les aides financières étatiques possibles pour le sevrage tabagique, celles-ci ne consultent pas.14 Les auteurs concluent qu'il est important de proposer de tels services directement en maternité, en formant particulièrement les médecins et les sages-femmes en tabacologie.9

Ainsi, depuis le 27 mai 2019, le Service de consultation prénatale des HUG propose aux femmes enceintes tabagiques une consultation spécialisée par des sages-femmes formées en tabacologie de base en périnatalité et en entretien motivationnel. Cette consultation est ouverte à toutes les femmes désireuses d'avoir un soutien pour l'aide au sevrage durant la grossesse. Un médecin spécialisé en addictologie supervise les dossiers régulièrement et maintient une étroite collaboration avec les sages-femmes de l'unité. Ces personnes se réunissent régulièrement pour traiter les dossiers les plus complexes. Si l'addiction est jugée trop importante et nécessite un suivi spécialisé, la sage-femme adresse la patiente à l'unité du SMPR. Les protocoles et les parcours de soins ont été créés en collaboration entre l'unité prénatale et le SMPR.

Lors de sa première consultation en maternité, quel que soit le stade de la grossesse, il est proposé à toutes les femmes enceintes fumeuses qui le souhaitent une consultation spécialisée dont le premier rendez-vous dure environ 60 minutes. Les autres consultations de suivi durent entre 30 et 45 minutes. Les patientes sont suivies jusqu'à leur sortie de la

maternité. Ensuite, un entretien téléphonique est mis en place à 1, 3 et 6 mois post-partum afin d'évaluer l'effet de la consultation prénatale spécialisée.

Afin d'harmoniser les informations sur le sevrage tabagique en périnatalité, une formation pour les soignants des HUG a vu le jour dès la fin 2017. Ces cours de 8 heures sont proposés gratuitement par Carrefour addictionS/Centre d'information pour la prévention du tabagisme (CIPRET)-Genève en collaboration avec la maternité des HUG et sont ouverts à tous les professionnels de la maternité extra-muros. Sur la première partie de la journée, le personnel reçoit des informations actualisées sur le tabagisme en général et durant la période périnatale, ainsi qu'un bagage fourni de différentes méthodologies d'entretien. Durant l'après-midi, des pratiques simulées ont lieu. Quatre différents scénarios sont exploités: à tous les stades de la grossesse et du post-partum précoce, ainsi que 4 différents stades de motivations des patientes (standardisées). À ce jour, plus de 90 participants ont été formés sur le canton de Genève dont 90% de sages-femmes et 10% de médecins. Tout professionnel de la périnatalité formé pourra ainsi identifier, adresser, aider ou soutenir les femmes désireuses d'avoir de l'aide durant la grossesse.

SUIVI DES PATIENTES ENCEINTES

Entre mai 2019 et avril 2020, 73 patientes ont consulté pour obtenir de l'aide au sevrage tabagique. Parmi elles, 54 patientes qui ont déjà accouché et ont été suivies durant le post-partum (24 sur une période de 6 mois, 23 sur 3 mois et 7 sur 1 mois), 9 qui sont toujours enceintes (en cours de suivi) et 10 dont le suivi a été interrompu (mort in utero, fausse couche ou perdue de vue).

Sur cet échantillon, nous avons pu observer que 23 (43%) ne fumaient plus à l'accouchement, 17 (35%) étaient toujours abstinentes à 1 mois, et que 12 (33%) également à 3 mois. À noter que 8 femmes sont abstinentes à 6 mois (3 patientes supplémentaires ont arrêté de fumer à 6 mois post-partum).

Parmi les 57 suivis effectués ou en cours, les substituts nicotiniques ont été proposés 52 fois, sous différentes formes. Seules 17 patientes (30%) y ont eu recours et 40 patientes (70%) ont diminué ou stabilisé leur consommation ou arrêté de fumer sans substituts.

SUITE DU PROJET: UN SUIVI POSTNATAL

Le tabagisme actif et passif reste une priorité de santé publique à ce jour. Cette parenthèse d'abstinence dans la vie d'une femme est importante et elle peut entraîner des modifications de comportements importants dans la période postnatale. À ce sujet, les données sont hétérogènes. Les taux d'abstinence à 6 mois avoisinent les 45% aux HUG et se situent entre 47 et 63% pour Diamanti et coll. En Suisse, on estime que 90% auront repris leur consommation tabagique à 1 an post-partum, mais on ignore quel est le taux de rechute après avoir reçu une intervention d'aide à l'arrêt du tabac durant la période périnatale. Diamanti et coll. précisent que les femmes ayant reçu un support durant la grossesse par un

professionnel de la santé formé en tabacologie diminuent leur taux de rechute dans le tabagisme par la suite. 19

Dans ce contexte, il semble donc primordial de continuer à offrir un soutien aux femmes abstinentes. C'est pour cette raison que Carrefour addictions/CIPRET-Genève (carrefour-addictions.ch) offre des formations en tabacologie de base à tous les professionnels de la santé et particulièrement dans le champ de la périnatalité pour les médecins et sages-femmes. Chaque soignant pourra ainsi soutenir au mieux les patientes qui auront franchi ce cap. Un suivi postnatal sera bientôt mis en place et permettra aux patientes de venir en consultation en maternité pour un suivi personnalisé (hug.ch/obstetrique/consultation-grossesse-tabac).

Durant la période postnatale, les principaux acteurs de santé engagés dans la santé des femmes sont plus variés: médecins gynécologues-obstétriciens, sages-femmes ou encore médecins généralistes. Il paraît donc important de créer des liens étroits entre les consultations faites en maternité et les professionnels indépendants, permettant un suivi et une transmission des dossiers. La création de ce réseau et l'intégration des professionnels sont importantes. Ainsi une plate-forme numérique hébergée par le Carrefour addictionS/CIPRET-Genève a été mise en place à cet effet (carrefouraddictions.ch/cipret/adresses-utiles/tabacologues/). Elle permettra à chaque acteur et à chaque patiente une mise en contact rapide.

Une portion non négligeable des patientes qui fréquentent cette consultation spécialisée font partie des patientes les plus vulnérables sur le plan socioéconomique et il serait souhaitable de proposer des substituts nicotiniques gratuits dans ce cadre. Nous sommes à la recherche de fonds car ce sont des patientes qui renoncent aux soins pour des raisons économiques, même si le coût des substituts nicotiniques est moins élevé que celui de la consommation de tabac.

CONCLUSION

Les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes, les médecins généralistes et tout autre professionnel de la périnatalité doivent être formés en tabacologie de base en périnatalité afin d'aider au mieux et au plus vite les femmes enceintes ou accouchées fumeuses, protégeant ainsi leur famille contre le tabagisme passif. L'intégration de consultations spécifiques

en maternité par des professionnels de la santé, la formation des professionnels de la périnatalité et le suivi de chaque femme permettra une prise en soins globale et efficace des femmes en maternité.

Ce que l'on savait déjà

La consommation de tabac est un facteur de risque majeur durant la grossesse, pour la mère et l'enfant à naître, avec des conséquences à long terme pour le nouveau-né. Les populations les plus vulnérables et les plus dépendantes devraient être soutenues financièrement (financement du traitement pour l'arrêt du tabac) durant cette période charnière de la vie d'une femme.

Ce que cela apporte de nouveau

Les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes peuvent agir ensemble de façon efficace, en réseau, pour le soutien de couples et jeunes parents dans l'abstinence tabagique.

Ce que l'on ne sait toujours pas

La consultation prénatale de tabacologie semble porter ses fruits. Le défi majeur se situe sur le long terme. Comment soutenir l'abstinence tabagique d'une jeune mère lorsque celle-ci n'est plus dans l'environnement de la maternité et comment mettre en place un relais efficace avec les médecins traitants généralistes entre autres?

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le tabagisme chez la femme enceinte induit de nombreux problèmes de santé, pour elle et son fœtus
- L'identification et la mise en place d'un suivi en maternité par des sages-femmes formées en tabacologie de base et en entretien motivationnel est primordial pour soutenir les femmes désireuses de cesser leur consommation de tabac durant la grossesse
- Le suivi à long terme durant la période postnatale des femmes qui nécessitent un soutien à l'abstinence doit être développé

- 1 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Faits & chiffres : tabac [En ligne]. 2019 [cité 8 janv 2020]. Disponible sur : www.bag.admin.ch/bag/fr/ home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht/zahlen-fakten-zu-tabak.html. 2 Benachi A, Luton D, Mandelbrot L,
- Picone O. Pathologies maternelles et grossesse. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2014.

 3 **Cornuz J, Jacot Sadowski I, Humair JP. Conseil médical aux fumeurs et fumeuses. Document de référence pour les médecins. Vivre sans tabac.
- Humair JP. Conseil médical aux fumeurs et fumeuses. Document de référence pour les médecins. Vivre sans tabac, programme national d'arrêt du tabagisme. 3° éd. [En ligne]. Berne; 2015. Disponible sur : www.fmh.ch/files/pdf20/Basisdokumentation_aerztliche_
- $rauch stopp be ratung _F.pdf.$
- 4 Fonds des affections respiratoires ASBL (FARES). Tabagisme prénatal
- Recommandations (2011) [En ligne]. 2010 [cité 24 oct 2020]. Disponible sur : https://fares.be/tabagisme/appui-documentaire/publications/tabagisme-prenatal-recommandations-2011.
- 5 Meernik C, Goldstein AO. A critical review of smoking, cessation, relapse and emerging research in pregnancy and post-partum. Br Med Bull 2015;114:135-
- 6 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Fiche d'information – Le tabagisme pendant la grossesse en Suisse [En ligne]. 2018. [cité 24 oct 2020]. Disponible sur : www.bag.admin.ch/bag/

fr/home/das-bag/publikationen/fors-chungsberichte/forschungsberichte-sucht/faktenblaetter-zu-forschungsberichten.html#910633087.

- 7 Keller R, Radtke T, Füllemann D, Krebs H, Hornung R. Tabagisme et grossesse. Monitorage sur le tabac – Enquête suisse sur le tabagisme [En ligne]. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie; 2009 [cite 24 oct 2020]. Disponible sur: www. stop-tabac.ch/fr/images/stories/documents_stop_tabac/tabagisme%20et%20 grossesse%20ofsp.pdf
- 8 Nunno Paillard C. Les déterminants de la rechute tabagique en période postnatale : un suivi par questionnaire jusqu'à

- six mois après l'accouchement [Mémoire pour l'obtention de la maîtrise en santé publique]. Genève: Institut de santé globale, Faculté de médecine de Genève; 2017.
- 9 Espiand-Marçais C, Quantin X, Toubin RM, Boulot P, Molénat F. Enceinte et fumeuse: mieux comprendre pour mieux accompagner. Rev Méd Périnat. 2014;6:69-75.
- 10 National Institute for Health and Care Excellence. Smoking: stopping in pregnancy and after childbirth [En ligne]. 2010. [cité 24 oct 2020]. Disponible sur: www.nice.org.uk/guidance/ph26 11 Carson KV, Verbiest ME, Crone MR,
- 11 Carson KV, Verbiest ME, Crone MR, et al. Training health professionals in smoking cessation. Cochrane Database

Syst Rev 2012:CD000214. 12 Willi C, De Torrenté de la Jara G, Cornuz J, Closuit A. Cycles de vie d'une femme et tabac. Rev Med Suisse 2006;2:1696-700.

13 Curry SJ, McBride C, Grothaus L, Lando H, Pirie P. Motivation for smoking cessation among pregnant women. Psychol Addict Behav 2001;15:126-32. 14 *De Wilde K, Tency I, Steckel S, et al. Which role do midwives and gynecologists have in smoking cessation in pregnant women? – A study in Flanders, Belgium. Sex Reprod Healthc 2015;6:66-73

73.
15 **Delattre M. Les déterminants
motivationnels de la rechute tabagique
en période post-natale: un suivi par
questionnaire jusqu'à deux mois après
l'accouchement [Mémoire pour
l'obtention de la maîtrise en psychologie]. Genève: Université de Genève; 2017.

16 Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2017;2:CD001055.

17 Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2015:CD010078. 18 Riaz M, Lewis S, Naughton F, Ussher M. Predictors of smoking cessation during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Addiction 2018;113:610-22. 19 *Diamanti A, Papadakis S, Schoretsaniti S, et al. Smoking cessation in pregnancy: An update for maternity care practitioners. Tob Induc Dis 2019;17:57.

- * à lire
- ** à lire absolument