



## Contexte de vie et arrêt du tabac

22ème Journée Scientifique  
Maternité Sans Tabac (MAT'AB)  
**Mercredi 16 octobre 2019**

### **Femmes enceintes précaires et tabac**

Cathy Meier  
Sage femme tabacologue Pau  
DU Périnatalité et addictions

# Précarité

## Instabilité, insécurité

- Comment créer un attachement sécurisé?
- => Pbs psy de l'enfant puis adulte, addictions...

## Pauvreté, pbs financiers

- Dossiers CAF, CPAM non mis à jour
- AAH
- Endettement...
- => Aggravation avec le tabac

## Précarité du lien social

- Ruptures familiales, conjugales, isolement
- Réseaux sociaux (fictifs)
- Solitude
- Violences...
- => ↓ Estime de soi

## Autres formes

- Handicap
- Addictions
- Maladies chroniques, psychiatriques...

Grossesse à risque

# Conséquences Précarité

Cs tardives, irrégulières, renoncement aux soins ou refus discriminant du soin ou peur du jugement	Accouchements prématurés, souffrance foétale, infections, RCIU, PPN...
Enquête INSERM U149, hôpital L. Mourier	Risques de séquelles
CG PMI 93	Morts-nés et transfert du NN en néonatalogie
Am J ObstetGynecol 2005; 192:S1-70	Mortalité infantile X >2 Mortalité maternelle X 4 Noirs aux USA vs Blancs non hispaniques
Bonnefoi C et coll, PMI Paris-1997	Enfants placés: 10%
Enquête Europop 16 pays	Violences familiales: 2,7% groupe « préma » vs 1,7 groupe témoin (OR=1,73 (1,35-2,22))
Pickett and Pearl, 2001 et 2010 Blumenshine et al, 2010	Pbes de santé et conséquences périnatales

# Conséquences précarité + addictions

- ↑ de 38% de morts-nés<sup>123</sup>
- ↑ de 31% de la mortalité infantile<sup>123</sup>
- Aggravation du risque de petits PN<sup>4</sup>
- Dublin<sup>5</sup>: 652 fumeuses en début de G. 3 visites: V1 à la 1ère visite, V2 entre 28 et 32 SA et V3 1 semaine après la naissance
  - ⇒ Arrêts complets aux 3 V: + 288g (95% CI: 153-423g)  $p < 0,001$
  - ⇒ Arrêts partiels: 147g (95% CI: 50-244g)  $p < 0,003$
  - ⇒ Arrêts partiels : ↑ PN que chez les filles : 218g (95% CI: 81-355)  $p = 0,002$



<sup>1</sup>Green NS and al, 2005

<sup>2</sup>Miller DP and al, 2001

<sup>3</sup>Gray R and al, 2009

<sup>4</sup>Murrin C et al, 2007

<sup>5</sup>Hayes C et al, 2016



# Difficultés pour les études



- Evaluation du score EPICES non réalisée
  - Taux de rétention faibles dans les études: femmes seules, peu d'études, usage d'alcool et drogues, sans travail et pas dans un programme Women Infants and Children<sup>1</sup>
  - Wen et al:
    - Grossesse: ↑absentéisme dans les études en lien avec le nombre de cig
    - Postnatal: ↑absentéisme avec un bas niveau d'étude et un haut niveau de sentiment d'efficacité personnelle
    - Reports de RV fréquents si nombreux enfants à la maison<sup>2</sup>
- => Haut niveau d'abandon, perte de temps, données manquantes, les + en difficulté ne viennent pas: études + chères et -fiables
- Déclaratif : sous-évalué avec le même décalage selon tous les statuts socio-économiques (SSE)<sup>3</sup>

<sup>1</sup>El-Khorazaty MN et al, 2007

<sup>2</sup>Wen KY et al, 2012

<sup>3</sup>Graham H, 2003

# Epidémiologie

- Comportement associé à la pauvreté<sup>1</sup>: **Marqueur social de pauvreté**
- **Indigènes enceintes** d'Australie<sup>2</sup>, Nouvelle-Zélande<sup>3</sup>, USA<sup>4</sup> et Canada<sup>5</sup>
  - Prévalence élevée, polyconsommations
  - En lien avec la colonisation, niveau socio-économique, marginalisation, souffrances, deuils
- **Corrélation forte** avec les conditions socio-économiques<sup>6,7</sup>
- **FE fumeuses en France: BEH**
  - + faible niveau d'étude, bas revenus et âge >30 ans<sup>8</sup>
  - Multipare, 30-35 ans, étudiante ou au foyer, bas revenus, réaction + négative à la G, nbre de cig avant la G, région<sup>9</sup>
- **Fundamental Cause theory : une explication?**<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Chamberlain C et al, 2017

<sup>2</sup>Li Z et al, 2011. In: National Perinatal Epidemiology and Statistics Unit (Ed.), Australia's Mothers and Babies 2009

<sup>3</sup>Dixon L et al, 2009

<sup>4</sup>National Center for Health Statistics, 2012. Health, United States, 2011

<sup>5</sup>The First Nations Information Governance Centre, First Nations Regional Health Survey(RHS), 2012.

<sup>6</sup>Schneider S et al, 2008

<sup>7</sup>Hiscock R et al, 2012

<sup>8</sup>Bourdillon F, 2018

<sup>9</sup>Demiguel V et al, 2016

<sup>10</sup>Dias-Damé JL et al, 2015

# Une diminution de la prévalence moins nette

- Brésil<sup>1</sup>: n=7572. Etude de la prévalence du tabagisme en 2007, 2010 et 2013
  - Avant la G: 28% en 2007 => 22% en 2013 (p<0,001)
  - Pendant la grossesse: 22% => 18% (p<0,001)
  - Réduction de la prévalence pdt la grossesse
    - 17% pour les + pauvres vs 35% pour les + riches (p<0,001)
    - ↓ importante: revenus élevés (p<0,05), 9 à 11 ans d'études (p<0,05), peau blanche (p=0,001) et les + jeunes (p<0,05)
- Diminution cohérente entre les pays malgré les différences socioéconomiques<sup>23</sup>

<sup>1</sup>Dias-Damé JL et al, 2015

<sup>2</sup>Moshin M et al, 2011

<sup>3</sup>Tong VT et al., 2009

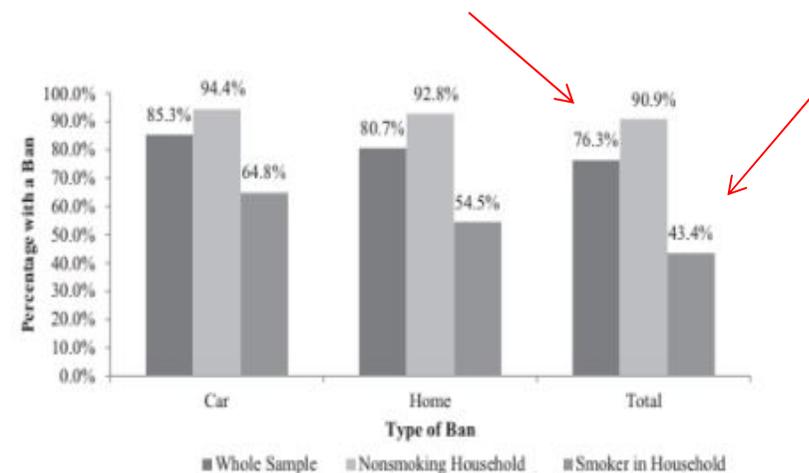
# Exposition au tabagisme passif

- + à risque d'exposition au TP dans leur maison et environnement<sup>12</sup>
- Chine<sup>3</sup>: 10 000 singletons dont 49% de pères fumeurs  
=> risque ↑ de 98% de prématurité < 32 SA (OR= 1,98 (95% CI: 1,41-2,76) p= 0,0014  
=> dose-dépendant  
=> non retrouvé après 32 SA?
- Texas<sup>4</sup>: n=820.

## Dans les foyers fumeurs

### TP surtout

- si FE fume
- si > 1 fumeur dans la maison
- à la 1<sup>ère</sup> grossesse



**Figure 1.** Percentage of women reporting a home, car, and total smoking ban in the full sample and in the subsamples of women with and without a smoker in the home. A total ban was defined as not allowing indoor home and car smoking.  
*Note.* Data were collected from April 2011 to August 2012 in Houston, TX.

<sup>1</sup>Rowa-Dewar N et al, 2015

<sup>2</sup>Moore GF et al, 2012

<sup>3</sup>Qiu J et al, 2014

<sup>4</sup>Stotts AL et al, 2014

# Qui arrête? Qui continue?

- La part attribuable au tabagisme maternel: éducation=0,5
  - ↑si études techniques vs circuit général
  - 2,2 à 43,8% en fonction du niveau scolaire<sup>1</sup>
- République Dominicaine<sup>2</sup>: soignants non conscients des risques et non formés au sevrage

**Table 5** Determinants of cessation during past or current pregnancy

Variable	Odds ratio	95 % CI
Ability to read/write (yes vs. no*)	3.08	(1.17, 8.135)
Tobacco growing community (yes vs. no*)	2.83	(1.14, 7.01)

\* Indicates reference group

**Table 3** Determinants of smoking during past or current pregnancy

Variable	Odds ratio	95 % CI
Age (18–39 vs.40–60+)*	3.367	(1.98, 5.74)
Religion (catholic vs. non-catholic*)	2.973	(1.13, 7.84)
Ability to read/write (yes vs. no*)	0.507	(0.31, 0.84)
Mother tobacco use (yes vs. no*)	3.603	(2.31, 5.62)

\* Indicates reference group

- + grand stress et – de ressources associés à un + grand nombre de cig au 3ème trimestre (p=0,05)<sup>3</sup>
- + de risques psycho-sociaux et de comportements=> ↑prévalence<sup>4</sup>
- Hard Core smokers: consommation + forte de 30%<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Härkönen J et al, 2018

<sup>2</sup>Torres E.T. et al, 2014

<sup>3</sup>Weaver K et al, 2008

<sup>4</sup>El-Mohandes AAE et al. 2011

<sup>5</sup>Molinard R, 2011

# Vivre en zone défavorisée

- Contribue à une mauvaise santé et à des comportements à risque<sup>1</sup>
- ↑ pathologies périnatales<sup>12</sup>
- Fortement modéré par le SSE individuel<sup>3</sup>
- Confiance et participation au réseau social<sup>34</sup>
- **Finlande**<sup>5</sup>: 337876 singletons de 2005 à 2010
  - Tabagisme: 15,3% et 5,4 fois plus chez les + bas SSE
  - Zones défavorisées: jeunes, nullipares et ouvrières
    - 53,7% + à risque de fumer // zones SSE moyen
    - 71,5% // zones SSE élevé
    - Rôle de l'éducation ( $p \leq 0,001$ ) et des revenus ( $p \leq 0,001$ )



<sup>1</sup>Pickett KE et Pearl M.

<sup>2</sup>Blumenshine P et al, 2010

<sup>3</sup>Mohnen SM et al, 2011

<sup>4</sup>Nieminen T et al, 2013

<sup>5</sup>Räisänen S et al, 2014

# Sd anxio-dépressifs<sup>12</sup>

- Coleman-Cowger<sup>1</sup>: différences entre celles qui arrêtent en début de G (n=40) et celles qui continuent (n=86): Cotinine+PSS (Perceived stress Scale) et EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)
  - Abus de substances (p=0,02)
  - Dépendance au tabac (p=0,00)

**Table 2**

Prediction of Smoking Status at Intake Using Stepwise Logistic Regression Analysis

Independent variable	$\beta$	Standard Error $\beta$	Wald Chi-Square	95.0% CI	p	OR (95CI)
<i>Intercept</i>	4.151	1.417	8.582	1.374;6.928	.003	
<b>Postnatal Depression Scale</b>	0.083	0.038	4.872	0.009;0.156	<b>.027</b>	1.086 (1.009;1.169)
<b>Readiness to quit</b>	-0.053	0.015	12.242	(-0.083);(-0.023)	<b>.000</b>	0.948 (0.920;0.977)
<b># of children</b>	0.391	0.156	6.260	0.085;0.697	<b>.012</b>	1.478 (1.088;2.008)

Note: (Distribution: BINOMIAL, Link function: LOGIT Modeled probability that Smoking status = smoker)

**=> PEC Sd dépressif + ↑promptitude à arrêter de fumer**

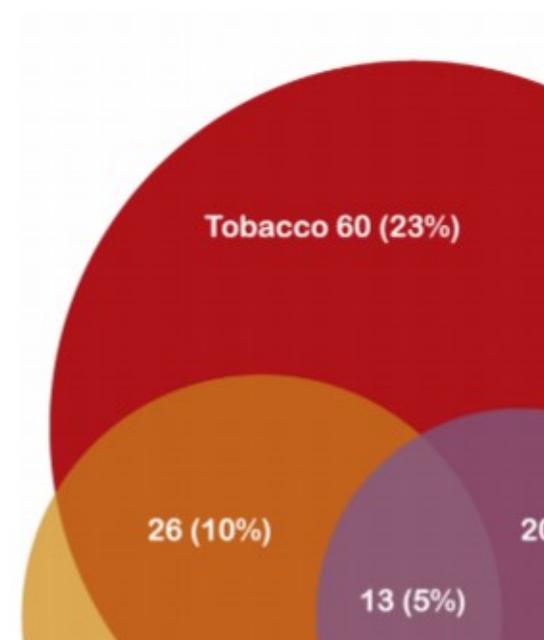
<sup>1</sup>Coleman-Cowger VH et al. Factors associated with early pregnancy smoking status among low-income smokers. Matern Child Health J. 2016 May; 20(5): 1054-60

<sup>2</sup>Peretti\_Watel P et al. 2009. Poverty as a smoking trap. Int. J. Drug Policy 20, 230-6

# Tabac, alcool et cannabis pendant la grossesse

- Association forte entre fumer du tabac et consommer de l'alcool et du cannabis<sup>123</sup>
  - Si arrêt tabac=>↑chances d'arrêt alcool et joints<sup>1</sup>
  - Si arrêt alcool=> ↑chances d'arrêt des joints<sup>1</sup>
  - Si début tabac, alcool ou joints <15 ans<=> utilisation régulière de plusieurs produits<sup>1</sup>
  - Si usage régulier ≥ 2 produits : le nombre d'années de scolarité et l'âge de l'initiation significatifs
- Repérer et PEC communautaire et globale des femmes

## Etude de Passey



<sup>1</sup>Passey ME et al. Tobacco, alcohol and cannabis use during pregnancy : Clustering of risks. Drug and Alcohol Dependence 134 (2014)44-50

<sup>2</sup>Zubrick et al, 2004. The Western Australian Aboriginal Child Health Survey: The Health of Aboriginal Children and Young People. Telethon Institute for Child Health Research, Perth, 1-333

<sup>3</sup>Muckle G et al, 2011. Alcohol, smoking , and drug use among Inuit women of childbearing age during pregnancy and the risk to children. Alcohol. Clin. Exp. Res. 35, 1081-1091

# Revue de Julie Boucher et de Anne TM Konkle<sup>1</sup>

- **Faibles revenus, moins éduquées et sans travail**
  - Canada<sup>2</sup>, Australie<sup>3</sup>, Islande<sup>4</sup>, USA<sup>5</sup>, Ecosse<sup>6</sup>, Finlande<sup>7</sup>
  - Beaucoup de stress=> cig considérée comme relaxante<sup>8</sup>
- **Soutien social**
  - Conjoint: statut tabagique<sup>9</sup>, stabilité du lien<sup>10</sup>, femme seule<sup>11</sup>, gay<sup>12</sup>
  - Violences<sup>13</sup>, 1 conflit avec 1 personne: Risque augmenté de 67% de rester fumeuse pendant la grossesse<sup>11</sup>
  - Environnement fumeur<sup>14</sup>
- **Dépendance**<sup>15</sup>
- **Culture:** Aborigènes<sup>16</sup>, stress élevé<sup>17</sup>, ruralité<sup>18</sup> (accès aux soins difficile, outils d'arrêt non adaptés, rites)
- **Santé mentale**
  - prévalence X2 si dépression<sup>19</sup>
  - si ≥3 stress dans l'année: ↓ par 2 des arrêts, automédication pour maladies psychiatriques<sup>20</sup>
  - si dépression et sevrage pris en charge => amélioration des sevrages et de la dépression<sup>21</sup>
- **Service de santé:** visions négatives<sup>22</sup>, soignants non aidants<sup>3</sup>

- <sup>1</sup>Boucher J et Konkle TM. Understanding Inequalities of Maternal Smoking-Bridging the Gap with Adapted Intervention Strategies. *Int.J.Environ.Res.Public Health* 2016,13,282
- <sup>2</sup>CUI Y and al. Smoking during pregnancy: Findings from the 2009-2010 canadian community health survey. *Plos ONE* 2014, 9, e84640
- <sup>3</sup>Hoekzema L and al. Smoking rates and smoking cessation preferences of pregnant women attending antenatal clinics of two large australian maternity hospitals. *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* 2014, 54, 53-8
- <sup>4</sup>Erlingsdottir A and al. Smoking during pregnancy: Childbirth and health study in primary care in Iceland. *Scand. J. Prim. Health Care* 2014, 32, 11-6
- <sup>5</sup>Gyllstrom ME and al. The association of maternal mental health with prenatal smoking cessation and postpartum relapse in a population-based sample. *Matern. Child Health J.* 2012, 16,685-93
- <sup>6</sup>Tappin DM and al. Smoking prevalence and smoking cessation services for pregnant women in Scotland. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy* 2010, 5, 1-10
- <sup>7</sup>Räisänen S and al. Smoking during pregnancy was up to 70% more common in the most deprived municipalities- A multilevel analysis of all singleton births during 2005-2010 in Finland. *Prev. Med.* 2014, 67, 6-11
- <sup>8</sup>Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation : Health Equity through Action on the Social Determinants of Health; WHO: Geneva, Switzerland, 2008; pp.1-248
- <sup>9</sup>Solomon L et Quinn V. Spontaneous quitting: self-initiated smoking cessation in early pregnancy. *Nicotine Tob.Res.* 2004; 6(Suppl2): S203-S216
- <sup>10</sup>Smedberg J and al. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: A cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15European countries. *BMC Preg. Chidbirth* 2014, 14, 16
- <sup>11</sup>Pickett KE and al. The psychosocial context of pregnancy smoking and quitting in the millennium cohort study. *J. Epidemiol. Community Health* 2009, 63, 474-80
- <sup>12</sup>Reczek C and al. Cigarette smoking in same –sex and different-sex unions: The role of socioeconomic and psychologic factors. *Popul. Res. Policy Rev.* 2014, 33, 527-51
- <sup>13</sup>Perreira KM and al. Race/ethnicity and nativity differences in alcohol and tobacco use during pregnancy. *Am. J. Public Health* 2006, 96, 1629-36
- <sup>14</sup>Ward KD and al. Characteristics and correlates of quitting among black and white low-income pregnant smokers. *AM. J.Health Behav.*2006,30,651-62
- <sup>15</sup>Schneider S and al. Smoking cessation during pregnancy: A systematic literature review. *Drug Alcohol Rev.* 2010, 29, 81-90
- <sup>16</sup>Moshin M and al. Socio-demographic factors associated with smoking and smoking cessation among 426,344 pregnant women in New South Wales, Australia. *BMC Public Health* 2005, 5, 138
- <sup>17</sup> Gould GS et al. Knowledge and views about maternal tobacco smoking and barriers for cessation in aboriginal and torres strait islanders: A systematic Review and meta-ethnography. *Nicotine Tob. Res.* 2013, 15, 863-74
- <sup>18</sup>Borland et al. Exploring the adequacy of smoking cessation support for pregnant and pospartum women. *BMC Public Health* 2013,13,472
- <sup>19</sup> Kutlu MG et al. Nicotine addiction and psychiatric disorders. *Int. Rev. Neurobiol.* 2015, 124, 171-208
- <sup>20</sup>Gyllstrom ME et al. The association of maternal mental health with prenatal smoking cessation and postpartum relapse in a population-based sample. *Matern. Child Health J.* 2012, 16,685-93
- <sup>21</sup>McCullough JP. Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy. *J.Psychother.Integr.* 2000, 13, 241-63
- <sup>22</sup>Ingall G et al. Exploring the barriers of quitting smoking during pregnancy: A systematic review of qualitative studies. *Women Birth J.Aust.Coll.Midwives* 2010, 23, 45-52

# Croyances

- Grossesse comble un manque affectif=> vie familiale idéalisée<sup>1</sup>
- Reconnaisent l'addiction mais la minimisent : « c'est la volonté qui fait tout! »<sup>2</sup>
- Forte confiance en elles<sup>3</sup>
- Cig réduit le stress et permet de se détendre<sup>4</sup>
- Minimisent les effets sur la santé et celle du bébé  
=> la réduction est acceptable<sup>4</sup>
- « Les TNS ne sont pas efficaces »
- « Les patchs sont dangereux, c'est écrit dessus! »
- « Il ne faut pas arrêter d'un coup: c'est dangereux pour mon bébé »
- « Je ne veux pas me stresser pour ne pas stresser le bébé, je me limite»<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Mignot S, 2004

<sup>2</sup>Roddy E et al, 2006

<sup>3</sup>Wen KY and al, 2012

Wood L et al, 2008

<sup>5</sup>Dumas A, 2015

	<b>XXX + GROSSESSE = DANGER</b>
<b>Ne pas utiliser chez [mentionner les personnes concernées], sauf en l'absence d'alternative thérapeutique</b>	



# Freins

- Facteurs psycho-sociaux, culturels, économiques et biologiques
  - Amsterdam: n=8266 dont 1947 fumeuses à 12 SA: **Violence physique/sexuelle et la pression au travail**<sup>1</sup>
  - Faible estime de leur santé, le tabac coupe la faim et trompe l'ennui
  - Seul plaisir dans leur vie de privation<sup>2</sup>
- => Motivation externe le plus souvent
- Réticence à acheter leur traitement de sevrage<sup>3</sup>
  - Non à jour sur le plan administratif
- => ↓adhésion aux soins<sup>4</sup>
- Peu de connaissances des risques<sup>5</sup> mais la connaissance des risques ne change pas les comportements<sup>6</sup>



<sup>1</sup>Goedhart G et al, 2009

<sup>2</sup>Guignard R et al, 2010

<sup>3</sup>Siahpush M et al, 2006

<sup>4</sup>Coleman T and al, 2012

<sup>5</sup>Passey Me et al, 2010

<sup>6</sup>Harelick L et al, 2011

# Pénalisées



- G pas toujours programmée et/ou désirée<sup>1</sup>
- + de grossesses précoces<sup>23</sup> et quand ados ont des ressources  
↑ tabagisme maternel<sup>4</sup>
- 20% du budget consacré au tabac<sup>5</sup>
- Achat du tabac privilégié au détriment de la nourriture<sup>6</sup>
- Immigrées: la langue, les coutumes...
- Efficacité des campagnes de prévention mais pas chez les femmes défavorisées => aggravation des inégalité sociales<sup>789</sup>

<sup>1</sup>Chisolm MS, Cheng D, Terplan M, 2014

<sup>2</sup> Berrewaerts J, Noirhomme-renard F. 9 janv 2012

<sup>3</sup>Mignot S, 2004

<sup>4</sup>Kakuszi B et al. 2013.

<sup>5</sup>Peretti-Watel P et al, 2009

<sup>6</sup>Baha M, Le Faou AL, 2010

<sup>7</sup>Moshin M et al, 2011

<sup>8</sup>Moussa K et al, 2009

<sup>9</sup>Pampel FC, 2003

# Entretien motivationnel

Hayes CB et al (2013)	EM+IB	1000 patientes irlandaises vulnérables	Evaluation entre 28 et 32 SA, 3-4 mois et 7-9 mois PP NS
Lumley J et al (2009)	TCC+EM en début de grossesse	Revue de 8 études	Prévalence ↓ de 6 à 9% en fin de G
Bryce A et al (2007)	EM par sage-femme à domicile+TNS	Patientes précaires, rurales	12,7% non fumeuses à 12 mois
Parker DR et al (2007)	G1 : kit +vidéo G2:kit+incitations financières G3:id G2+ 3 EM par tel	1065 patientes précaires	Meilleurs résultats pour G3: 23% d'arrêts si 3 appels tel
Fiore et al (2008)	EM+/- médicament	The US Clinical Practice Guidelines	
Heckman CJ et al (2010)	EM vs control	Méta analyse de 5 études de femmes enceintes ou en post-partum	NS (meilleurs résultats pour la population générale)
Hettema JE & Hendricks PS (2010)	EM vs control	Méta analyse de 8 études de femmes enceintes ou en post-partum	NS. Utile si faible motivation ou si faible dépendance

# Cochrane



- Interventions psychosociales dans les pays à revenus élevés (preuves modérées à élevées)
  - ↑ > 35% de sevrages
  - ↑ de 56g du poids moyen des BB à la naissance
  - ↓ de 17% les BB de faible poids de naissance
  - ↓ de 22% les admissions immédiates en soins intensifs néonataux

	Preuve	Nbre d'études	RR	IC
Conseil	Bonne	30	1,44	95% (1,19 à 1,73)
Feedback+conseil	Modérée	2	4,39	95% (1,89 à 10,21)
Incitations	Haute qualité	13	2,36	95% (1,36 à 4,09)

# Prévention

- **Prévention : Cibler**
  - Les adolescentes de bas niveau social et du technique<sup>1</sup>
  - Les minorités ethniques<sup>2</sup>
  - Soins préconceptionnels importants<sup>3</sup>
- **Outils ciblés et adaptés à créer<sup>4</sup>**
  - Internet, réseaux sociaux...
- **Informier**
  - Les risques
  - Les possibilités d'aide
  - Les bénéfices de l'arrêt
- **Dénormaliser**



<sup>1</sup>Rogers J.M, 2009

<sup>2</sup>Moussa K et al, 2009

<sup>3</sup>Whitworth M, Dowswell T, 2009

<sup>4</sup> Wen KY et al, 2012





# B A BA de la prise en charge

- Accès facilité au traitement recommandé<sup>1</sup>
- Gratuité des traitements, voire distribution pour améliorer l'observance<sup>2</sup>
- Nécessité de doses élevées en nicotine<sup>3</sup>
- Associer timbres + formes orales ↑ chances d'arrêt<sup>4</sup>
- Absence ou oubli de RV => rappel
- Suivis en groupe: sophrologie
- PEC adaptée à la culture des femmes, de la famille et de l'environnement<sup>567</sup>
- RDR pour ↑ PN et ↓ exposition passive<sup>89</sup>
- Rôle proactif des professionnels formés<sup>10</sup>

<sup>1</sup>World Health Organization, 2001

<sup>2</sup>Le Faou AL, Baha M, 2014

<sup>3</sup>Dempsey D and al, 2002

<sup>4</sup>Brose LS and al, 2013

<sup>5</sup>Gould GS et al, 2013

<sup>6</sup>Ivers RG, 2004

<sup>7</sup>Borland et al, 2013

<sup>8</sup>Hiscock R et al, 2012

<sup>9</sup>Lumley J et al, 2016

<sup>10</sup>Training Enhancement in Applied Cessation Counselling and Health (TEACH), 2015



# Besoins de sécurité

- Santé mentale

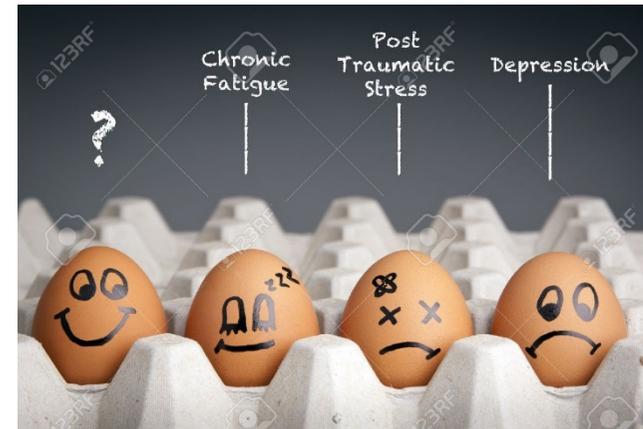
## Traitements médicamenteux

- Ne pas arrêter pendant la grossesse
- Adapter la molécule pdt la G et l'allaitement
- Bipolarité: parfois arrêt pdt la G ...mais reprise en postnatal

## Méthodes

EMDR, hypnose, ACT,  
cohérence cardiaque,  
Méditation, TCC, activité physique...

- Prévention et attention aux violences faites aux femmes



=> Travail en équipe pluridisciplinaire +++

Merci d'aider mes parents  
Merci de votre attention

