

## Question 6

**Quelles sont les mesures de santé publique à proposer ou à valider pour réduire le tabagisme féminin ?**

**Quelles sont les mesures susceptibles de réduire le nombre d'adolescentes et de femmes fumeuses ?**

G. Errard-Lalande, A. Halimi

*Unité de Tabacologie du CHU de Tours, 2 boulevard Tonnelé, 37044 Tours Cedex.*

### RÉSUMÉ

La compréhension des facteurs exposant les jeunes et les femmes à développer une dépendance au tabac nous permet de proposer des mesures de prévention, qui seront différentes chez la jeune fille et chez la femme dans un contexte de grossesse.

Pour les adolescentes, il conviendrait de continuer de les informer sur le tabac et ses méfaits, ainsi que sur la manipulation dont elles font l'objet. L'image d'une femme active, sans tabac, plus libre, plus nature, capable de faire des choix et plus en forme doit être valorisée. Les différents médias utilisés par les jeunes sont des moyens à utiliser avec l'aide de professionnels de la communication et de l'éducation à la santé ; les messages doivent faire l'objet de validations préalables dans la population ciblée. Une meilleure cohérence du monde adulte et des jeunes face à la loi et aux règles de simple respect est significativement utile. Les actions en milieu scolaire (des écoles aux facultés) doivent s'intégrer dans un projet communautaire, sur de longues périodes, impliquant tout un cadre éducatif formé et le groupe de pairs. Les valeurs à renforcer sont l'estime de soi, l'affirmation des compétences personnelles et des différences, le respect de l'autre et de soi. Le repérage précoce des facteurs de vulnérabilité psychosociales à cet âge est indispensable, pour orientation et prise en charge dans des structures d'accueil et de soin, trop peu nombreuses à ce jour. Enfin, des accompagnements de sevrages, utilisant le groupe et l'individuel, tenant compte du stade de maturation à l'arrêt, doivent être proposés et opérés par des professionnels formés et travaillant en réseau.

La grossesse, que nous devons bien identifier comme un état physique et psychologique spécifique de la femme, est une opportunité pour proposer une approche du tabagisme, si nous tenons compte de ses fragilités particulières dans cette période de maturation, et de son contexte général de vie.

Au-delà des mesures sociopolitiques et du débat philosophique de fonds sur la position de la femme, de l'homme, et de la famille au XXI<sup>e</sup> siècle, des propositions se dégagent pour agir avant, pendant et après la période de maternité.

Continuer d'informer de façon non culpabilisante est capital, en utilisant des messages travaillés avec la collaboration des femmes. La formation des professionnels de santé à l'abord de la fumeuse et de la dépendance doit se généraliser. Le conseil minimal doit être répété, ainsi que les propositions d'arrêt tenant compte du stade de maturation personnel de la femme et de sa motivation. L'usage de l'analyseur de monoxyde de carbone par les professionnels doit devenir habituel. Le repérage des facteurs pronostics et des difficultés éventuelles de la femme doit être précoce, si possible avant la grossesse, sinon pendant, afin de proposer un soutien adapté et pluridisciplinaire. Carnet de maternité et de santé du bébé doivent être améliorés. Les sages-femmes tabacologues ont une place privilégiée dans les mesures de prévention. Un tissu pluridisciplinaire compétent sera efficace auprès des femmes, tant dans des maternités sans tabac, que chez les professionnels libéraux et sur le territoire de vie réel de la femme. Les approches individuelles sont préférables aux approches de groupe, et le conjoint doit être largement impliqué dans le même temps. L'aide au sevrage, essentiellement psychologique, doit être complétée par les traitements médicamenteux nicotiques chez la femme très dépendante, selon des protocoles à redéfinir par des études plus poussées. Toutes ces mesures sont à poursuivre au moins six mois après la naissance de l'enfant, que la femme ait ou non cessé de fumer au cours de la grossesse.

**Mots-clés :** *Adolescence • Femme • Facteurs pronostics • Grossesse • Prévention • Dépendance • Tabagisme • Réseau.*

### SUMMARY: What measures can be taken to reduce the number of smoking adolescents and young women?

A proper understanding of the factors exposing adolescents and young women to the risk of smoking dependence is necessary to develop effective preventive measures. These measures will be different depending on whether they are designed for adolescents and young women in general or for the context of pregnancy.

For adolescents, efforts should be continued to provide information about smoking and the dangers of tobacco as well as about the social manipulation involved. The image of a natural, active woman, free of tobacco and capable of making her own decisions should be promoted. Health education and communication professionals should make use of different media with an audience among the young. Messages should be validated with a target population before diffusion. A better coherence between the adult and young populations concerning legal obligations and mutual respect is significantly useful. Educational structures (schools and universities) should participate in long-term community projects implicating peer

groups and trained professionals. Values which should be reinforced include self-esteem, affirmation of personal competence and difference, self-respect and respect of others. Early identification of factors favoring psychosocial vulnerability at this age is indispensable to facilitate referral to professional support and care centers, the number of which remains insufficient to date. Support when ceasing smoking, based on individual and group assistance, should take into account the individual's phase of maturation, and must be proposed and operated by trained professionals working in a network. During pregnancy, it is crucial to recognize that the woman's specific physical and psychological situation is a unique opportunity to propose a new approach to smoking, taking into consideration the fragile context during this period of maturation and its impact on the woman's general life.

Beyond sociopolitical measures and a philosophical debate on the position of women, men, and the family in the 21<sup>st</sup> century, propositions can be put forward for actions before, during and after the maternity period.

It is important to continue the educational aspect without creating a guilt feeling. Messages should be elaborated with women. Healthcare professionals should be trained about smoking and smoking dependence. They should repeat minimal advice and continuously propose stopping smoking, taking into consideration the woman's stage of maturation and her motivation. Carbon monoxide monitoring should become a routine practice. Prognostic factors and possible difficulties should be identified early, if possible before pregnancy or at least during pregnancy, in order to propose adapted multidisciplinary support. The health booklet for the mother and the infant should be improved. Midwives should play an important role in prevention. A multidisciplinary effort will have the greatest impact: smoke-free environment in maternities, professional clinics, and the real-life territory of the pregnant woman. Individual care and support are more appropriate than group support. The partner should be implicated. For very dependent women, basically psychological support of smoking cessation should be completed with nicotine substitution therapy using protocols which should be redefined with more extensive studies. All these measures should be continued for six months after birth whether the woman has stopped smoking during pregnancy or not.

**Key words:** *Adolescence • Woman • Prognostic factors • Pregnancy • Prevention • Dependence • Smoking • Network.*

## ■ GÉNÉRALITÉS

Il y a plus de 4 000 constituants dans une cigarette [1]. La quantité de nicotine et de goudrons inscrite sur les paquets de cigarettes ne correspond pas à la quantité inhalée par le fumeur puisque chaque fumeur « tire » sur sa cigarette en fonction de ses besoins et non comme les machines à fumer standardisées. Les méfaits du tabac sont bien connus : cancers, maladies cardio-vasculaires, BPCO... Les effets délétères chez la femme enceinte sont doubles puisqu'ils concernent non seulement la femme, mais aussi son enfant à naître. Alors que les femmes sont généralement au courant du risque de prématurité et de petit poids, les risques de GEU, de rupture prématurée des membranes, de mort subite du nourrisson, entre autres, sont moins bien connus [2]. Malgré ces effets indésirables, 30 % des femmes enceintes continuent à fumer pendant leur grossesse. Certains soignants continuent à culpabiliser ces femmes, d'autres leur refusent les substituts nicotiques, sans doute par ignorance. Sur le terrain, les efforts réels de prévention ne sont pas à la hauteur, d'autant que la femme enceinte ne peut pas être ciblée de la même façon que l'adolescente. Les industries du tabac l'ont bien compris : leur cible préférentielle est l'adolescent.

L'adolescence est une période de bouleversement psychique et physique entre l'enfance et l'âge adulte. Il faudra que l'adolescent passe par des activités exploratoires, parfois des prises de risques, pour appréhender sa propre existence au sein d'un monde

qui devra être le sien. La première cigarette est une exploration avec des vertus initiatiques : c'est une conduite qui permet l'intégration au sein du groupe. L'adolescent peut se retrouver pris au piège [3].

L'enquête Espad a montré une augmentation du tabagisme des jeunes en France au cours des années 90, confirmée par les travaux de Marie Choquet *et al.* en 2000 [4]. L'usage du tabac, l'usage répété de tabac, l'expérimentation et la consommation quotidienne de tabac chez les filles, en France, sont tous en progression significative par rapport à 1993. Selon le Baromètre Santé 2000, 40,9 % des adolescents de 15 à 19 ans fument malgré une législation anti-tabagique de plus en plus sévère [5]. L'enjeu est de taille dans cette population : l'âge moyen d'entrée dans le tabagisme est de 14 ans et seule une minorité commence à fumer après l'âge de 18 ans. Un peu moins de la moitié des fumeurs parmi les 18-24 ans sont déjà dépendants physiquement [6]. Il est donc essentiel de comprendre les habitudes tabagiques des adolescents, les facteurs qui sont associés au tabagisme et ceux qui modulent le désir de sevrage.

## ■ LE CONTEXTE DE L'ADOLESCENCE

### Le tabagisme chez les jeunes

L'évolution du jeune fumeur est influencée par la prévalence du tabagisme chez les pairs, dans la famille et dans la société.

### *Influence des pairs*

L'influence des pairs est incontestable et en particulier chez les adolescentes, le tabac facilite l'intégration au groupe de pairs. La cigarette leur donne une prestance dans une ambiance de convivialité. Le tabac reste un comportement valorisant parmi les jeunes en France.

### *Influence de la famille*

Le tabagisme familial exerce une influence délétère très puissante sur le tabagisme des enfants [7]. Plus particulièrement, l'attitude des parents et notamment de la mère vis-à-vis du tabagisme et l'absence de tabagisme chez les parents sont fortement associées à la réduction du tabagisme chez les enfants : la prévalence de tabagisme est réduite lorsque les deux parents sont non fumeurs et lorsqu'il existe une éducation anti-tabac forte [8]. L'interdiction de fumer à la maison, que les parents soient fumeurs ou non, réduit le tabagisme chez les adolescents [9].

### *Influence de la société*

#### LES STRATÉGIES MARKETING

L'industrie du tabac utilise des stratégies marketing qui valorisent l'acte de fumer avec l'image de la femme mince et libre de ses mouvements et de sa vie (vedettes dans les films et sur les affiches...). Quand on regarde l'historique des campagnes organisées par les industries du tabac, on observe que ce n'est que dans les années 20 que les femmes se sont mises à fumer suite aux slogans de certaines marques qui leur étaient destinées. Après 1968 en France, les campagnes visaient particulièrement la femme : les années de la « libération féminine ». En effet, il y a eu l'introduction de marques de cigarettes spécialement faites pour les femmes. À cette époque, on a vu une augmentation d'initiation au tabac des adolescentes, alors qu'elle diminuait chez les femmes jeunes adultes qui se souciaient plus des conséquences néfastes du tabac sur la santé. Aux États Unis, peu de temps après l'interdiction de la publicité sur le tabac, les industries de tabac ont augmenté de façon significative leur budget marketing et ont réorienté leur cible vers les enfants mettant à leur portée des messages publicitaires avant même qu'ils atteignent l'adolescence [10]. Ce changement de stratégie des industries du tabac a très certainement joué un rôle dans l'initiation des plus jeunes. EA Gilpin et JP Pierce expliquent que les adolescents sont particulièrement vulnérables car ils cherchent souvent à affirmer leur indépendance par le biais d'un symbole tel que la cigarette, associée à

l'adulte. La cigarette rassure l'adolescent et lui donne l'impression d'être adulte. De plus les adolescents cherchent à se définir comme des individus à part entière : ils « essayent » ainsi différentes images qu'ils retrouvent dans les publicités sur le tabac. Les industries du tabac ont fait beaucoup de recherche sur les jeunes, et ils savent très bien exploiter leurs différentes vulnérabilités.

#### LA LIBÉRATION FÉMININE

Sous prétexte de vouloir l'égalité des sexes, les femmes ont adopté le tabagisme, un comportement « typiquement masculin », sans se soucier des dangers auxquels elles s'exposaient. Elles ont essayé d'épouser les formes, ou plus exactement l'absence de formes des hommes et elles sont devenues hyperactives, se donnant partout.

Les adolescentes sont maintenant autant fumeuses que les garçons.

#### Les facteurs associés au tabac

Il y a des facteurs associés au tabagisme chez le jeune qui sont importants à connaître si l'on veut faire de la prévention ou du sevrage adaptés chez ces sujets.

#### *Troubles psychiatriques*

Certaines pathologies psychiatriques sont de véritables facteurs de risque du tabagisme comme la schizophrénie, les troubles bipolaires, le PTSD (« Post Traumatic Stress Disorder »), mais aussi les troubles anxieux et les troubles dépressifs. De façon plus générale, la vulnérabilité psychologique pourrait prédisposer à la dépendance tabagique [11] ; ce sont les personnes souffrant de dépression ou d'anxiété qui présentent une symptomatologie plus sévère de sevrage [12]. Selon ce même auteur [13], la dépression et l'anxiété sont associés de façon spécifique à la dépendance tabagique. Kaplan *et al.*, en 1998, concluent que la maltraitance (abus sexuel exclus) chez des adolescentes contribuait à une prévalence plus importante de psychopathologies, d'abus de substances et de tabagisme [14]. Acierno *et al.*, en 1996, mettent en évidence que le PTSD, la dépression et l'abus sexuel par le partenaire sont des facteurs de risque d'utilisation de tabac chez la femme [15].

#### *Les troubles des conduites*

Selon Gibier, il y aurait trois types de consommation : la consommation festive où l'adolescent recherche l'euphorie, la consommation excessive

et autothérapeutique où il recherche l'anxiolyse et la consommation addictive où l'effet anesthésiant est recherché par des adolescents en difficulté [3].

#### *Poly-consommation de produits psychoactifs*

La consommation d'autres substances psychoactives telles que l'alcool, le cannabis, ou l'ecstasy est souvent associée au tabac. L'association tabac-cannabis est fréquente et pourrait devenir source d'échec au sevrage du tabac si on n'en tient pas compte.

#### *Le poids*

La peur de grossir est un autre facteur souvent associé au tabagisme chez la femme. On constate que l'image de la femme dans les médias est de plus en plus mince et inaccessible. La prise de poids lors du sevrage est souvent cause de reprise du tabac.

#### **Les facteurs influençant le sevrage**

Comme pour le tabagisme, le sevrage va être influencé par les pairs, la famille et la société.

Plus on a d'amis non fumeurs, plus on a de chances de devenir ex-fumeur. De la même façon, quand les parents sont non fumeurs [8] et/ou ils interdisent à leurs enfants de fumer, les jeunes sont moins fumeurs [9]. Tant que la société valorisera l'acte de fumer, comme cela est le cas en France, fumer restera un acte banalisé et « normal ».

Comme pour les adultes, l'aide au sevrage doit tenir compte du stade de maturation au changement du fumeur selon le modèle de Proschaska et DiClemente. Au début, près de la moitié des fumeurs sont heureux et n'envisagent pas d'arrêt ; ensuite, le fumeur devient ambivalent ; une dissonance se crée et à un moment il pourra décider d'arrêter. Le fumeur passe un jour à l'action et fait une tentative d'arrêt. Soit il se maintient dans l'arrêt et devient ex-fumeur, soit il rechute et le cycle recommence, fort de cette expérience que lui a apportée la tentative de sevrage.

#### **La prévention du tabagisme chez les jeunes : propositions**

##### *Informers*

Il est bien sûr important de fournir une information validée à tous sur le tabac et ses méfaits, sans dramatiser, même si on sait que la connaissance des risques ne détourne pas le fumeur de la cigarette. Les fumeurs, et en particulier les jeunes fumeurs, ont ten-

dance à minimiser les risques liés au tabac, à sous-estimer la dangerosité du tabac, son pouvoir addictif, et le risque de devenir fumeur quotidien. Ce n'est pas par la peur, que l'on réussit à dissuader les jeunes de fumer. Il faut travailler avec les professionnels de la communication et de l'éducation à la santé pour leur apprendre à faire passer des messages positifs et encourageants sans culpabiliser. L'utilisation de l'analyseur de monoxyde de carbone peut être un outil pédagogique chez les jeunes.

#### *Dévaloriser l'image*

Pour contrebalancer les stratégies des industries du tabac, il faut aider les jeunes à prendre conscience de l'influence incitative des actions de l'industrie du tabac et montrer le non-respect de la loi.

##### L'IMAGE DE LA FEMME

Face aux adolescentes, il est important de modifier l'image de la consommatrice de tabac en valorisant l'image de la femme non fumeuse. La femme sans tabac est libre et indépendante, alors que la femme fumeuse est prisonnière de la cigarette. La femme sans tabac est en forme, alors que la femme qui fume paraît mince mais elle se dégrade avec le temps (peau sèche et ridée, dents déchaussées et colorées...). La femme sans tabac est chic et nature alors qu'avec la cigarette elle est « dénaturée ». Il faudrait élaborer des campagnes adaptées aux jeunes femmes, validées sur de petits échantillons représentatifs.

##### LES OUTILS

Il faudrait utiliser la presse féminine et la presse lue par les jeunes filles pour les diffuser dans les lieux de vie des femmes : salles d'attente, salons de coiffure, salons de beauté, salles de gym, bibliothèques et CDI des établissements scolaires, salles d'attente des gynécologues, médecins, et pédiatres. Les médias pourraient jouer un rôle important dans la lutte contre le tabac auprès des jeunes par l'intermédiaire de campagnes de contre-marketing utilisant la télé et l'Internet (outils des jeunes) [16].

#### *La loi*

##### RAPPEL À LA LOI

La grande majorité des fumeurs ont débuté avant l'âge de 18 ans [17]. Un rappel sur la réglementation est utile chez les jeunes, notamment la loi Veil de 1976 interdisant la publicité sur le tabac, la loi Evin de 1991 interdisant de fumer dans les lieux publics, et la loi de 2003 interdisant la vente de cigarettes aux mineurs de moins de 16 ans et le conditionnement de paquets de moins de 20 cigarettes.

#### COHÉRENCE DES ACTIONS DE L'ADULTE FACE À LA LOI

Le respect cohérent dans le monde adulte de l'interdiction de fumer, en particulier dans les lieux fréquentés par les jeunes, comme le milieu scolaire, aurait un impact chez ces derniers.

#### HAUSSE DES PRIX ET INTERDICTION DE VENTE AUX MINEURS

L'augmentation des prix et l'interdiction de vente aux mineurs sont les deux mesures phares prises par le gouvernement en 2003 dans l'espoir de réduire l'accès et l'utilisation du tabac par les jeunes adolescents (au moins ceux qui débutent), mais la transgression de la loi risque d'attirer, au contraire, un certain nombre de jeunes vers le tabac. L'efficacité de ces mesures n'est pas encore bien connue, mais selon KE Warner *et al.*, les résultats seraient décevants [16].

NA Rigotti *et al.* ont fait l'hypothèse dans leur étude que si l'interdiction de vente est observée à plus de 90 % par les buralistes, l'accès au tabac par l'adolescent serait beaucoup plus difficile et par conséquent, moins de jeunes fumeraient [18]. En comparant un groupe de trois communes (USA) où l'interdiction de vente de cigarettes était appliquée en utilisant des mesures répressives avec un groupe contrôle de trois communes où la loi n'a pas été appliquée, NA Rigotti *et al.* ont montré, contrairement à toute attente, que l'utilisation de tabac par les adolescents avait augmenté dans le groupe intervention alors qu'elle était restée stable dans le groupe contrôle. Les résultats de cette étude diffèrent de ceux de deux autres études faites sans groupe contrôle qui montraient que la stricte application des mesures d'interdiction de vente aux mineurs permettaient de diminuer le tabagisme chez les jeunes [19, 20].

Dans leur article, KE Warner *et al.* décrivent quelques approches innovantes : les lois « PUP » (interdiction d'achat, d'utilisation et de possession de tabac par un mineur) votées dans certains états aux USA ont prouvé leur efficacité quand elles sont respectées [16].

Les études laissent à penser qu'il nous faut encore être prudents sur les conclusions et sur les choix stratégiques à faire.

En particulier, il serait intéressant d'aller voir quels comportements adoptent les jeunes lorsqu'ils ne peuvent plus se procurer leur(s) produit(s) : n'y a-t-il pas, surtout si le jeune est en difficulté psychologique, transfert d'un comportement à risque sur un autre (Trouble du comportement alimentaire, autre produit, troubles psychiatriques, ...)?

#### Actions chez les jeunes en âge scolaire

UE Pallonen *et al.*, dans *Addictive Behaviors*, constate que les résultats des actions scolaires sont nettement améliorés quand elles sont intégrées dans un effort communautaire plus large ou des campagnes médiatiques ou des programmes de longue haleine sur plusieurs années [21]. Les actions ponctuelles en milieu scolaire sont décevantes.

En France, les actions de prévention sont souvent faites à l'école avec le concours des associations (type Ligue Nationale de Lutte contre le Cancer, LNC, ou Comité National contre les Maladies Respiratoires, CNMR), avec des plaquettes sensibilisant les jeunes aux problèmes de santé du tabac et des animations au sein des établissements [22]. Le Bulletin de Santé fait remarquer, à juste titre, que les actions auprès des jeunes manquaient souvent de coordination [6].

L'éducation à la santé ne correspond pas simplement à dire ce qui est bon et ce qui est mauvais pour la santé ni d'interdire de fumer dans une société où le tabac est en vente libre et où les adultes fument sans trop se préoccuper des autres. Selon N Bensliman-Maurel, l'éducation à la santé « a pour but d'aider les enfants à se construire une opinion sur ce qui est souhaitable en matière de santé, individuelle ou collective, et de les aider à construire une manière d'être en conformité avec cette opinion... Pour un enfant de 12 ans [qui essaye sa première cigarette], on va essayer de le faire réfléchir sur pourquoi il est tenté de fumer, et qu'il est plus courageux de refuser une cigarette. Créer les conditions pour que le sujet puisse choisir librement son devenir, l'accompagner par l'acte éducatif, appuyer l'écoute et l'échange, vers un état de santé, tel pourrait être l'objectif des acteurs engagés dans la promotion de la santé » [23].

L'estime de soi, l'affirmation de soi et de ses différences, la capacité à dire NON et à choisir, le respect de soi et des autres sont les thèmes à aborder dès l'enfance. À un âge plus avancé, il faut leur donner les outils pour faire face aux difficultés (« coping ») et canaliser leur agressivité dans d'autres activités que les prises de risques telles que le sport, la créativité artistique.

C'est au jeune d'être acteur de sa santé et à l'adulte de lui montrer comment être en quête active des informations nécessaires pour protéger son capital santé. Pour cela le corps doit être valorisé, source de joies et d'harmonie avec la pensée et l'affect. L'adolescent doit apprendre à bien vivre un corps qui change. Un travail sur les émotions et les sensations, sur les différents sens (toucher, odorat, vue, sons) chez les plus

jeunes, l'acceptation du corps, pourrait être une piste d'étude à explorer.

Au niveau des collèges, le travail en groupe sur la dépendance, la liberté et le choix par des jeux questions-réponses, par expression interactive, par des mises en scène sur le thème du « NON à la première » ou par des groupes de parole seraient à prévoir.

Au niveau des étudiants en faculté, il y a peu d'études validées ; par contre il serait opportun d'étendre les expériences et stratégies menées en entreprises, qui sont validées, aux milieux universitaires.

Selon Paula Lantz *et al.*, les stratégies de prévention dans les écoles incluant un enseignement sur « comment dire NON » permettent de diminuer l'initiation au tabac et la quantité fumée de façon significative. Au collège, les interventions interactives par les pairs sont généralement les plus efficaces. Toutefois, il semblerait, toujours selon Lantz *P et al.*, que des réinjections d'informations soient nécessaires pour sauvegarder les effets de la première intervention sans pouvoir préciser le moment et le rythme de ces réinterventions. Les recommandations du CDC (Center for Disease Control and Prevention) sont :

- l'enseignement doit inclure des informations sur les conséquences du tabagisme mais également sur l'influence des pairs et de la société ;

- les enseignants doivent être formés ;

- les établissements doivent être sans tabac et prendre toutes les mesures utiles pour le rester [24].

#### *Prise en charge adaptée de la jeune fumeuse*

JR DiFranza *et al.* ont mis en évidence, dans une étude cohorte de 681 élèves de 5<sup>e</sup> provenant de six écoles au Massachussets, des symptômes de sevrage chez ces jeunes, apparaissant très rapidement, quelques jours après avoir débuté la cigarette et avant même d'être devenu fumeurs quotidiens [25]. D'où la nécessité de faire connaître aux professionnels de santé :

- la rapidité d'installation d'une dépendance chez la jeune consommatrice ;

- les outils de dépistage adaptés aux adolescents, notamment le test de Fagerström modifié pour adolescents et le HONC (Hooked on Nicotine Checklist) [26] ;

- les symptômes de sevrage chez l'adolescent ;

- la nécessité d'un accompagnement compétent pour le sevrage.

Dès le collège et le lycée, il faut proposer de l'aide au sevrage. Ceci implique l'existence de personnels

formés capables de gérer la demande et de passer le relai, si besoin, au médecin traitant ou au psychiatre.

Au niveau de la faculté, l'étude récente faite par l'Inserm, concernant la prise en charge du tabagisme chez les étudiants, propose le conseil minimal « répété » par tous les professionnels de santé susceptibles de rencontrer les jeunes mais aussi l'extension aux facultés des expériences validées dans les entreprises [22].

On ne peut imaginer un programme d'aide au sevrage tabagique dans un établissement sans la participation active de tous les acteurs à savoir : le corps enseignant, le corps étudiant, l'administration et les professionnels de santé. Plusieurs niveaux d'actions et de prise en charge sont à prévoir :

- former les intervenants du programme ;

- informer sur les risques ;

- informer sur les possibilités de prise en charge ;

- développer des approches motivationnelles de groupe et individuelles ;

- développer le conseil minimal chez tous les professionnels de santé susceptibles de rencontrer les jeunes étudiantes ;

- développer des aides au sevrage : traitements pharmacologiques associés à la prise en charge psychothérapeutique, gestion des émotions, résistance à l'entourage incitateur, facilitation de l'accès aux traitements ;

- associer aides de groupe et individuelles ;

- disposer d'un plateau, extérieur à l'école, susceptible de diagnostiquer et prendre en charge des troubles psychologiques et/ou psychiatriques associés à la consommation de tabac, ainsi que la prise en charge des addictions associées ;

- prendre en charge financièrement, en totalité ou partiellement les substituts nicotiques (mutualités étudiantes : évaluations en cours).

Enfin, quelque soit l'âge du sujet, en matière de sevrage tabagique, la prise en charge, pour être optimale, doit tenir compte du stade de maturation de la personne, et pour cela nécessite un personnel qualifié et entraîné.

#### **LA FEMME DANS LE CONTEXTE DE LA GROSSESSE. AVANT, PENDANT ET APRÈS LA GROSSESSE : UNE FENÊTRE OUVERTE SUR LA VIE D'UNE FEMME**

Compte tenu des risques connus (et à faire connaître) du tabagisme pendant une grossesse, compte tenu des conséquences du tabagisme sur la fécondité féminine, ainsi que sur la qualité du déroulement de la gros-

sesse, compte tenu du nombre important de femmes reprenant leur consommation de tabac après la naissance de leur enfant, il est opportun de discuter des approches préventives possibles à trois moments particuliers de la vie d'une femme :

- lorsqu'elle est en projet de grossesse ;
- pendant la grossesse ;
- après la naissance de l'enfant.

Il est classiquement dit que la grossesse est pour une femme fumeuse une opportunité, un moment idéal pour un sevrage tabagique. Cette affirmation est-elle justifiée ?

Avant d'y répondre, nous pouvons au moins discuter certains points.

La femme n'est pas seule en jeu dans cette décision d'un arrêt du tabac et d'une modification de son comportement.

Le climat social dans lequel elle évolue joue un rôle majeur : climat général (culturel, politique, économique), climat familial, climat professionnel, climat affectif et amical.

Le conjoint, lorsqu'il est présent, sera ou non un élément facilitateur d'une maîtrise du comportement tabagique.

Le milieu du travail, s'il intègre le respect des non-fumeurs, est indéniablement un facteur facilitateur d'une démarche de sevrage.

Certaines équipes se préoccupent de maternologie et commencent à évoquer la maternité humaine comme un état psychologique spécifique. On peut envisager aujourd'hui la maternité comme « un autre monde », avec un nouveau langage venant mieux traduire le « fait maternel », loin de l'instinct maternel avancé depuis trop longtemps. Les futures mères s'y retrouvent mieux et il serait souhaitable de présenter cette vision à tous les professionnels susceptibles de rencontrer des femmes enceintes.

Jean-Marie Delassus a parfaitement décrit ce « fait maternel » dans son ouvrage *Le Sens de la maternité, cycle du don et genèse du lien* [27].

La femme enceinte, en devenir de l'être, ou qui vient de donner naissance à un enfant, n'est pas qu'une « gestante », entièrement portée vers l'enfant dont il est question à cet instant précis de sa vie : elle est femme, humaine, vivant au présent et résultant d'une histoire qui lui est propre. Elle doit alors « faire » avec un corps qui change et qui s'éloigne de ce que la société fixe comme encombrant idéal féminin ; un équilibre psychique propre, équilibre qui sera par définition « bousculé » par la maternité en

cours, les projections à faire, les souvenirs reviviscents de sa propre ascendance et de sa propre mère. Elle doit faire avec les exigences actuelles de la société à l'égard des « gros ventres » : une hygiène de vie parfaite, irréprochable pour la santé de l'enfant... Une vie « lisse ». Elle doit faire avec son espoir de « faire » un bébé en bonne santé, et ses angoisses de « produire » un enfant malade ou « anormal »...

Son rapport à elle-même est bouleversé : l'identité est mise en cause : « Serais-je la même ou une autre ensuite ? », « Saurais-je être mère ? », « Quelle mère serais-je ? », « Que m'a-t-on livré comme outils pour devenir mère à mon tour ? », « Saurais-je être femme, mère et amante à la fois ? »

Son rapport au couple et au conjoint est perturbé : « Pourrais-je aimer un homme et mon enfant à la fois ? », « De quel amour s'agit-il », « Mon conjoint m'aimera-t-il comme avant ? », « Saura-t-il partager et aimer, et la femme et l'enfant ? »

Son rapport au monde va se trouver modifié : « On ne me regardera plus de la même façon », « Je ne verrai plus le monde et les choses de la vie de la même façon », « Les enjeux ne seront plus les mêmes pour moi après... ».

Concevoir un enfant, mener une grossesse, accoucher, c'est faire, tout en continuant d'intégrer le monde environnant et d'y trouver sa place, ce difficile travail de l'ébauche du lien à l'enfant : enfant — imaginaire d'abord, enfant — réalité ensuite.

La femme sait intuitivement que c'est cette tâche de « construction du lien » qui prime avant tout ; que sans ce lien, rien ne pourra se faire, même si la santé de l'enfant est bonne ; sans ce lien, pas de base correcte pour le départ de l'enfant au monde.

A-t-elle les matériels et les outils nécessaires et indispensables pour la construction de ce lien ?

Personne ne peut ici lui répondre, pas même les spécialistes qui la suivent...

Personne ne peut lui répondre, et elle sent qu'elle devra avancer pas à pas à la découverte de ses capacités personnelles à le construire, avec ou sans l'Autre.

Personne ne peut lui répondre ; il convient d'avoir une bonne confiance en soi pour se livrer à ce « jeu » ; et pour avoir confiance en soi, il faut avoir découvert une fois au moins dans sa vie, la sécurité et la confiance. S'estimer d'abord, pour se penser capable de partir pour ce drôle de voyage qu'est la maternité et la maternalité. Or, nous savons combien la question

de l'estime de soi est capitale dans l'idée de s'engager ou non dans un sevrage tabagique [28].

Nous voyons donc que du projet de maternité (ou de l'absence de projet) à la conception, puis de la conception à la naissance, de la naissance à l'élaboration du lien avec l'enfant réel, il s'écoule seulement quelques mois... pour mûrir à la fois plusieurs pans d'une vie de femme et tisser, avec les fils du passé et du présent, le tissu d'un avenir [27].

La grossesse d'une femme fumeuse n'est donc pas qu'un utérus enfumé, et un enfant à protéger d'une multitude de toxiques.

Un suivi de grossesse n'est donc pas qu'une succession d'examen cliniques et paracliniques : il s'agit parfois (à défaut de toujours) de l'accompagnement d'une intense et fragile période de vie, ou le « PRIMUM NON NOCERE » nous semble plus que capital.

Promouvoir le sevrage tabagique chez une femme en projet de grossesse ou enceinte, est donc une démarche bien à part de ce qui est habituellement préconisé chez tout fumeur : l'accompagnement s'apparentera sûrement à une aide attentionnée à la gestion et à la répartition des énergies engagées par la femme et son cadre humain de vie, dans une histoire qui est celle d'une création.

Quelles mesures prendre pour une prévention efficace et précautionneuse du tabagisme dans cette période particulière de la grossesse ?

#### **Le climat social général et la femme : un virage à négocier au XXI<sup>e</sup> siècle**

##### *L'homme et la femme au XXI<sup>e</sup> siècle*

Peut-on envisager de favoriser la parité des droits des femmes et des hommes dans leurs différentes fonctions sociales : milieu professionnel, dans l'économie du couple et de la famille, dans les activités de loisirs... (différencier égalité, et parité des droits) ?

Débat, réflexion à mener et évaluation des effets dans le temps.

Les différences fondamentales entre hommes et femmes sont-elles intégrées comme une richesse apportée à la société ? Le doute persiste [29], et une réflexion socio-anthropologique et philosophique, puis politique (vie de la cité) s'avèrerait utile.

Réflexion sur « La place de la femme et de l'homme dans le tissu social du XXI<sup>e</sup> siècle ».

Ces trois propositions découlent du constat que les femmes sont devenues en ce début du XXI<sup>e</sup> siècle

d'aussi grandes consommatrices de tabac que les hommes ; que les jeunes femmes espèrent exercer leur vie sur un terrain d'égalité avec les jeunes hommes, mais manifestent dans le même temps une insatisfaction quant à l'évolution des réalités sociales.

##### *L'homme et la femme dans le projet de famille*

Une réflexion sociétale et professionnelle sur la maternité et la paternité [30], et la famille au XXI<sup>e</sup> siècle devrait s'opérer et donner lieu à un débat profond.

Nous devrions prévoir d'inclure ces notions dans les enseignements aux futurs professionnels de la santé et du travail social, amenés à rencontrer et prendre en charge des femmes enceintes.

« 9 mois, beaucoup et peu à la fois, pour effectuer de multiples maturations » :

- Maturation du corps ;
- maturation de l'identité : être mère à son tour (image de la mère) ;
- maturation de l'enfant : donner la vie ;
- maturation du couple ;
- maturation des comportements protecteurs de l'enfant à venir.

##### *La femme au travail, la femme mère de famille*

Entre le temps de travail, le temps de la famille et le temps pour soi, nous découvrons « des femmes écartelées » [29].

Il pourrait être intéressant de travailler sur « Tabagisme et temps pour la vie », « Fumer, ce sont mes seuls temps de pause ».

Débat social et décisions politiques.

##### *La femme enceinte souffrante.*

##### *Organisation des structures d'accueil*

Il nous faut développer les filières et structures d'accueil des femmes subissant des traumatismes physiques et/ou psychiques : place des médecins, assistants sociaux, éducateurs en milieu scolaire (famille en détresse), autres professionnels de la santé, structures de gynécologie, médias.

Le repérage des jeunes femmes concernées par des histoires de vie difficile doit être plus précoce. Il serait bon de donner droit à la parole et de soigner le fonds de la souffrance, grâce à travail en réseau.

Entendre que derrière un certain nombre de femmes enceintes consommant encore du tabac pendant la grossesse, se trouvent peut-être des femmes très

dépendantes, avec des histoires de vie qui justifient une attention particulière et une amorce de prise en charge.

Aborder le tabagisme chez certaines femmes enceintes reviendrait donc parfois à mettre à jour des souffrances bien plus profondes, venant rendre un sevrage très délicat, et justifiant par conséquent des soins adaptés, ainsi qu'une approche pluridisciplinaire.

En effet, plusieurs études sur les PTSD (Stress post-traumatiques) ont montré un lien significatif entre évènements traumatisants et conduites addictives [31].

Certaines se sont penchées particulièrement sur la population féminine.

Dans une étude en particulier [32], portant sur un échantillon de fumeuses et non fumeuses, on est allé voir les scores de dépendance, et leur association avec les facteurs sociodémographiques, les caractères physiques et psychologiques, les antécédents de violences physiques et sexuelles, les symptômes de stress post-traumatiques PTSD et les symptômes de dépression.

62 femmes avaient été victimes de violences sévères : 58 % d'entre elles étaient fumeuses.

Parmi ces fumeuses, celles qui avaient les dépendances les plus sévères étaient aussi celles qui :

- étaient au chômage ;
- avaient un niveau socioéconomique bas ;
- avaient plus vécu d'expériences récentes de violences ;
- avaient plus vécu d'expériences sévères de violences sexuelles ;
- avaient plus vécu d'expériences sévères de dominance et isolement ;
- avaient les symptômes les plus sévères de PTSD et dépression.

Nous devrions porter plus d'attention à ces femmes enceintes qui continuent de fumer et qui cumulent certains des éléments cités ci-dessus : il conviendrait d'aller chercher plus loin, et si besoin d'apporter l'assistance et les soins adéquats.

#### *Informier le public sur les risques*

Il faut continuer d'informer, sans dramatiser, sur les risques à consommer des produits fumés, en utilisant des messages positifs et encourageants, et en valorisant une grossesse « nature », libérée des toxiques.

De nombreuses femmes ne connaissent pas encore bien les effets du tabac sur la grossesse, la fécondité et le fœtus et l'enfant. Il convient donc de continuer à les informer, si possible avant le début de la gros-

sesse, sinon le plus tôt possible pendant la grossesse [33].

Nous ne pouvons plus travailler sans les professionnels de la communication et en oubliant d'associer les femmes à l'élaboration des messages qui leur sont destinés : comment faire passer les messages, sans culpabiliser ?

Il faut utiliser et banaliser l'analyseur de monoxyde de carbone au cabinet du médecin généraliste et des gynécologues/sages-femmes suivant des grossesses [34].

Il nous faut continuer de mener des études sur l'impact des messages sur la femme, le conjoint et la famille, en fonction du discours et des outils utilisés.

#### *Former les professionnels de santé à la prise en charge de sevrages tabagiques*

Tous les professionnels de santé susceptibles de rencontrer des femmes enceintes fumeuses devraient avoir une formation minimale sur la dépendance aux produits, sur les stades de préparation à l'arrêt et sur le conseil minimal, ainsi que sur les étapes psychologiques de la maternité. Cette formation devrait se situer dans les formations initiales, mais aussi dans les formations continues.

#### **Avant la grossesse**

##### *Le conseil minimal*

Toutes les jeunes filles et jeunes femmes se devraient voir proposer de quitter le tabac (et le cannabis) et si besoin, proposer de l'aide : rôle des médecins généralistes, des pharmaciens, des gynécologues, des structures de planning familial, des services de médecine Universitaire, de Santé scolaire.

Cela passe par :

- une formation des professionnels à l'abord de la jeune fumeuse et au sevrage ;
- une signalisation en salle d'attente des professionnels formés ;
- une indication des adresses de structures d'aide au sevrage.

Le conseil minimal ne devrait déboucher sur un accompagnement de sevrage, que si ce dernier est choisi par la jeune femme.

En effet, quitter le tabac avant la grossesse permet la meilleure protection de l'enfant, mais surtout permet à la femme de développer et d'intégrer au mieux une motivation interne, et de décider d'elle-même, pour elle-même, ainsi que pour ses enfants à venir.

Or, une meilleure motivation a toutes les chances d'être plus efficace pour un maintien dans l'abstinence en cours de grossesse et à la naissance de l'enfant [35].

Le conseil minimal devrait être utilisé à toute rencontre avec une femme fumeuse en âge d'avoir un enfant : prescription de la contraception chez une fumeuse, réalisation des frottis de dépistage...

#### *Le repérage des facteurs de pronostic*

Nous devrions repérer précocement les jeunes femmes en situation de mal être, et détresse psychologique, aux conditions socio-économiques difficiles.

Repérer aussi, derrière certaines consommatrices de tabac, certaines comorbidités : comorbidités psychiatriques telles que des dépressions ; des mésusages d'alcool, de cannabis ; voire des dépendances à ces produits ou à d'autres ; des troubles anxieux aux manifestations diverses ; des risques suicidaires ; des schizophrénies... [36].

Nous devrions offrir à ces femmes une prise en charge active et participative : mobilisation de moyens humains formés et compétents (psychologues, psychiatres, médecins psychiatres et kinésithérapeutes sophrologues) dans les structures où la jeune femme passe : maisons médicales, planning familial, services de gynécologie, santé scolaire, médecine universitaire, maisons d'adolescents. Formation des professionnels et travail pluridisciplinaire en réseau [37-39].

Le repérage d'une vision pathologique de la maternité parmi les jeunes femmes.

Nous pourrions travailler en milieu scolaire et dans maisons d'adolescents avec les jeunes filles sur la fonction de la grossesse : expression encadrée en groupe de paroles, sur la maternité, la maternalité, l'enfant, la sexualité et la maternité, le rôle de la mère et du père, la famille, maternité et couple, le corps et ses fonctions, être mère dans la société du XXI<sup>e</sup> siècle... Le choix ?

Ceci devrait l'objet d'études et d'évaluations.

#### **Pendant la grossesse**

##### *Le carnet de maternité*

Il devrait :

— comporter un volet médical sur la consommation de produits : alcool, tabac, cannabis et autres produits. Questions systématiques à la déclaration et à chaque visite de suivi ;

— comporter des échelles d'évaluation de l'anxiété et de l'humeur, et de la dépendance à faire en début et au cours de la grossesse ;

— comporter systématiquement des conseils déculpabilisants, à destination de la femme sur ces comportements et des adresses utiles les plus proches pour demander de l'aide ;

— comporter un volet pour le conjoint : ses propres comportements avec tabac et autres produits, conseils et adresses ;

— comporter un volet d'information sur les violences physiques et psychologiques, à lire par la femme ; adresses utiles ;

— comporter des conseils et adresses utiles aux femmes en situation d'isolement social et affectif.

Il convient de repérer le plus tôt possible au cours de la grossesse, les femmes qui fument, leur donner quelques conseils simples, avec tact et en tenant compte de leur motivation à l'arrêt, des freins possibles et de leur stade de maturation à l'arrêt. L'adaptation du discours à ces éléments est capital, et résulte d'une formation minimale des personnels rencontrés par les femmes [40-43].

*Le fait de donner des informations sur la consommation de tabac à une femme enceinte, sur les effets bénéfiques d'un arrêt du tabac, sur les moyens d'y parvenir, améliore la prévalence du tabagisme chez les parturientes, avec un effet positif après la naissance (jusqu'à 2 ans en post partum, surtout chez les femmes ayant un Fagerström bas). Cette information sur les effets positifs de l'arrêt doit être fournie par des professionnels formés [44].*

Le fait de donner ces informations par téléphone, email ou par envoi simple de documents ne modifie pas significativement le nombre de femmes enceintes fumeuses pendant la grossesse par rapport au conseil minimal ; le nombre de reprises de la consommation de tabac après la naissance ne s'en trouve pas non plus modifié [45].

*Visite obligatoire initiale par une sage-femme formée, après déclaration de la grossesse : identification précoce des facteurs de risque (CPAM et Conseil général)*

Il pourrait être intéressant qu'une sage-femme repère très tôt ces facteurs de risques :

— facteurs de risques organiques : antécédents familiaux, hygiène de vie, santé physique ;

— facteurs de risques psycho-sociaux et familiaux ;

— facteurs de risques liés à la consommation de produits.

Commentaire du carnet de maternité et des renseignements disponibles.

Différentes études ont montré que les femmes enceintes fumeuses vivent très bien qu'une sage-femme leur parle de leur consommation de tabac, si pour autant cela est abordé en tenant compte du stade de maturation à l'arrêt. La sage femme est donc un professionnel de santé à utiliser dans les actions choisies pour la prévention du tabagisme pendant la grossesse [46-48].

*L'élaboration de programmes à destination des femmes enceintes fumeuses doit tenir compte des facteurs prédictifs de difficultés à l'arrêt, comme le niveau socioéconomique bas, le bas niveau d'éducation, le jeune âge de la parturiente et l'absence de profession [49]*

Il convient d'élaborer des programmes de différents types, qui puissent répondre aux besoins de populations différentes.

*Créer dans toutes les maternités de France une cellule de prévention et de prise en charge des addictions*

Sage-femme addictologue et/ou tabacologue, personnel médical formé, personnel soignant formé, diététicienne, psychiatre et psychologue, kinésithérapeute : tous ces personnels doivent être capables d'aborder une femme enceinte fumeuse, repérer celles en difficulté face au sevrage, et apporter l'aide nécessaire.

Ce service sera organisé pour mettre en place une filière de prise en charge de la dépendance tabagique.

Un tel service de maternité donnera des conseils méthodologiques aux équipes de périphérie et aux praticiens libéraux et permettra le sevrage des femmes les plus dépendantes.

Les maternités devront être sans tabac (personnel ne consommant pas sur le lieu de travail) [34].

*Mettre en place dans les salles d'attente des consultations obstétricales, en maternité et en libéral, des vidéo projections et plaquettes, valorisant l'arrêt du tabac*

Un effet significativement positif est prouvé si les messages sont : voir d'autres femmes arrêter, informations sur les moyens de gestion du stress et émotions négatives ; expériences sur les outils pour faire face aux pulsions à fumer ; expériences de recherche d'appuis auprès de l'entourage [51].

*Le travail de réseau sur le territoire de vie de la femme, en périphérie des grandes agglomérations*

Il faut :

— Former les médecins généralistes, les gynécologues et les sage-femmes libérales, les pharmaciens, les dentistes, les kinés et les infirmières libérales à l'identification du statut fumeur de la femme, à l'abord non culpabilisant de la femme, à la dynamique spécifique de la grossesse, au conseil minimal, aux bonnes pratiques du sevrage tabagique de la femme enceinte [52].

Faire admettre que la grossesse est un moment optimal de la vie de la femme pour travailler sur les comportements, et la santé, mais qu'on ne peut pas toujours obtenir tous ces changements en 9 mois. Admettre la reprise, la difficulté à atteindre une abstinence totale et définitive ; gestion des reprises [50, 53, 56].

Les 5 A sont à valoriser : Ask (demander), Advise (conseiller), Assess (évaluer), Assist (aider), Arrange (assurer le suivi).

— Proposer une permanence par canton ou territoire de vie.

Une sage femme tabacologue, un psychologue formé à la maternité, un assistant social, et une diététicienne, seraient présents une fois par semaine.

Objectifs : établir un diagnostic précis des éléments de dépendance de la femme (gradation des facteurs prédictifs, échelles évaluation de la motivation et de la dépendance, du moral), à la demande du praticien habituel de la femme ; donner des conseils pratiques et adaptés au stade de maturation à l'arrêt, pour un éventuel sevrage ; dépister les freins possibles et proposer leur prise en charge ; proposer un relais en cas de difficulté de sevrage ; encouragements ; assurer d'un suivi en post-partum. Établir les évaluations.

— Les approches individuelles semblent plus appréciées, plus utilisées et plus efficaces que les approches de groupe.

Semblent utiles les approches personnelles et centrées sur le développement des capacités personnelles à opérer un changement, le respect du choix et la discussion, ce d'autant que l'on a affaire à des femmes et des familles en situation difficile [57].

Les questions posées seront préférentiellement des questions à choix multiples, plutôt que des questions de type binaire [58].

— Il faut proposer en première intention une prise en charge psychologique intensive et ce de façon systématique.

Ce type d'approche est plus efficace que toute autre [58].

La place des professionnels de la psychologie et des sages-femmes formées à l'abord de la maternité, se trouve ici encore justifiée dans un travail en réseau.

— L'information et la formation des pharmaciens.

L'usage des traitements substitutifs nicotiques sera évoqué en deuxième intention, et en cas d'échec des approches psychologiques [58]. Il convient que les professionnels délivrant de tels médicaments soient intégrés au travail de réseau.

— Intégrer le conjoint dans cette dynamique.

Conseil minimal, incitations à l'arrêt, aides à l'arrêt ; incitation au respect de la femme en cours de sevrage et du bébé à la naissance [59-64]. Les modalités de cette intégration restent encore à établir et à évaluer.

Mais il est vraisemblablement plus difficile à une femme d'arrêter de fumer lorsque son conjoint fume toujours.

#### *Identifier les femmes enceintes ayant quitté le tabac juste avant la grossesse ou en tout début de grossesse (ne pas leur donner le statut de non-fumeuses)*

Ces femmes sont fragiles, et peuvent avoir besoin d'aide, de soutien, tout comme celles qui n'ont pas encore quitté. Elles sont exposées aux reprises, pendant la grossesse (événement stressant) ou en post-partum.

Les femmes arrêtant de fumer à l'annonce du diagnostic de grossesse, effectuent un arrêt temporaire du tabac, plus qu'un sevrage véritable : une fenêtre s'opère sur les 9 mois ; une reprise à la naissance est très probable, jusqu'à 6 mois PP. Il convient chez ces femmes de continuer un accompagnement à la motivation personnelle pour quitter le comportement tabagique : se sevrer pour soi, et non seulement pour l'enfant [30, 65, 66].

#### *Graduer les aides en fonctions des facteurs prédictifs de l'arrêt du tabac*

Des aides minimales seront proposées aux femmes motivées (praticien usuel...), peu dépendantes, sans freins identifiables, aux facteurs prédictifs favorables [36].

Des aides plus lourdes seront offertes aux autres [67, 68].

#### *Visites au domicile par une sage-femme, des femmes enceintes repérées en difficulté*

En cas de facteurs de risques identifiés à la déclaration de grossesse [69], une sage femme formée à l'approche de la femme enceinte en difficulté devrait passer régulièrement au domicile, afin d'assurer un suivi rapproché. Ce service est déjà mis en œuvre par bon nombre de Conseils Généraux, mais avec souvent des moyens insuffisants en personnel, et des sages-femmes pas toujours formées à l'abord de la femme consommant des produits addictifs.

Les facteurs justifiant un suivi seraient :

- gestante jeune ;
- tabagisme important ;
- conjoint fumeur et non motivé pour l'arrêt.

Environnement fumeur ;

- niveau de vie bas ;
- isolement ; absence de soutien social ;
- autres consommations ;
- pas de profession ;
- hygiène de vie problématique ;
- psychopathologies familiales ;
- psychopathologies de la femme : anxiété sévère, dépression... ;
- instabilité de vie.

Mise en place de ces visites précocement : dès la 20<sup>e</sup> semaine.

À prolonger jusqu'à la fin de la grossesse et 6 mois Post-partum.

#### *Promouvoir et organiser la prescription des traitements substitutifs nicotiques chez les femmes plus dépendantes*

— Il est recommandé de n'utiliser les traitements substitutifs nicotiques chez une femme enceinte qu'après l'avoir accompagnée dans une démarche non médicamenteuse, et éventuellement avec un soutien psychothérapeutique [52].

Il est recommandé d'éviter la prescription de traitements substitutifs nicotiques au 3<sup>e</sup> trimestre [52].

Mais une femme enceinte qui continue de fumer, et chez qui une importante dépendance est identifiée et confirmée, doit être aidée par l'usage adapté de ce type de traitements. Cela est préférable au maintien de l'intoxication par la fumée de tabac [52].

Il est recommandé d'adapter les doses de substituts nicotiques, lorsqu'ils s'avèrent indispensables, aux

cotininuries constatées chez la femme encore fumeuse : il faudrait obtenir une cotininurie égale ou inférieure à celle observée lors de la consommation habituelle de cigarettes [52].

L'administration de Bupropion LP est déconseillée pendant la grossesse [52].

En cas d'allaitement : l'approche par Thérapies comportementales et cognitives, ainsi que la prise en charge psychologique doivent être proposées en première intention. Les substituts ne seront proposés qu'en cas d'échec du maintien dans l'abstinence. Il est alors préférable d'utiliser les gommes après les tétées et d'éviter les timbres [52].

### Recherches

Toutefois, il conviendrait de faire des études plus poussées afin de connaître les véritables effets secondaires sur le fœtus d'un tel traitement, et ce en fonction du terme de la grossesse ou il est utilisé, des produits et des doses utilisés [52].

Il est habituel de recommander de ne jamais prescrire les traitements substitutifs nicotiques chez une femme enceinte sur le mode 24 h/24. Il est difficile de retrouver l'origine de ce conseil. Il faudrait donc refaire des études à ce sujet afin de confirmer ou non cette précaution d'emploi, en comparant les effets sur le fœtus.

De même il serait intéressant de comparer l'état des enfants, ainsi que leur comportement dès les premiers jours de vie, selon qu'ils sont nés d'une grossesse au cours de laquelle la femme a continué de fumer, ou s'est sevrée brutalement en cours de grossesse sans traitement, ou a utilisé des substituts nicotiques.

Des recherches doivent donc venir nous éclairer, avant de donner des recommandations définitives sur le sevrage médicamenteux de la femme enceinte.

Le remboursement partiel ou total des traitements substitutifs nicotiques *pourrait être proposé aux femmes dépendantes, ayant essayé sans traitement et n'ayant pas pu quitter totalement le tabac, et motivées pour s'arrêter pendant la grossesse ; aux femmes tentant une expérience transitoire de réduction de la consommation.*

Des études économiques et coût/efficacité restent à mener en France sur la population des femmes enceintes, comparant remboursement ou non, remboursement partiel ou total.

Les études menées à l'étranger, montrent que pour toutes ces femmes, un suivi est de toute façon indispensable [70].

### En post-partum : ne pas baisser les bras

#### *Améliorer le carnet de santé du bébé*

Il doit contenir des informations, valorisant un univers de vie sans tabac : moins de soucis de santé, moins de médicaments, moins de morts subites du NR, meilleure scolarité, moins d'hospitalisations, meilleur sommeil... Études à mener.

#### *Il faut continuer de suivre et d'aider les femmes qui ont quitté le tabac pendant la grossesse, et ce pendant au moins 6 mois [69]*

Le travail sur la motivation personnelle, le « devenir-mère », le « rester-femme » et la santé du bébé, un environnement propice à la santé de toute la famille, doit se poursuivre.

Il est indispensable pour la prévention des reprises, la mise en confiance en cas de reprise.

Il permet de continuer ou reprendre si besoin la substitution nicotinique en cas de difficulté ; de gérer les traitements substitutifs nicotiques et l'allaitement.

Il comprendra un soutien psychologique, avec ou sans thérapies comportementales et cognitives.

On portera une attention soutenue au Baby-blues.

On offrira de l'aide non culpabilisante.

On accompagnera la femme pour trouver des soutiens en début du post-partum.

La prise en charge diététique et des exercices physiques permettront une meilleure récupération de la silhouette et une acceptation de ce lent retour vers un corps d'après grossesse.

#### *Pour les femmes qui ont continué de fumer pendant la grossesse [69]*

L'abord empathique en post-partum immédiat est capital.

Il permettra de valoriser la bonne santé de l'enfant, mais aussi parfois, l'expression des angoisses, des inquiétudes sur le futur immédiat de la famille : difficultés financières, instabilité familiale, souffrance du couple, solitude et isolement, maltraitance... Proposition d'aide.

Viendra l'offre d'un soutien pour une réduction de la consommation ou un éventuel arrêt du tabac à une date choisie par la femme.

*Continuer d'inclure le partenaire dans cette phase [69]*

En valorisant le respect de la santé de l'enfant ; propositions de réduction de la consommation ou d'arrêt. Proposition de discussion autour des comportements de santé en tant que chef de famille.

*Permettre aux sages-femmes tabacologues qui ont amorcé un suivi de le poursuivre au-delà du premier mois de post-partum [69]*

Des sages-femmes formées à l'abord des femmes fumeuses, qui ont assuré un suivi continu ou discontinu avec ces femmes, et qui ont parfois établi une relation privilégiée de confiance doivent pouvoir les accompagner jusqu'à ce que la femme fasse elle-même le choix de l'autonomie.

**RÉFÉRENCES**

1. Le Maître B. Le Tabac en 200 Questions. éd. De Vecchi, Paris 2003.
2. CFES. Lettre mensuelle d'informations sur les effets du tabagisme et le sevrage. Septembre 2001 ; n° 18 : 2-4.)
3. Gibier L. *Prise en charge des usagers de drogues*. Coll. Conduites, éd. Douin, Groupe Liaisons SA, 1999, Rueil-Malmaison.
4. Choquet M, Ledoux S, Hassler C, Beck F, Perreti-Wattel P. Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête Espad 1999 et évolution 1993-1999. *Tendances* 2000 ; 6: 1-4.
5. CFES, Baromètre Santé 2000, Vanves, 2000.
6. ORS, CRIPS. La consommation de tabac chez les jeunes : données épidémiologiques et prévention. *Bulletin de Santé* 2003 ; 7: 1-8.
7. Grizeau D, Baudier F, Allemand H. Opinions et comportements des adolescents français confrontés au tabac en 1995. *Arch Pediatr* 1997 ; 4: 1079-86.
8. Anderson MR, Leroux BG, Marek PM, Peterson AV Jr, Kealey KA, Bricker J, et al. Mother's attitudes and concerns about their children smoking: do they influence kids? *Prev Med* 2002 ; 34: 198-206.
9. Farkas AJ, Gilpin EA, White MM, Pierce JP. Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA* 2000 ; 284: 717-22.
10. Gilpin EA, Pierce JP. Trends in adolescent smoking initiation in the United States: is tobacco marketing an influence? *Tobacco Control* 1997 ; 6: 122-7.
11. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Vulnerability to psychopathology in nicotine-dependent smokers: an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry* 1993 ; 150: 941-6.
12. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P. Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: findings from an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry* 1992 ; 149: 464-9.
13. Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet* 1995 ; 25: 95-101.
14. Kaplan SJ, Pelkovitz D, Salzinger S, Weiner M, Mandel FS, Lesser ML, et al. Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry* 1998 ; 155: 954-9.
15. Acierno RA, Kilpatrick DG, Resnick HS, Saunders BE, Best CL. Violent assault, post traumatic stress disorder and depression: risk factors for cigarette use among adult women. *Behavior Modification* 1996 ; 20: 363-83.
16. Warner KE et al. Innovative approaches to youth tobacco control: introduction and overview. *Tobacco Control* 2002 ; 11: 382.
17. Kessler D, Witt A, Barnett P et al. The Food and Drug Administration's regulation of tobacco products. *NEJM* 1996 ; 335: 986-94.
18. Rigotti NA, DiFranza JR, Chang Y et al. The effect of enforcing tobacco-sales Laws on adolescents' access to tobacco and smoking behavior. *NEJM* 1997 ; 337: 1044-51.
19. Jason LA, Ji PY, Anes MD, Birkhead SH. Active enforcement of cigarette control laws in the prevention of cigarette sales to minors. *JAMA* 1991 ; 266: 3159-61.
20. DiFranza JR, Carlson RR, Caisse RE. Reducing youth access to tobacco. *Tobacco Control* 1992 ; 1: 58.
21. Pallonen UE, Prochaska JO, Velicer WF et al. Stages of acquisition and cessation for adolescent smoking: an empirical integration. *Addictive Behaviors* 1998 ; 3: 303-24.
22. INSERM. Tabagisme. Prise en charge chez les étudiants. Éditions Inserm, Paris ; 2004.
23. Bensliman-Maurel N. Prévention et tabagisme. 14<sup>e</sup> Journée du Centre René Huguenin. Mars 2000.
24. Lantz P, Jacobsen PD, Warner KE, Wasserman J, Pollack HA, Berson J, et al. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control* 2000 ; 9: 47-63.
25. DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD, Ockene JK, Savageau JA, St Cyr D, et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control* 2000 ; 9: 313-9.
26. O'Loughlin J, DiFranza J, Tarasuk J, Meshefedjian G, McMillan-Davey E, Paradis G, et al. Assessment of nicotine dependence symptoms in adolescents: a comparison of five indicators. *Tobacco Control* 2002 ; 11: 354-60.
27. Delassus JM. Le sens de la maternité/Cycle du don et genèse du lien. Eds Dunod Paris, 2002.
28. Lelord F, André C. L'estime de soi. Eds Odile Jacob Poches, Paris. 2002.
29. Badinter E. Fausse route. Eds Odile Jacob, Paris. 2003.
30. National Center for Health Statistics/Center for Disease Control. Smoking during pregnancy. 1990-1996. *National Vital Statistics Report* 1998 ; 47: 1-12.
31. Chilcoat HD, Breslau N. Posttraumatic stress disorder and drug disorders: testing causal pathways. *Archives of General Psychiatry* 1998 ; 55: 626-32.
32. Weaver TL, Etzel JC. Smoking patterns, symptoms of PTSD and depression: preliminary findings from a sample of severely battered women. *Addictive behaviors* 2003 ; 28: 1665-79.
33. US Department of Health and Human Services. The Public Health Service expert panel on the content of prenatal care. Caring for our future: the content of the prenatal care. Washington, DC: US Government Printing Office, 1989.
34. Delcroix M. La grossesse et le tabac. Que sais-je ? PUF. Paris, 2004, 3<sup>e</sup> ed., 127 p.
35. DiClemente CC. Motivation for change: implications for substance abuse treatment. *Psychological Science* 1999 ; 10: 209-13.
36. Inserm. Expertise collective. Comprendre la dépendance tabagique pour agir. Eds Inserm, 2004. Paris.
37. Mullen PD, Pollak KI, Groff JY, DiClemente CC. Relations among psychosocial variables, addiction, and self-efficacy in lower and higher income pregnant smokers. Proceedings of the annual meeting of the society for Research on Nicotine and Tobacco, San Diego, California, 5-7 March, 1999.

**Question 6 •** Quelles sont les mesures susceptibles de réduire le nombre d'adolescentes et de femmes fumeuses ?

38. Walsh RA, Redman S, Brindsmead MW, Fryer JL. Predictors of smoking cessation in pregnancy and attitudes and knowledge of risks of pregnant smokers. *Drugs Alcohol Review* 1997; 61: 41-67.
39. Paarberg KM, Vingerhoets JMM, Passchier J, Heinen AGJJ, Dekker GA, Van Geijn HP. Smoking status in pregnancy is associated with daily stressors and low well-being. *Psychology health* 1999; 14: 87-96.
40. Ershoff DH, Quinn VP, Boyd NR, Stern J, Gregory M, Wirtshafter D. The Kaizer permanent prenatal smoking cessation trial: when more isn't better, what is enough? *Am J Prev Med* 1999; 17: 161-8.
41. DiClemente CC, Prochaska JO. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: stages of change and addictive behaviors. In: Miller WR, Heather N, Eds. *Treating addictive behaviors*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Plenum, 1998; 3-23.
42. Solomon LJ, Secker-Walker RH, Skelly JM, Flynn BS. Stages of change in smoking during pregnancy in low income women. *J Behav Med* 1996; 19: 333-4.
43. Mullen PD. Maternal smoking during pregnancy and evidence based intervention to promote cessation. *Primary Care* 1999; 26: 577-89.
44. Blanchon B, Parmentier M, Colau JC, Dautzenberg B, Blum-Boisgard C. Smoking and pregnancy: survey among women enrolled in an independent worker insurance program. *J Gynecol Obstet Biol reprod.* 2004; 33: 21-9.
45. Lawrence T, Aveyard P, Evans O, Cheng KK. A cluster randomised controlled trial of smoking cessation in pregnant women comparing interventions based on the transtheoretical (stages of change) model to standard care. *Tab Control* 2003; 12: 168-77.
46. Chalmers K, Gupton A, Katz A, Hack T, Hildes-Riptsein E, Brown J *et al.* The description and evaluation of a longitudinal pilot study of a smoking relaps/reduction intervention for perinatal women. *J Adv Nurs* 2004; 45: 162-71.
47. Pullon S, McLeod D, Benn C, Viccars A, White S, Cookson T *et al.* MEWS Study Team. Smoking cessation in New Zealand: Education and resources for use by midwives for women who smoke during pregnancy. *Health Promot Int* 2003; 18: 315-25.
48. Pullon S, McLeod D, Benn C, Viccars A, White S, Cookson T *et al.* The midwife's role in facilitating smoking behavior change during pregnancy. *Midwifery* 2003; 19: 285-97.
49. Phung HN, Bauman AE, Young L, Tran MH, Hillman KM. Ecological and individual predictors of maternal smoking behavior. Looking beyond individual socio-economic predictors at the community setting. *Addict Behavior* 2003; 28: 1333-42.
50. Janssen B. Le tabagisme des femmes enceintes : bilan et recommandations pour les professionnels de santé. *Bulletin d'éducation du patient* 2000 ; vol 19-n° 4 : 20-3.
51. Secker-Walker RH, Solomon LJ, Geller BM, Flynn BS, Worden JK, Skelly JM *et al.* Modeling smoking cessation: exploring the use of videotape to help pregnant women quit smoking. *Women Health* 1997; 25: 23-5.
52. Afssaps. Recommandations de bonne pratique. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Mai 2003.
53. Buchanan L. Implementing a smoking cessation program for pregnant women based on. *J Am Acad Nurse Pract* 2002; 14: 243-50.
54. Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, Skelly JM, Mead PB. Reducing smoking during pregnancy and post-partum: physician's advice supported by individual counseling. *Prev Med* 1998; 27: 422-30.
55. Clauzel AM. Au plan gynécologique et obstétrical, comment envisager la réduction des risques ? In : *Les entretiens du Carla : la réduction des risques par un bon usage des substituts nicotiniques*. Vol 2. 5 et 6 juillet 2001. Laboratoires Bio Mérieux et Pierre Fabre.
56. Lagrue G, Taieb C. Stop : sevrage tabagique, Observatoire programme. Entretiens de Bichat, 10 au 15 septembre 2001. Paris. 4 pages. Expansion scientifique Française, 2001.
57. Browne AJ, Shuitis JD, Thio-Watts M. Solution-focused approaches to tobacco reduction with disadvantaged prenatal clients. *J Community Health Nurs* 1999; 16: 165-77.
58. Fiore MC. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respir* 2000; 45: 1200-62.
59. Wakefield M, Jones W. Effects of a smoking cessation program for pregnant women and their partners attending a public hospital antenatal clinic. *Aust NZ J Public Health* 1998; 22: 313-20.
60. McBride CM, Curry SJ, Grothaus LC, Nelson JC, Lando H, Pirie PL. Partner smoking status and pregnant smoker's perceptions of support and likelihood of smoking cessation. *Health Psychology* 1998; 17: 63-9.
61. Mullen PD, Richardson MA, Quinn VP, Ershoff DH. Postpartum return to smoking: who is at risk and when. *Am J Health Behavior* 1997; 11: 323-30.
62. Ko M, Schulken ED. Factors related to smoking cessation and relaps among pregnant smokers. *Am J Health Promotion* 1998; 22: 83-9.
63. DiClemente C, Mullen PD, Poliak KI, Sockrider MM, Stotts AL. Intervention effects on pregnant quitters' partners' smoking. Proceeding of the annual meeting of the Society of Behavior Medicine, New Orleans, 9-12 March, 1998.
64. Appleton PL, Pharoah POD. Partner smoking behavior change is associated with women's smoking reduction and cessation during pregnancy. *Br J Health Psychology* 1998; 3: 361-74.
65. Quinn VP, Mullen PD, Ershoff DH. Women who Stop smoking spontaneously prior to prenatal care and predictors of relaps before delivery. *Addictive Behaviors* 1991; 6: 153-60.
66. Panjari M, Bell RJ, Astbury J, Dalais F, Rice GE. Women who spontaneously quit smoking in early pregnancy. *Aust NZ J Obstet Gynaecolog* 1997; 37: 271-8.
67. Fingerhut LA, Kleinman JC, Kendricks JS. Smoking before, during and after pregnant. *Am J Public Health* 1990; 80: 541-4.
68. Stotts A, DiClemente CC, Carbonari JP, Mullen P. Pregnancy smoking cessation: a case of mistaken identity. *Addictive Behaviors* 1996; 21: 459-71.
69. DiClemente CC, Dolan-Mullen P, Windsor RA. The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tab Control* 2000; 9: III 16-21.
70. Joslin KA, Fleszar GJ, Malone NT, Owens SK. Report of two smoking cessation programs: telephone intervention and group sessions. *HMO Pract* 1995; 9: 134-7.