



# 17<sup>ème</sup> Journée MAT'AB



*FE MMES ENCEINTES ET  
NOUVELLES CONSOMMATIONS*

## A C T E S



**Lyon, 12 Juin 2014**

Actes de la conférence organisée par l'IRAAT  
Le 12 juin 2014 à Lyon

# ***FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS***

***Partenaires :  
Hospices Civils de Lyon***

***Laboratoires Pierre Fabre Santé  
Laboratoires EOLYS  
Laboratoires FIM***

**I.R.A.A.T  
Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie**

Hôpital de la Croix-Rousse, 103 Grande rue de la Croix-Rousse  
69004 Lyon - France  
Tél/Fax : +33 (0)4 78 42 59 18  
Email : [iraat-lyon@orange.fr](mailto:iraat-lyon@orange.fr)

## SOMMAIRE

<b>Ouverture</b> .....	4
<i>A-S Ronnaux-Barron</i>	
<b>Introduction</b> .....	5
<i>J-L. Touraine</i>	
<b>Session 1 : De nouvelles addictions ?</b> .....	9
<i>P-A. Migeon</i>	
<b>Naissances et premiers pas : la consultation « grossesse et addictions » du CSAPA de l'Hôpital de la Croix-Rousse</b> .....	10
<i>B. David</i>	
<b>La cigarette électronique : les recommandations et les interrogations actuelles</b> .....	16
<i>E. André</i>	
<b>Femmes enceintes et oralité, femmes enceintes et troubles du comportement alimentaire</b> .....	21
<i>P-A. Migeon</i>	
<b>Session 2 : Psychologie et grossesse</b> .....	29
<i>A-S. Ronnaux-Baron</i>	
<b>Connaissances et pratiques du personnel médical lors de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse hospitalisée pour grossesse pathologique</b> .....	30
<i>A. Vilboux</i>	
<b>Sevrage tabagique de la femme enceinte en situation de précarité sociale</b> .....	34
<i>M. Malécot</i>	
<b>Devant les nouvelles addictions et les nouveaux modes de consommations, quelle place pour les TTC chez la femme enceinte ?</b> .....	38
<i>M. Malécot</i>	
<b>Temporalité et conduites addictives à l'adolescence</b> .....	43
<i>M. Malécot</i>	
<b>Le débat de la session 2</b> .....	48
<i>E. André</i>	
<b>Conclusions</b> .....	50
<i>E. André</i>	

## OUVERTURE



**Anne-Sophie  
RONNAUX-BARON**  
Présidente de  
l'IRAAT

Bonjour à toutes et à tous.

J'ai l'honneur de vous accueillir pour cette 17<sup>e</sup> Journée, *Maternité sans Tabac* (MAT'AB) ayant pour thème cette année : *Femmes enceintes et nouvelles consommations*.

Votre présence, en tant que médecin, sage-femme, infirmière, psychologue, travailleur social ou chargé de mission, montre que la prise en charge du tabagisme - notamment celle des femmes enceintes - est complémentaire et pluridisciplinaire.

Avant de démarrer cette journée, je souhaite rendre hommage au Professeur Pierre DELORMAS, fondateur de l'Institut Rhône-Alpes de Tabacologie en 1999 avec le Docteur Gérard MATHERN et le Docteur Étienne ANDRÉ, ici présent.

Pierre DELORMAS est un précurseur de la fusion des régions puisque, dès 2006, nos amis de la région Auvergne (majoritairement présents aujourd'hui) nous ont rejoints. C'est ainsi que l'IRAT est devenu l'IRAAT, l'Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie.

Je voudrais également saluer la présence des représentants de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, le Docteur Dominique LEGRAND et Mme Marion SALETTES, et les remercier pour leur implication dans le domaine des addictions.

Enfin, je remercie vivement tous nos orateurs venus de Grenoble, Clermont-Ferrand et Lyon. J'espère que leurs propos et les différents échanges de cette journée vont nous permettre d'optimiser la prise en charge des femmes enceintes concernées par les addictions.

Toutes les diapositives projetées seront sur le site de l'IRAAT (sous réserve de l'accord des participants). Dans quelques semaines, il en sera de même de l'ensemble des interventions des orateurs puisque nous avons la chance d'avoir une sténotypiste en charge de la prise de notes. Cela vous permettra d'avoir à la fois le choc des photos mais aussi le poids des mots.

À présent, je laisse la parole au Professeur Jean-Louis TOURAINE, Député du Rhône et auteur du rapport sur l'*Évaluation des Politiques Publiques de Lutte contre le Tabagisme* paru en février 2013, qui nous fait le grand honneur d'être présent ce matin.

Je vous souhaite une excellente journée.

## INTRODUCTION



**Jean-Louis  
TOURAINE**  
Professeur de  
médecine  
Député du Rhône

Mesdames, Messieurs, chers amis,  
Je voudrais d'abord remercier l'Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie pour l'invitation et l'organisation de cette importante journée. Comme l'a indiqué Mme Anne-Sophie RONNAUX-BARON, la fusion des régions Rhône-Alpes et Auvergne est une anticipation sur l'évolution territoriale pour cette cause prioritaire qu'est la lutte contre le tabagisme, en particulier chez les femmes enceintes. C'est une cause majeure, la première de santé publique en France. Comme vous devez le savoir, dans notre pays, le tabagisme est la première cause de décès évitable avec 73 000 morts par an, soit 20 fois plus que les accidents de la route. Le sujet est donc d'importance même si on en parle beaucoup moins.

En France, la cause du tabagisme est née durant le XXe siècle. Auparavant, le nombre de fumeurs était si faible que le tabagisme ne représentait pas un problème de santé publique mais, dès la deuxième moitié du XXe siècle, le tabagisme et ses méfaits se sont développés à un niveau considérable. Dans un certain nombre de décennies, le monde parviendra sûrement à s'exonérer de ce poison plus grave que tous les autres, puisqu'un fumeur sur deux meurt de son tabagisme.

Lorsque le monde se sera libéré de ce grave poison, on ne comprendra certainement pas pourquoi il a été si difficile, si long et si laborieux d'arriver à en sortir. On accusera peut-être les autorités de notre temps de ne pas avoir déployé tous les moyens, l'énergie et les efforts possibles pour atteindre un objectif évident :

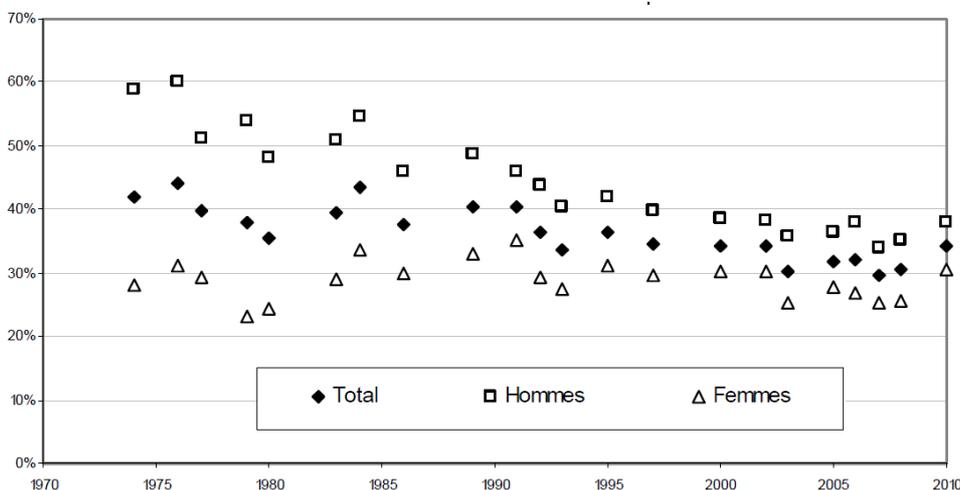
protéger les humains de cette cause de mortalité et de morbidité considérable.

Aujourd'hui, nous allons parler du sujet le plus important, de priorité absolue : le tabagisme chez la femme enceinte. La France doit rougir, avoir honte, d'être la lanterne rouge de l'Europe puisque c'est la France qui enregistre le taux le plus élevé de femmes enceintes fumeuses. Je n'ai pas besoin de vous en décrire les conséquences pour l'enfant, la mère et tout ce qui entoure la grossesse, vous les connaissez aussi bien que moi.

Malgré tous les efforts déployés, je tiens à louer celles et ceux d'entre vous qui, au quotidien, essaient de faire reculer ce grave fléau. J'ai conscience de toute l'énergie que vous déployez et des difficultés que vous rencontrez pour ce faire. C'est grâce à vous que la malédiction du tabagisme chez la femme enceinte commence légèrement à reculer en France qui, je le répète, est le pays européen le plus en retard dans cette évolution.

Depuis quelques décennies, un effort d'analyse, de réflexion et de recherche a été entrepris mais il demande à être complété car faire arrêter de fumer une femme enceinte n'est pas toujours facile. La démarche est différente pour une jeune femme de 18-19 ans et une femme de 38 ans ; la démarche est différente pour une personne dont les conditions socio-économiques sont favorisées et une personne en situation de précarité ; la démarche est différente si le mari ou le compagnon est fumeur ou non-fumeur. Pour appréhender la problématique du tabagisme chez la femme enceinte, il faut connaître et étudier ces différents paramètres, y compris les aspects psychologiques. Parce que nous sommes tous responsables à des degrés différents, nous devons développer des moyens supplémentaires pour atteindre cet objectif. C'est précisément le sujet que vous allez étudier au cours de cette journée.

### *Evaluation globale du tabagisme actuel entre 1975 et 2010* *Source CFES puis INPES*



Bien que je n'aie pas la prétention d'en savoir autant que beaucoup d'entre vous

qui êtes chaque jour sur le terrain et même si nul n'est besoin de vous en convaincre, je veux évoquer ici la nécessaire détermination que nous devons tous avoir ; je tiens à vous transmettre le besoin de faire rayonner cette cause autour de vous comme une priorité au sein de la société. Pour ce faire, il faut associer à la démarche :

# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

- Les personnels qui travaillent dans les maternités : sages-femmes, médecins, obstétriciens, soignants, etc., qui ont le devoir de conseiller mais également de montrer l'exemple ;
- Les personnes qui s'inscrivent de fait dans la boucle : médecins généralistes, pharmaciens, etc. ;
- Toutes les personnes qui constituent la société au sens large du terme.

Il est de notre responsabilité - et en particulier de la mienne - de convaincre les pouvoirs publics, y compris en temps de disette, d'apporter des moyens additionnels nécessaires.

Dire à une femme enceinte lors d'une consultation : « *Vous fumez, ce n'est pas bien* » ou « *Il vaudrait mieux fumer un peu moins* » ou « *Vous devez arrêter de fumer* », a généralement un effet nul ; vous le savez aussi bien que moi. Le fait est qu'il ne faut pas fumer du tout, et non fumer moins. Il ne s'agit pas de donner un conseil ou de faire une recommandation, il s'agit de déployer tous les moyens permettant en quelques jours ou en quelques semaines un sevrage complet. Même si les Pouvoirs publics ont déjà fait des efforts via le remboursement des dispositifs du sevrage entre autres, il faut aller plus loin au travers d'autres services, tels que les consultations ou la mise à disposition de moyens spécialisés dans le sevrage tabagique par exemple. Certains existent déjà mais ils ne sont pas proposés de façon suffisamment impérieuse. Lorsqu'une femme enceinte reconnaît son tabagisme dans le cadre de son suivi médical, elle doit immédiatement être suivie ; il faut immédiatement lui tenir un discours ferme pour la mener, voire l'obliger, à s'inscrire dans la démarche de sevrage en y associant son compagnon.

S'inscrire dans un processus de sevrage ne peut être que bénéfique pour tout le monde : pour le couple en lui permettant d'arrêter de fumer le plus rapidement possible et pour l'enfant à venir qui ne sera pas soumis à un tabagisme passif. Il faut leur expliquer qu'avec l'arrêt du tabagisme, nombre de méfaits vont disparaître du jour au lendemain, notamment le risque cardio-vasculaire. Il faut expliquer aux femmes que la pilule fait mauvais ménage avec le tabac. Je sais qu'il n'est pas nécessaire de vous en convaincre mais il est important de le répéter. Il nous faut trouver ensemble les moyens permettant à la femme enceinte qui fume de ne pas culpabiliser. Il faut lui permettre d'arrêter de fumer via une communication positive, en lui expliquant les bienfaits pour elle et son enfant car toute mère est attachée à la santé de son enfant.

Sans aller jusqu'à dire que nous parviendrons à résoudre totalement le problème, avant d'atteindre l'objectif ambitieux énoncé en préliminaire - que certains jugent peut-être naïf -, à savoir un monde entièrement concerné par le sevrage tabagique, je suis certain que si nous donnons les bonnes indications et si nous nous servons des moyens dont nous disposons, notre pays pourra occuper une place un peu plus digne que celle qu'il occupe actuellement au niveau européen.



N° 764

## ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 28 février 2013.

### RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 146-3, alinéa 6, du Règlement

PAR LE COMITÉ D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DES POLITIQUES PUBLIQUES  
SUR l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme

ET PRÉSENTÉ

PAR MM. DENIS JACQUAT ET JEAN-LOUIS TOURAINE

Députés.

S'agissant de la cigarette électronique, je laisse les prochains intervenants aborder le fond du sujet. Je peux néanmoins d'ores et déjà dire que, s'il s'agit d'un moyen moins dangereux que le tabagisme, on n'en connaît pas encore les effets à long terme. Il faut s'assurer que le vapotage n'entraînera pas une addiction chez des individus non tabagiques. Considérer la cigarette électronique comme un moyen de substitution transitoire au tabac en vue d'un sevrage définitif, en réduisant progressivement la dose de nicotine, est différent que de commencer par fumer la cigarette électronique. En effet, certains jeunes peuvent commencer par fumer la cigarette électronique alors qu'ils n'auraient peut-être jamais été "addicts" au tabac. Cet effet de mode n'a malheureusement pas que des effets bénéfiques. Dans la mesure où le sujet va être analysé dans la journée, je m'en tiendrai à ces quelques mots. Aujourd'hui, mon point est de renforcer notre conviction quant au fait que le non-tabagisme est un enjeu prioritaire. Nous devons partager cette nécessité avec toutes les femmes et les couples que nous rencontrons, afin de permettre aux futurs parents d'arrêter de fumer à l'occasion de l'événement formidable qu'est l'arrivée d'un enfant dans une famille. Il faut les convaincre qu'est venu pour eux le moment d'arrêter de fumer.

À nous de comprendre que certaines femmes veulent arrêter de fumer sans prendre de poids, donc qu'elles ont besoin de conseils diététiques.

À nous de comprendre que certaines femmes qui s'arrêtent de fumer peuvent récidiver. Le cas échéant, il ne faut pas les faire culpabiliser, il faut au contraire les encourager à essayer de nouveau, régulièrement, perpétuellement, jusqu'à atteindre le sevrage complet.

## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

À nous de comprendre que si le compagnon fume, il faut également l'en dissuader. Il faut éviter qu'il soit utilisé comme un prétexte à cause duquel la femme enceinte continue de fumer, alors que son tabagisme est tout aussi nuisible pour son enfant et pour elle-même.

Merci de votre attention.

Bonne journée et bon travail.

### La salle réagit...

#### Étienne ANDRÉ

##### Addictologue, Grenoble

Y a-t-il des questions dans la salle, des remarques ou des recommandations à l'attention de Monsieur TOURAINE que nous remercions pour son excellent rapport sur l'Évaluation des Politiques Publiques de Lutte contre le Tabagisme.

#### Jean-Louis TOURAINE

Après la parution de ce rapport, j'ai écrit à tous les obstétriciens pour identifier les difficultés de la mise en place des recommandations sur le terrain, je connais les difficultés de votre exercice. J'ai conscience qu'il n'est pas aisé de déployer toute l'énergie nécessaire pour atteindre l'objectif du sevrage, y compris au sein des maternités. Pour cette raison, il est impératif d'utiliser les moyens des Centres d'aide au sevrage tabagique et des autres services spécialisés. À cet effet, je vous exhorte à vous rapprocher de ces services afin de planifier des rendez-vous le plus rapidement possible après la consultation de la femme enceinte, de telle sorte qu'il y ait une prise en charge au travers de consultations spécialisées.

S'arrêter de fumer n'est pas le résultat d'une cause unique, la démarche intervient soit à cause d'un facteur émotionnel, soit suite à une réelle volonté. Les outils pour y parvenir sont nécessaires mais ils ne viennent qu'en complément.

Recommander à une femme enceinte d'arrêter de fumer dans le cadre d'une consultation n'est pas satisfaisant. La personne va peut-être s'arrêter durant 24 ou 48 heures mais cette recommandation permet rarement un sevrage définitif. Il est nécessaire d'utiliser les services les plus spécialisés et les plus compétents car le processus est difficile.

Pour conclure, il me semble important de souligner que les Pouvoirs publics, en particulier le ministère de la Santé, ont conscience de la difficulté à traiter le sujet. Grâce à Mme la Ministre Marisol TOURAINE, qui a fait de cette cause une grande priorité nationale, la loi sur la santé appelée à être promulguée devrait prévoir des dispositions. À l'occasion de la présentation du troisième Plan Cancer, bien que le cancer ne soit pas le seul effet du tabac, le Président de la République a consacré environ le quart de son discours à la seule cause du tabac, ce qui démontre à quel point c'est un des sujets prioritaires pour lui. Il a notamment annoncé une prise en charge du sevrage tabagique beaucoup plus élargie par la Sécurité sociale.

La position des pouvoirs publics en la matière est une réelle avancée mais elle ne suffira pas. La mobilisation de toutes les énergies, de toutes les volontés et de

tous les professionnels est indispensable. Si des outils supplémentaires vous sont nécessaires, réclamez-les, transmettez-les moi, et je relayerai vos demandes. Rien ne doit manquer à cette cause prioritaire.

#### De la salle

S'agissant des substituts nicotiques, l'Assurance Maladie participe aux frais engagés à hauteur de 150 € pour les femmes enceintes et 50 € pour les autres mais il faut d'abord avancer les frais. Or, certaines catégories de personnes ne peuvent pas le faire. On pourrait argumenter que, puisqu'elles achètent leurs cigarettes, elles peuvent avancer les frais, sauf que ce n'est pas toujours le cas, vu qu'il existe des circuits permettant d'avoir du tabac moins cher que dans le commerce. Je pense que les substituts nicotiques devraient être gratuits pour ces catégories de personnes sur la base de critères spécifiques.

Il me semble que des dispositifs de ce type ont déjà été expérimentés au sein de réseaux de santé et ils ont eu des effets positifs. Il serait donc pertinent de le relayer au niveau politique, notamment dans le cadre de la stratégie nationale de santé, d'autant qu'il me semble que le Haut Comité de la santé publique a prononcé la lutte contre le tabagisme et les autres addictions comme un axe prioritaire.

#### Jean-Louis TOURAINE

Vous avez raison, on doit tendre vers la mise en place de ce type de dispositifs.

La prise en charge à hauteur de 150 € ne devrait pas concerner uniquement les femmes enceintes mais tous les jeunes après avoir défini un âge limite, les bénéficiaires de la CMU, les personnes ayant été atteintes d'un cancer. Pour une catégorie de personnes élargie, bénéficier d'un remboursement de 150 € est nécessaire, d'autant plus pour celles qui entreprennent plusieurs périodes de sevrage car la première n'est pas toujours efficace.

Par ailleurs dans le temps, même s'il n'est pas possible de donner une date précise, la prise en charge des substituts nicotiques est appelée à se développer car elle a été perçue comme une nécessité, en particulier pour les couches socio-économiques défavorisées où il y a le plus de fumeuses et de difficultés à s'arrêter. Il est donc important que ces femmes n'aient rien à déboursier. L'argument consistant à dire que dans la mesure où elles achètent leurs cigarettes, elles peuvent payer les substituts nicotiques ne tient pas puisque tout le monde sait que des personnes qui achètent leurs cigarettes ou une cigarette électronique ne déboursaient pas, ne serait-ce que 2 €, pour un produit en pharmacie. C'est une réalité dont il faut tenir compte.

Restons pragmatiques, la question n'est pas de savoir où et comment les gens dépensent leur argent. Notre réflexion doit plutôt porter sur l'aide que l'on peut leur proposer pour s'arrêter de fumer sans avoir à avancer l'argent des frais. La démarche doit être totalement prise en charge. Dans les maternités, les outils nécessaires pour y parvenir doivent être mis à disposition sans difficulté.

## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

### De la salle

Il faut faire remonter cet avis au niveau de l'Assurance Maladie.

### Jean-Louis TOURAINE

Malgré mes efforts répétés, l'Assurance Maladie n'entend pas encore totalement que la prise en charge de la thérapie du tabac coûte beaucoup plus cher que tous les efforts de prévention. Certains l'ont compris mais ce n'est pas encore passé dans la pratique. Pour eux, les budgets sont quelque peu différents mais il est évident que dès la première année d'augmentation du sevrage, les bénéfices pour l'Assurance Maladie seront évidents. En effet, les femmes fumeuses sont exposées à l'infarctus du myocarde, mais le jour où elles arrêtent, ce n'est plus le cas. La seule diminution de ces accidents cardiovasculaires – dès la première année – représentera un bénéfice pour l'Assurance Maladie, sans parler de la diminution des pathologies, cancer et autres. Sur le plan économique, le résultat sera d'emblée bénéfique.



Dans le même ordre d'idées, on a des difficultés à convaincre "Bercy" que la diminution des taxes sur le tabac (15 milliards d'euros) est bien moindre que le coût du tabac (45 milliards d'euros) pour notre pays chaque année.

Pour réussir à convaincre, il faut le dire

et le répéter : tout le monde a intérêt – un intérêt économique et un intérêt humain – à faire reculer le tabagisme.

### De la salle

### Régine RENAUD, sage-femme tabacologue en PMI sur le Rhône.

Mon intervention rejoint la précédente : on arrive à motiver les femmes enceintes d'aller acheter des substituts nicotiniques, parce que c'est tout ce que l'on peut leur proposer pour l'instant. La difficulté est qu'elles n'ont pas toujours l'argent pour les acheter, même s'ils sont remboursés par la suite. Par exemple, j'ai proposé à une patiente de se rendre à l'Hôpital Lyon-Sud où mes collègues ont pris en charge sa consultation et les substituts nicotiniques mais il est parfois compliqué de mettre en place un suivi.

Du coup, on parvient à commencer le travail, c'est-à-dire que l'on arrive à motiver les patientes, mais la démarche est difficilement menée à son terme. La population rencontrée en PMI étant parfois confrontée à de grosses difficultés financières, il lui est difficile de s'inscrire dans la démarche de sevrage à cause de son coût.

### Jean-Louis TOURAINE

Dans la mesure où vous êtes deux à m'interpeller sur ce point et vu que la démarche est d'ores et déjà prévue, je m'engage à envoyer un courrier dès demain à la Ministre pour lui indiquer à quel point il est urgentissime de la mettre en œuvre le plus rapidement possible, et non dans quelques années.

### Anne-Sophie RONNAUX-BARON

Encore merci, Professeur Touraine, d'avoir pu dégager du temps pour être présent aujourd'hui malgré votre planning très chargé.

Je vous propose d'aborder notre première session.

Je laisse la parole à Pierre-Antoine MIGEON, notre modérateur de la matinée, qui va accueillir nos différents orateurs.

## SESSION I : DE NOUVELLES ADDICTIONS ?

**Président de la Session I**  
**Pierre-Antoine MIGEON**  
**Sage-femme Tabacologue**

Bonjour à tous

Je travaille à Bourg-en-Bresse en tant que sage-femme tabacologue et au sein de l'IRAAT. Comme modérateur de la matinée, j'ai pour mission de faire en sorte qu'on ne prenne pas de retard, voire qu'on rattrape celui déjà pris.

Dans le cadre de cette session, vont nous être présentés trois très intéressants exposés :

- Naissances et premiers pas : la consultation « grossesse et addictions » du CSAPA de l'Hôpital de la Croix-Rousse ;

- La cigarette électronique : les recommandations et les interrogations actuelles ;  
- Femmes enceintes et oralité, femmes enceintes et troubles du comportement alimentaire.

Dans un premier temps, j'ai le plaisir d'accueillir le Docteur DAVID, médecin addictologue aux HCL. En tant que responsable de l'unité Obstétrique et Addictologie, elle va nous parler de la consultation « grossesse et addictions » dont elle a la charge. Et, comme si cela ne suffisait pas, elle complète son temps plein en tant que généraliste auprès de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé

### Naissances et premiers pas : la consultation « grossesse et addictions » du CSAPA de l'Hôpital de la Croix-Rousse

Dr. Brigitte DAVID

Médecin Addictologue, Lyon

Je remercie tout d'abord les organisateurs de cette journée, de me permettre de présenter cette consultation, assurée par le CSAPA de l'Hôpital de la Croix-Rousse depuis maintenant deux ans avec beaucoup d'intérêt, d'enthousiasme et de plaisir. Afin de vous présenter cette consultation, je vais m'appuyer sur l'expérience débutante de cette activité et sur deux documents à caractère plus objectif.

Le premier document est une synthèse que je fais tous les six mois à partir des données recueillies pour chaque patiente. Dans le cadre de cette journée, j'ai fait une synthèse des deux premières années de fonctionnement. Pour moi, ce document est important car il permet d'évaluer le bien-fondé du travail effectué, de le présenter à nos financeurs, en particulier aux représentants de l'ARS, et à tous nos partenaires de qui émanent les besoins, les désirs et les idées pour les années suivantes.

Le deuxième document est un questionnaire élaboré à destination des sages-femmes de l'Hôpital de la Croix-Rousse dans le cadre de mon mémoire de DIU Périnatalité et Addictions rédigé l'année dernière.

C'est sur la base de l'ensemble de ce travail que se dégagent des pistes de progrès et des idées pour l'avenir.

A priori, il n'était pas évident qu'une telle consultation s'installe au sein d'un CSAPA car ce n'est pas le modèle le plus habituel en France. Les consultations grossesse et addictions existent plutôt au sein des équipes de liaison ou des maternités. Il a donc fallu évaluer le bien-fondé de l'ouverture de cette consultation au sein d'un CSAPA, le bien-fondé de notre mode de fonctionnement et le bien-fondé de la prise en charge des femmes dépendantes.

#### Le contexte des Hospices Civils de Lyon

Les Hospices Civils comptent trois grandes maternités, dont deux de niveau III :

- La maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse assure au moins 4 000 naissances par an. Au moment de la mise en place de la consultation grossesse et addictions au printemps 2012, elle a ouvert une unité Kangourou ;
- La maternité de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant ;
- La maternité de niveau IIB au Centre hospitalier Lyon-Sud.

Toutes ces maternités, comme un grand nombre d'autres, sont réunies au sein du réseau de périnatalité AURORE, coordonné par le Professeur RUDIGOZ. Il nous a apporté une aide extrêmement précieuse à l'ouverture de la consultation. Aujourd'hui, il nous apporte encore son soutien et son aide, avec les coordinatrices du réseau, pour faire connaître cette

consultation.

Deux Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

En matière d'addictologie, nous avons deux CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) : l'un à l'Hôpital de la Croix-Rousse où la consultation grossesse et addictions a été mise en place et l'autre à l'Hôpital Édouard Herriot, ainsi que quatre Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA), dont une à l'Hôpital Femme-Mère-Enfant, qui s'est donné des missions analogues aux nôtres, à savoir d'accompagnement et de prise en charge des femmes enceintes dépendantes de l'alcool et des drogues.

#### Les fondements de la mise en place de la consultation

Est-il besoin de rappeler les documents émis par la Haute Autorité de Santé et le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies. Il est clair que nous avons hérité d'une tradition d'hospitalité et d'accueil de la précarité de l'Hôtel-Dieu, où étaient situés le CSAPA et une maternité, avant qu'ils ne ferment en octobre 2010.

La véritable impulsion a été donnée au moment où le CSAPA s'est installé à proximité de la maternité de niveau III de l'Hôpital de la Croix-Rousse, où exerce en néonatalogie le Professeur PICAUD. Il avait déjà une expérience dans le domaine à Montpellier et il a été à l'origine de la journée Parentalité, périnatalité et usage de drogues en 2011.

#### Naissances de la consultation « grossesse et addictions »

À partir du moment où le projet a été écrit, j'ai disposé de trois mois pour identifier des idées sur ce qui devait être fait. Pour ce faire, je me suis basée sur le rapport d'activité du CSAPA qui avait pris en charge l'année précédente 9 femmes enceintes. J'ai également interrogé les femmes que j'ai reçues en consultation durant ces trois mois. C'est à l'issue de cette période que j'ai demandé que soient intégrées dans le cadre de cette consultation – au départ destinée à ne prendre en charge que des femmes enceintes – des femmes ayant un désir de grossesse.

Sur les figure 1 et 2, vous avez une vue de nos installations, notamment une ancienne chambre de malade transformée en bureau avec un coin d'attente spécifique pour l'accueil de ces femmes. Au départ, on pensait accueillir des femmes de profils différents de notre clientèle habituelle de toxicomanes, souvent très marginalisées et très dés-insérées. Il s'avère au fil du temps que ce coin attente est surtout utilisé pour récupérer la documentation mise à disposition. Les

## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

femmes fumeuses acceptent très volontiers de cohabiter avec la clientèle habituelle du CSAPA, ce qui amène un peu d'humanité, de sérénité dans ce lieu d'attente où s'exprime parfois beaucoup d'impatience.

**Figure 1 : Bureau médical**



### A qui s'adresse la consultation ?

La consultation grossesse et addictions s'adresse aux femmes dépendantes, consommatrices d'alcool ou de produits illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, etc.), qu'elles soient enceintes, qu'elles aient le désir plus ou moins clair d'une grossesse ou qu'elles aient déjà accouché. Un certain nombre de demandes émane de la maternité pour des femmes ayant déjà mis au monde un enfant qui, dans les jours suivant la naissance, a présenté un syndrome de sevrage, ou pour des femmes qui ont brusquement manqué de médicaments, de cannabis ou d'alcool. Lorsqu'elles expriment la demande auprès des sages-femmes de la maternité, je leur rends visite et puis elles sont suivies en consultation au CSAPA.

La consultation s'adresse également aux professionnels et, puisque notre base de départ est le réseau AURORE, qui est un réseau régional, je réponds à toutes les demandes émanant des professionnels de santé (médecins ou autres), même s'ils sont relativement éloignés, par mail ou par téléphone. Il m'est arrivé de répondre à des demandes issues de la Haute-Savoie, de l'Ain ou de l'Isère pour des patientes qui ne se déplaceront pas jusqu'au CSAPA mais pour lesquelles les professionnels ont envie d'échanger et de partager leurs expériences. C'est d'ailleurs ce qui m'avait amené à élaborer un document d'information à destination des femmes ainsi qu'un questionnaire pour les salles d'attente. N'hésitez pas à me les demander si vous les souhaitez.

### Deux spécificités

① Le CSAPA de l'Hôpital de la Croix-Rousse, qui n'a pas pour vocation d'accueillir des personnes en difficulté avec l'alcool, ces dernières sont prises en charge par l'ELSA dans le même hôpital. En effet, compte tenu des dangers du tabac sur la grossesse et l'enfant à naître, il nous a semblé impossible de prendre en compte ce produit dans le cadre particulier

de la grossesse. Le CSAPA de l'Hôpital de la Croix-Rousse a pour vocation d'accueillir exclusivement les femmes relevant de l'ensemble des maternités du réseau AURORE (maternités publiques ou privées). En effet, nous nous interdisons de prendre en charge les patientes de l'Hôpital Femme-Mère-Enfant dans la mesure où il existe en son sein une offre analogue à la nôtre. Je profite de cette spécificité pour souligner le lien très important que nous avons avec les coordinatrices du réseau AURORE sans lesquelles nous n'aurions sans doute pas pu suivre des femmes de Villefranche, si la maternité ne faisait pas partie de ce réseau AURORE.

② L'objectif essentiel de la consultation grossesse et addictions est de limiter le plus possible les conséquences de la consommation de drogues ou d'alcool sur la grossesse et l'enfant à naître par un accès rapide et adapté à des consultations d'addictologie. L'accès rapide n'est pas une notion évidente pour un CSAPA, en général, on aime prendre du temps avant d'accueillir les futurs patients. Cela dit, il est évident que lorsqu'une femme enceinte ou venant d'avoir un enfant téléphone, on essaie de la recevoir dans la semaine qui suit sa demande. Même si la consultation n'est pas particulièrement longue, elle permet d'établir un premier lien et de donner un rendez-vous plus conséquent ( $\approx$  1 heure).

De cet objectif découle notre participation dans le cadre du suivi de la grossesse et l'accompagnement de la mère, avec une attention particulière sur les liens appelés à se développer entre la mère et l'enfant qu'elle porte, entre le père et la mère, entre la maman et l'enfant né. Ce n'est malheureusement pas toujours possible mais j'invite volontiers le père à prendre part aux consultations et à être présent lorsque je rends visite à la maman à la maternité. Après l'accouchement, j'invite également les mamans à revenir avec les jeunes enfants afin de parler de l'enfant et de se faire une idée sur ce qu'il peut se passer au sein de la famille dans ces situations particulièrement difficiles.

### Pluridisciplinarité et travail en réseau

Notre fonctionnement appelle deux maîtres mots : la pluridisciplinarité et le travail en réseau.

S'agissant de la pluridisciplinarité, on a volontairement mis en place un dispositif léger. Pour moi, cette légèreté est un atout car elle est aussi la condition d'une grande souplesse dans l'organisation. La consultation est assurée par deux médecins et une psychologue, Mme NICOD, qui assure également des consultations et un travail de liaison.

L'esprit de cette consultation n'est pas que la nôtre, elle est assurée par tout un service. Cela permet, d'une part, d'offrir un grand éventail de compétences aux patientes puisqu'elles peuvent être reçues par un infirmier, une assistante sociale et un autre médecin du service en mon absence, d'autre part, de garantir une continuité des soins ; il n'y a pas de rupture. Si une patiente a manqué un rendez-vous ou si elle a besoin d'un rendez-vous supplémentaire, elle a la possibilité de venir au CSAPA du lundi au vendredi.

S'agissant du travail en réseau, il faut savoir que la prise en charge d'une femme enceinte toxicomane

# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

nécessite un travail en réseau qui se construit au cas par cas, à partir des besoins et désirs de la femme accueillie, pour essayer de prendre un ancrage le plus important possible ; un ancrage dans le présent pour permettre d'organiser le futur proche, c'est-à-dire la naissance et l'accueil de l'enfant, parfois loin d'avoir été désiré.

La place prise durant la consultation dépend du réseau personnel de la patiente. Cette place peut être un simple échange de quelques messages ou appels téléphoniques avec des professionnels choisis par la patiente parce qu'elle les connaît (médecin traitant, sage-femme, obstétricien, gynécologue, etc.) ou une prise en charge chaque semaine jusqu'à la fin de la grossesse, sachant qu'elle peut ne rien avoir, pas même de logement, et être complètement dés-insérée. Dans ce cas de figure, j'assure le suivi complet de la grossesse jusqu'à la prise de relais par la maternité, la plupart du temps la maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse.

La périodicité des consultations, la durée de la prise en charge, le travail de liaison, tout va être réalisé en lien via le réseau mis en place spécifiquement pour ces femmes. Je vous assure que lorsque je dis à une patiente : « C'est vous qui choisissez. Je ferai en fonction de ce que vous me demandez et de ce que vous avez choisi », je vois souvent son visage s'éclairer. Beaucoup d'entre elles craignent d'être noyautées et prises en charge de façon autoritaire par des personnes qu'elles n'ont jamais rencontrées. À l'inverse, des femmes peuvent avoir envie que le travail soit complètement mené par le CSAPA.

J'insiste sur le fait qu'un de nos atouts est de pouvoir fonctionner dans la durée. Notre rôle est d'assurer une présence jusqu'à l'accouchement et de dire dès le départ à une femme : « Vous pouvez rester aussi longtemps que vous aurez besoin de nous et vous pouvez partir quand vous voulez. Si vous avez besoin de rester durant des années, vous le pouvez, le CSAPA ne partira pas ». Il est important d'essayer de construire un lien pas à pas, ce qui n'est pas toujours facile car les femmes ont souvent des a priori négatifs qu'il faut faire tomber, avec les sages-femmes ou les puéricultrices des PMI ou par l'intermédiaire des coordinatrices de l'Hôpital de la Croix-Rousse.

Pour que ce ne soit pas trop fastidieux, je vais vous citer seulement quelques chiffres mais, si certaines personnes souhaitent prendre connaissance de notre rapport d'activité, je leur enverrai bien volontiers. Durant ces deux dernières années, j'ai pu suivre 56 femmes : 41 étaient enceintes, 9 avaient déjà accouché et seulement 6 étaient en désir d'enfant. On a eu 20 naissances, 1 fausse couche et 5 IVG.

 votre santé, notre engagement  
**Trois points importants à retenir**

## 1 - Des prises en charge trop tardives

Le premier point est la prise en charge tardive, c'est-à-dire au deuxième, voire au troisième, trimestre. Cet état de fait ne tient pas aux professionnels de la périnatalité mais au mode de fonctionnement particulier de ces femmes qui parlent de la grossesse avec difficulté, parce que la grossesse fait souvent irruption dans leur vie sans qu'elles y aient songé et parce que, pour elles, la grossesse s'accompagne très souvent de la perspective d'un enfant pour lequel on va émettre l'idée d'un placement. De ce point de vue, je les entends souvent dire : « J'attends le plus tard possible car, plus tard je le dirai, moins on aura le temps de placer mon bébé ».

Le médecin traitant, lorsqu'il est attentif à ces questions, joue un rôle important car il peut nous adresser des femmes en désir d'enfant. Dans ce contexte, le travail à faire est très intéressant car on arrive au moment où tout est encore possible. Lorsque c'est encore possible, on peut amener une femme à différer son projet de grossesse par le travail que nous allons mener ensemble. En effet, l'image qu'elle se fait de la nécessité de mettre au monde un enfant "pour être vraiment une femme" va tomber dans le cadre du travail que nous allons mener avec elle. À l'issue de cette démarche, peut-être que la grossesse arrivera mais elle arrivera à un moment plus opportun que celui où la patiente vient à notre rencontre en nous disant : « Je veux avoir un bébé, aidez-moi simplement à arrêter le cannabis pour pouvoir être enceinte tranquillement ».

Malheureusement, une fois que l'on aborde le problème qui nous est annoncé, il apparaît que les choses sont beaucoup plus compliquées. À cet égard, le rôle des sages-femmes et puéricultrices de PMI, qui se déplacent aux domiciles de ces patientes, est central car elles peuvent prendre conscience de bien des aspects qui nous échappent en milieu hospitalier.

### Consultation « Grossesse et addictions »

Bilan du 2 mai 2012 au 30 avril 2014

↳ Problème dominant:

- ❖ Opiacés 41
- ❖ Cocaïne 13
- ❖ Cannabis 14
- ❖ Alcool 13
- ❖ Psychotropes 9

↳ Polyconsommations

↳ Compromis équilibre maternel- sécurité grossesse

↳ Emergence de l'alcool

↳ TSO réservé à la dépendance aux opiacés

↳ Information  
↳ Education thérapeutique

Le problème dominant est celui des opiacés, c'est-à-dire la consommation d'héroïne, de médicaments antidouleur morphiniques, les traitements de substitution, etc. Pour autant, même si le chiffre paraît important, pour nous, il est relativement simple à gérer, dans la mesure où il existe des traitements de substitution pour la consommation d'opiacés.

Cela ne veut pas dire pour autant qu'il faut s'en désintéresser car il nécessite un gros travail

## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

d'éducation thérapeutique pour ces femmes qui abordent souvent la grossesse en se disant qu'elles vont arrêter leur traitement de substitution parce qu'elles sont enceintes. Il faut alors leur expliquer que non seulement elles ne vont pas l'arrêter mais qu'en plus elles vont l'augmenter.

### 2 - L'émergence de l'alcool

Le problème de l'alcool n'est jamais amené en premier, il découle toujours de la consommation d'autres drogues (cannabis, etc.). En général, c'est lors du premier « interrogatoire » sur les différentes consommations que la question de l'alcool est abordée.

Pour moi, le problème le plus important est celui de la polyconsommation car de plus en plus de femmes consomment de l'héroïne, de la cocaïne, du cannabis, du tabac, de l'alcool, des médicaments, etc. Du coup, même si on s'y prend dès le début, les 9 mois de la grossesse ne suffisent pas à faire en sorte qu'elle ne consomme plus rien. Il faut donc trouver un compromis à travers un dialogue permanent avec ces femmes qui, comme l'a dit M. TOURAINE, ne peut être bénéfique que s'il n'est pas culpabilisant.

Dans le cadre d'une enquête auprès des professionnels de la maternité, qui n'avaient pas l'habitude de ce mode de fonctionnement, j'avais constaté avec beaucoup de plaisir qu'elles avaient toutes accepté la mise en place de cette consultation. Elles ont tout de suite considéré que la consultation apportait des bénéfices vis-à-vis des liens avec le CSAPA et le monde de l'addictologie mais également parce qu'elle permet d'offrir aux femmes un autre lieu et une présence de personnes différentes autour d'elles, ce qui est loin d'être négligeable.

### 3 - La place des addictologues vis-à-vis des enfants

Le troisième point important à soulever est un problème jamais complètement résolu alors qu'il reste au cœur du dispositif, c'est la place des addictologues vis-à-vis des enfants. Les sages-femmes et puéricultrices ont souvent de grandes craintes pour les enfants qui naissent dans des familles défavorisées et soupçonnent volontiers les addictologues de ne pas s'en inquiéter. Il semble important de trouver la bonne manière de travailler avec ces femmes pour garder notre place particulière auprès d'elles, sans faire ombrage au travail effectué auprès des enfants dans les maternités.

#### ➤ Les atouts de la consultation grossesse et addiction

Les atouts de la consultation grossesse et addictions sont de mettre au service des femmes :

- les compétences particulières d'un service d'addictologie ;
- la pluridisciplinarité ;
- la possibilité d'installer une prise en charge durable.

Dans ces situations complexes, les femmes ont souvent peur du moment où elles vont se retrouver seules avec le bébé à la maison sans filet, c'est-à-dire

sans les puéricultrices, la sage-femme ou l'assistante sociale de la maternité. Il est important qu'elles sachent que si elles ont envie de continuer, si elles ont besoin de continuer, elles le peuvent.

Personnellement, je leur donne systématiquement un rendez-vous après l'accouchement, qu'elles sont libres d'honorer ou pas, afin qu'elles sachent qu'elles peuvent revenir au CSAPA si elles le souhaitent.

Par ailleurs, il leur est proposé une prise en charge ajustée à leurs besoins. Comme le CSAPA n'est pas rattaché à la maternité de la Croix-Rousse, il est important qu'elles sachent qu'elles peuvent accoucher où elles le souhaitent, qu'elles s'entourent de qui elles veulent, donc que leur mode de prise en charge est fonction de ce qu'elles désirent.

#### Figure 2: Documentation



Notre travail est de faire connaître la consultation grossesse et addictions et notre fonctionnement par rapport au turnover important qui existe au sein des maternités. En effet, alors que l'on a l'impression d'être bien installé et de bien connaître tout le monde, le personnel change et le travail est à refaire depuis le début avec le nouveau personnel.

Je vous soumetts noté cinq points pour vous permettre d'exprimer d'éventuelles idées ou nous faire part de vos réflexions en termes de pistes pour l'avenir.

✓ La difficulté à entrer en contact avec des femmes désireuses d'avoir un enfant, donc qui ne sont pas encore enceintes, pour entreprendre le travail dont je vous parlais précédemment.

✓ Notre difficulté à entrer en contact avec des femmes issues de maternités privées ; pour faire connaître davantage notre consultation, il nous faut trouver des solutions.

✓ L'état de précarité de la population que nous recevons : le rapport d'activité montre que cette population est très marquée par la précarité, aussi bien la précarité sociale que la précarité liée à l'isolement des futures mamans, qui sont parfois dans des foyers, pour lesquelles le père de l'enfant à venir n'est pas présent ou lui-même consommateur de drogues illicites (ce qui peut inciter la consommation pendant la grossesse et après l'accouchement). Ces indicateurs

## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

nous conduisent à travailler très étroitement avec les assistantes sociales.

- ✓ La prise en charge tardive de l'âge gestationnel.
- ✓ Le nombre de grossesses imprévues.

En matière de pistes, j'ai cité : la contraception, le renforcement des liens avec les sages-femmes libérales et celles de PMI, la structure psychique de ces femmes qui fait qu'elles se laissent toujours surprendre par l'arrivée d'une grossesse par rapport à l'ambivalence qu'elles peuvent avoir sur la maternité et leur grande crainte à se confier.

### Conclusion

Pour toutes les raisons évoquées, la consultation grossesse et addictions a pleinement sa place au sein d'un CSAPA car elle permet de donner accès à la fois à un lieu de liberté et un lieu de stabilité ; un lieu que l'on choisit et un lieu que l'on quitte. Pour celles qui le souhaitent, ce lieu peut être un point d'ancrage. Par rapport à nos deux années de recul, je peux vous dire que des femmes que j'ai connues il y a deux ans reviennent pour une deuxième grossesse ou simplement parce qu'elles sont en difficulté.

À mon sens, le réseau « grossesse et addictions » doit être calqué sur le besoin et le désir des familles ; il doit être souple, durable et coordonné. La coordination est le point qui demande le plus d'exigence car il faut penser à tout et à tout le monde, mais c'est ce qui va permettre d'avoir un accouchement dans la sécurité et la sérénité pour les patientes mais également pour les professionnels de la périnatalité. C'est la différence essentielle avec les maternités qui sont des lieux où il faut toujours aller très vite, où le stress est permanent.

Je mets à votre disposition le document d'information à destination des patientes et le questionnaire disponible dans nos salles d'attente. Ils pourront également être envoyés par mail pour ceux qui le souhaitent.

Pour terminer, je voudrais que nous retenions le mot « ensemble ». Pour moi, c'est en acceptant de travailler ensemble, c'est en mettant en commun ce que nous apprennent nos métiers, nos formations, nos différentes sensibilités, que nous parviendrons à tracer un chemin particulier.

Je vous remercie.

*Voyageur,  
Il n'y a pas de chemin,  
Le chemin se fait en marchant  
Antonio Machado*

### La salle réagit...

#### Pierre-Antoine MIGEON

Merci Madame DAVID, pour ce très bel exposé. Je regrette qu'il n'y ait pas de CSAPA aussi développé et aussi performant dans l'Ain.

Avant de passer aux éventuelles questions, j'ai retenu de votre exposé le mot « ensemble ». La richesse de ce service est qu'il est pluridisciplinaire mais surtout qu'il est coordonné et apaisé. Ces caractéristiques sont importantes car, dans le cadre de la prise en charge de la femme enceinte, il faut de l'apaisement et, les patientes en proie aux addictions ont besoin d'être apaisées, entourées et accompagnées. Au-delà des patientes, vous êtes également à l'écoute des professionnels qui sont souvent en perte de confiance.

La richesse de ce service est d'ailleurs tout le mérite de l'offre que vous proposez puisque vous accompagnez à la fois les patientes et le personnel, qui est souvent démuné face à des patientes polyconsommatrices ou ayant des consommations qui nous échappent dans l'exercice quotidien.

Y a-t-il des questions sur le fonctionnement de ce service ou des réponses aux questions posées par le Docteur DAVID ?

#### De la salle – Alexandra RIBOUD Sage-femme – Maternité de la Croix-Rousse

Je tenais d'abord à vous remercier pour votre disponibilité. J'ai régulièrement l'occasion d'appeler votre service pour certaines patientes. Il se trouve qu'un de vos infirmiers, Frédéric, est très disponible et nous a rendu de grands services, notamment dans le service des grossesses pathologiques.

À ce propos, j'ai le souvenir et l'expérience d'une patiente hospitalisée en grossesse pathologique pour des polyaddictions. Elle a accouché prématurément et elle a été prise en charge par la suite en unité Kangourou.

J'ai été interpellée par votre intervention sur la non-compréhension de la prise en charge d'un enfant par l'équipe obstétricale, potentiellement des sages-femmes. J'ai le souvenir d'une incompréhension quant à la prise en charge de cet enfant de l'équipe du CSAPA par rapport à ce que nous pensions. Je pense qu'il aurait fallu à ce moment-là organiser une réunion pour en discuter et nous informer car, pour nous, le duo addictions / femme enceinte est une grande inconnue, de même que le fonctionnement de ces patientes. À l'avenir, il faudrait essayer d'organiser des réunions pour mieux informer et nous permettre de les accompagner au mieux.

#### Brigitte DAVID

Je crois que vous faites allusion à la première patiente dont s'est occupée la consultation. L'expérience a été extrêmement riche d'enseignement malgré les difficultés rencontrées par rapport au peu de connaissance que nous avons sur le fonctionnement d'une maternité et encore moins d'une unité

## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

Kangourou, qui venait tout juste d'ouvrir à l'époque. Aujourd'hui, les choses ne se passeraient plus de la même manière, parce qu'on travaille beaucoup plus ensemble, parce que dans le cadre de mes deux visites hebdomadaires lorsqu'une patiente est hospitalisée, je rencontre systématiquement les sages-femmes, les puéricultrices de l'unité Kangourou et Florence ROCHE, votre cadre de santé, avec qui j'échange des messages en permanence. De ce point de vue, vous avez raison de dire qu'il est nécessaire de beaucoup se parler.

Cependant, si on va plus au fond des choses, je crois qu'on aura toujours un rôle différent vis-à-vis des patientes et des enfants. Différent ne veut pas dire avoir un souci différent des enfants mais plutôt que notre approche restera différente. Il faut que nous parvenions à faire un bout du chemin qui nous sépare les uns des autres pour arriver à se comprendre, en particulier par rapport au souci permanent que nous avons tous vis-à-vis de l'enfant à venir.

Cela dit, pour nous, il est important de garder une relation privilégiée avec les futures mamans et les jeunes mamans ; une relation en laquelle elles peuvent avoir pleinement confiance, sur laquelle elles peuvent s'appuyer. Autant, en tête-à-tête avec ces femmes, on les met face à leurs responsabilités et au besoin qu'elles vont avoir à se faire aider, autant on a l'engagement de ne pas exprimer publiquement notre ressenti vis-à-vis des difficultés à venir pour l'enfant. Il est important qu'elles sachent que dans ce service un lieu d'accueil leur est dédié. Si elles perdent cette confiance, on les perd définitivement, aussi bien vous que nous. Le cas échéant, on n'aura plus aucun regard sur rien.

L'important est que vous gardiez à l'esprit que nous avons autant que vous le souci des enfants qui naissent dans ces conditions mais qu'en même temps nous avons le devoir de garantir un milieu protecteur à ces mamans, si on veut qu'elles continuent à se soigner.

### **Pierre-Antoine MIGEON**

Votre échange souligne bien la difficulté à tout coordonner, notamment à coordonner des professionnels de santé d'horizons différents.

### **De la salle - Christine STORJET Sage-femme en PMI.**

J'ai le sentiment de pouvoir échanger sur des sujets divers et variés avec les mamans et d'avoir une bonne alliance humaine dans des situations parfois

extrêmement complexes où des placements d'enfants sont envisagés, mais il est très difficile d'aborder le problème de l'alcool. Cela m'est arrivé une seule fois mais la tentative a capoté. Pour moi, la polyconsommation reste un sujet compliqué.

### **Brigitte DAVID**

A travers l'expérience que j'ai de ces deux dernières années, l'alcool n'est jamais abordé, les femmes n'en parlent pas. Lorsque je les rencontre pour la première fois, je leur propose toujours de faire un interrogatoire (c'est le terme médical consacré) très détaillé, aussi bien social, familial, médical, qu'obstétrical, en leur expliquant que le fait d'aborder ces différents points va nous permettre de faire connaissance et de déterminer ce que nous allons faire ensemble.

À partir de là, j'aborde les choses d'une manière plus que simple en disant : « Vous fumez certainement, vous avez commencé le tabac à quel âge ? ». Et dans la foulée : « Le cannabis, à quel âge ? L'alcool, à quel âge ? ». C'est à ce moment-là que l'alcool, qui jusque-là n'était pas présent dans le questionnaire, est abordé.

Autrement dit, je ne demande jamais à une patiente si elle consomme de l'alcool, je lui demande à quel âge elle a commencé à en consommer.

### **De la salle**

J'ai bien entendu votre façon d'aborder les choses et, d'une certaine manière, on est habitué à manipuler cette façon de s'entretenir. En PMI, comme on intervient à domicile, on ne veut pas être trop intrusif. Je ne sais pas si c'est personnel mais, quand on intervient à domicile, il me semble difficile de faire ce travail « d'enquête » d'emblée. En tout cas, je ne m'y autorise pas.

Cela dit, j'ai bien entendu qu'il fallait aborder certains sujets difficiles aussi naturellement que ceux qui ne le sont pas.

### **Pierre-Antoine MIGEON**

Je vous propose d'en rester là pour l'instant. Si vous avez d'autres questions, vous pourrez les poser au Docteur DAVID tout à l'heure. Les fascicules qu'elle a présentés vont être mis à disposition à l'entrée.

Je retiens de votre intervention, Docteur DAVID, qu'il faut arriver à offrir un point d'ancrage à ces patientes dans le présent afin de préparer l'avenir.

Encore merci, pour votre intervention.

## La cigarette électronique : les recommandations et les interrogations actuelles

Dr Etienne ANDRE

Médecin Addictologue, Grenoble

### Pierre Antoine MIGEON

Il m'est difficile de présenter l'intervenant suivant car tout le monde le connaît, c'est d'autant plus difficile de le faire rapidement pour essayer de rattraper le retard. Il a commencé les consultations en 1976 à Grenoble et il a été président du CNCT, puis fondateur de l'OFT.

Administrateur de l'IRAAT, addictologue, il se consacre aujourd'hui exclusivement à la recherche médicale. Je lui laisse la parole pour traiter d'un sujet moderne qui nous intéresse tous, sur lequel on entend tout et son contraire, il s'agit de la cigarette électronique.

### Etienne ANDRÉ

Bonjour, chers amis.

Nous parlions tout à l'heure de la mise à disposition des interventions des participants, donc de disposer à la fois du choc des photos et du poids des mots... Pour ce qui est de ma projection, je me décharge de toutes responsabilités concernant les iconographies. Mon assistante a inséré un certain nombre d'images, dont certaines m'ont à la fois fait sourire et surpris.

Le sujet n'est pas simple car ce que je vais vous dire aujourd'hui sera probablement faux dans six mois et plus que probable dans un an. Vous pouvez d'ailleurs constater que la plupart des recommandations actuelles sur la cigarette électronique se terminent par : « *Nous réviserons nos recommandations dans six mois ou dans un an* ». S'il y a bien un sujet qui évolue à une vitesse plus rapide que les trains d'aujourd'hui, c'est la cigarette électronique !

La réduction de la consommation de vente de cigarettes est inversement proportionnelle à l'augmentation du prix. A partir de 2010, avec l'arrivée de la cigarette électronique, on ne peut plus mesurer cette tendance. L'augmentation progressive des prix ne suffit pas à elle seule à entraîner la baisse de la consommation de cigarettes.

Si nous comparions le nombre de cigarettes au nombre de cigarettes électroniques vendues il y a trois ans à ceux d'aujourd'hui, nous constaterions que les deux courbes finiront par se croiser car les ventes de cigarettes électroniques sont de plus en plus importantes alors que celles des cigarettes sont de plus en plus faibles. Il n'empêche que le bilan général est que la vente totale de produits contenant de la nicotine augmente.

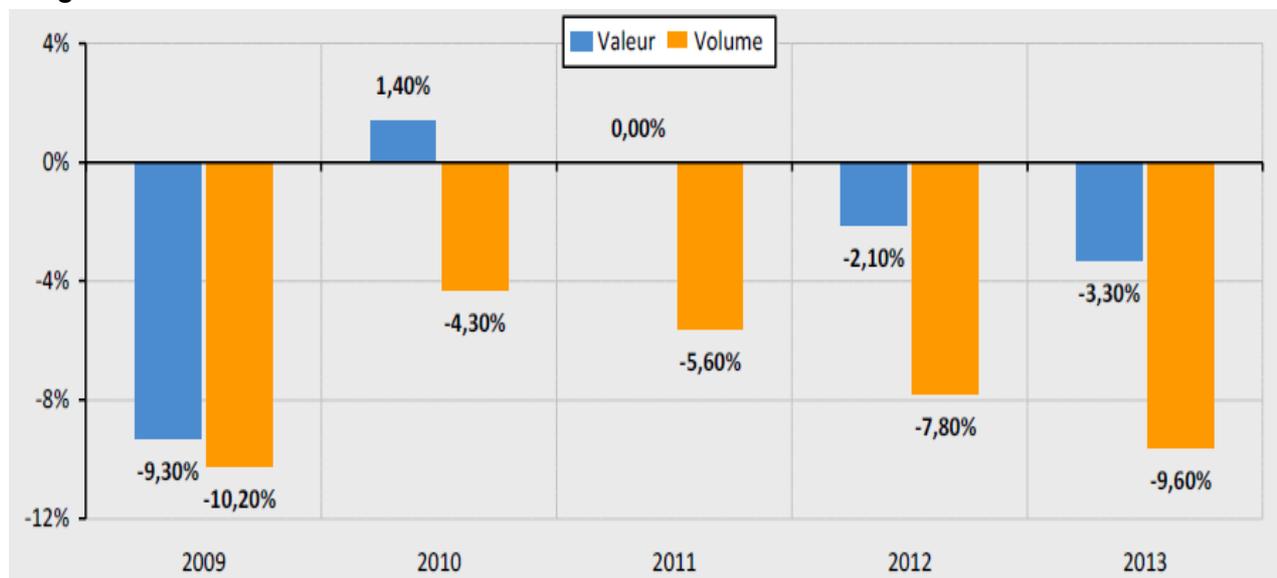
### L'évolution des ventes de tabac et de e-cigarette en France

Concernant cette évolution en France comme vous pouvez le constater sur la figure 3, depuis 2009, il y a une réduction progressive de la consommation de cigarettes et du chiffre d'affaires des manufacturiers du tabac (sauf en 2010), ainsi qu'une réduction du nombre de bureaux de tabac.

Concernant l'évolution du marché des cigarettes électroniques en France, la croissance est considérable sur les années 2010, 2011, 2012 et 2013 pour un chiffre d'affaires qui passe de 4 à 275 Millions d'Euros.

Pour autant, selon une enquête de l'OFDT en 2013, 80 % de la population française n'envisage pas une expérimentation de la cigarette électronique.

Figure 3 : Evolution des ventes de tabac en France - INSEE



# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

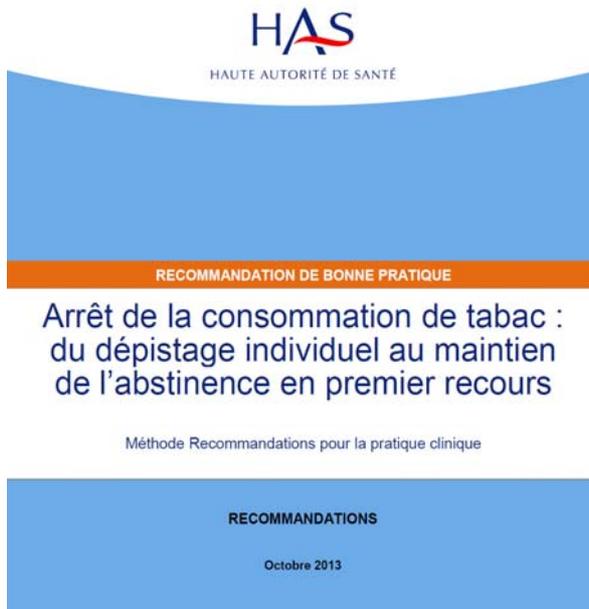
## Qu'en pensent les Français ?

Aujourd'hui, 35 % des Français pensent que la cigarette électronique est un moyen efficace pour arrêter de fumer, le deuxième tiers que ce n'est pas un moyen efficace, et le troisième tiers n'a pas d'opinion sur la question.

Que cela soit bien clair dans les esprits : l'important quand on dialogue avec un fumeur, ce n'est pas la réalité scientifique qui compte, c'est ce qu'ils pensent du sujet. A titre d'exemple, ce n'est pas le degré exacte de la douleur qui est le plus important, c'est le niveau de perception de cette douleur qui l'est. Or, il apparaît qu'un tiers de la population pense que la cigarette électronique peut être un moyen d'aide à l'arrêt du tabac, d'où la nécessité de la considérer comme telle.

## Qu'en pensent les autorités ?

Par « les autorités », comprenez les recommandations existantes. Le premier rapport de l'OFT est en partie



caduc car il date de plus d'un an.

En 2013, selon la Haute Autorité de Santé : « *Les éléments sont actuellement insuffisants pour déterminer si les inhalateurs électroniques de nicotine peuvent être utilisés pour aider à arrêter de fumer, s'ils engendrent une dépendance ou l'entretiennent et s'ils disposent des constituants autres que la nicotine* ».

Cela étant, la Haute Autorité de Santé (en tout cas le groupe d'experts) estime que « *les allégations, selon lesquelles ces produits ont des effets bénéfiques sur la santé, sont moins nocifs ou facilitent le sevrage tabagique, devraient être interdites jusqu'à ce qu'elles soient scientifiquement prouvées* ».

Aujourd'hui, les bureaux de tabac affichent ce type de slogans : « Arrêter de fumer librement » ou « Fumer librement » ; ce qui rend difficile un discours cohérent entre des recommandations scientifiques souvent contradictoires et la situation actuelle.

L'avis de l'Office Français de Prévention du Tabagisme paru le 30 avril 2014, pose de bonnes questions et apporte des réponses précises (voir page suivante).

Cet avis est fait pour vous ; il est recommandé de s'y reporter lorsque quelqu'un vous pose une question sur la cigarette électronique. Pour vous le procurer, il vous suffit de vous rendre sur les sites de l'OFT ([www.ofta-asso.fr](http://www.ofta-asso.fr)) ou de l'IRAAT ([www.iraat.fr](http://www.iraat.fr)).

Aujourd'hui, il est un des principaux outils à notre disposition pour apporter des réponses. Il sera révisé dans six mois au plus tôt et dans un an au plus tard.

Par ailleurs, est parue également la recommandation du Haut Conseil de la Santé publique le 23 avril 2014.

Cet avis est destiné à Mme la Ministre de la Santé.

Ledit avis prend en considération tous les points suivants :

- Le risque élevé lié à la consommation de tabac ;
- La diminution du tabac vendu par les buralistes ;
- La faible niveau d'efficacité dans le sevrage tabagique, ce qui soit dit en passant me gêne car, même si les fumeurs rencontrent des difficultés à s'arrêter, je ne trouve pas que le niveau d'efficacité de nos consultations soit faible, à savoir à hauteur de 30 %.
- La cigarette électronique, est-elle outil de réduction des risques ?
- La prise en compte des effets de la nicotine sur la santé ;
- Le coût d'achat de la cigarette électronique ;
- Les différentes réglementations en cours de mise en place dans les autres pays.

## Quelles sont les recommandations politiques ?

La première recommandation est de créer un Observatoire afin de savoir comment évoluent exactement les niveaux et les modes de consommation.

La deuxième recommandation est de développer les outils d'information scientifiquement validés sur la cigarette électronique. Je vais tout à l'heure vous projeter un tableau montrant que l'on peut tout dire et son contraire sur la cigarette électronique.

D'autres recommandations portent sur les risques de la vente aux mineurs, les risques chez la femme enceinte, et bien sûr la révision du présent avis dans un an.

En conclusion de cette recommandation d'octobre 2013, une analyse bénéfices-risques a été réalisée. Je partage à 200 % le premier point.

① Si on ne prend pas les décisions conceptuelles, le risque ultime est de Renormaliser l'usage du tabac. Ce débat actuel n'est pas très clair car la cigarette électronique n'a pas de statut et n'est soumise à aucune lois régissant l'usage des cigarettes. Résultat, les fumeurs s'autorise à fumer dans les lieux publics, au cinéma, etc. Face à cet état de fait, le risque est de perdre tous les bénéfices de la stratégie existante depuis 1975 qui résulte de la loi Veil, la modification de l'image sociale du tabagisme.

② On est également devant le risque de voir les jeunes entrer dans le tabagisme avec la cigarette électronique.

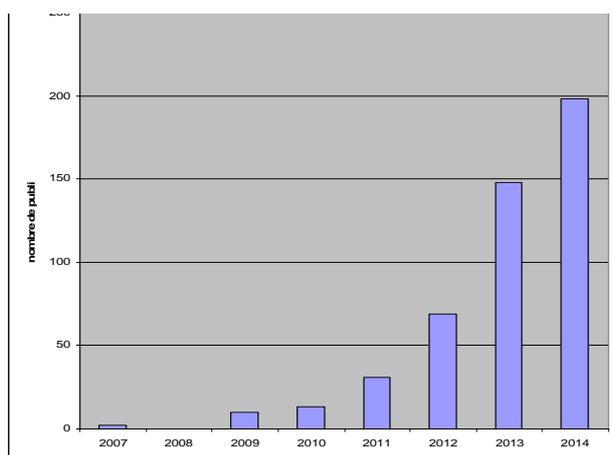
- 01 Avec 73 000 décès annuels, le tabagisme est la première cause de mortalité évitable en France en 2014. Tout ce qui le fait régresser est bénéfique à la santé publique.
- 02 La cigarette électronique est un produit récent contenant le plus souvent de la nicotine. On estime qu'en novembre 2013 la moitié des fumeurs l'avaient essayée. Ce n'est actuellement ni un produit du tabac, ni un médicament, ni un dispositif médical. Les professionnels de santé doivent toutefois tenir compte de ce nouveau produit lors de la prise en charge des fumeurs.

③ Enfin, il existe un risque de rechute des fumeurs qui ont arrêté, des fumeurs dissonants et des fumeurs consonants, qui trouvent dans la cigarette électronique (avec ou sans nicotine) un moyen de pérenniser leur usage du tabac dans un certain nombre de situations dans lesquelles ils n'auraient pas fumé autrefois.

#### Ce que l'on sait et ce que l'on ne sait pas

Aujourd'hui, sur les différents thèmes relatifs à la cigarette électronique, des scientifiques de très bon niveau publient des études "pro" et des études "anti". Il devient alors difficile de donner un avis définitif dans un débat scientifique. Depuis le début de l'année 2014, près de 150 publications ont été recensées sur la cigarette électronique.

**Figure 4 : Evolution du nombre de publications de 2007 à juin 2014**



Les substances délivrées par les cigarettes électroniques sont-elles conformes aux annonces des fabricants ? Certains disent « oui » d'autres « non ». Vapoter perturbe-t-il la tension artérielle et la fonction cardiaque ? Certains pensent que vapoter n'entraîne aucun effet significatif mais d'autres pensent que vapoter augmente la fréquence cardiaque. La cigarette électronique affecte-t-elle les fonctions respiratoires ? Tout le monde est d'accord pour dire qu'il se passe un certain nombre de choses sans pouvoir les vérifier pour autant.

La cigarette électronique est-elle un outil crédible d'aide à l'arrêt ? Conformément aux résultats de l'étude cités précédemment, certains scientifiques sont pour et d'autres contre.

La cigarette est-elle une porte d'entrée dans le tabac pour les jeunes générations ? Les études semblent dire que « non », sauf que tout le monde l'observe dans la vie réelle.

Quels sont les risques liés au vapotage passif ? Il semble difficile de le démontrer pour la cigarette électronique alors que la preuve fut longue à venir pour le tabagisme passif.

Aujourd'hui l'évolution des connaissances sur la e-cigarette n'est pas dans une ligne droite. On est plutôt dans un parcours complexe et tortueux qui impose la plus grande prudence quant aux réponses à apporter aux questions, et rappeler à nos interlocuteurs que les connaissances progressent.

**Le vrai du jour,  
est à revalider demain**

#### Quelle est l'évolution possible du statut de la e-cigarette ?

Soit le produit est classé dans les dérivés du tabac et la cigarette électronique est vendue par les débitants de tabac. Dans ce cas, le bénéfice pour l'État est relativement important puisque la cigarette électronique sera taxée à 81 % environ. Le point négatif est la perte des emplois créés au sein des différents réseaux de vente.

Soit, le statu quo : un des avantages de cette situation sera l'innovation, du fait de la concurrence, les cigarettes électroniques seront de plus en plus modernes, de plus en plus performantes, plus exigeantes en termes de qualité. Ce statut générera une guerre commerciale, donc une baisse des prix.

#### La cigarette électronique va-t-elle devenir un substitut nicotinique ?

La probabilité reste faible en France car, pour ce faire, il faut obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM), donc effectuer des études cliniques, des études de bioéquivalence pour valider le fait que la cigarette électronique apporte une certaine quantité de nicotine identique à des produits déjà existants, tout en s'inscrivant dans une démarche de qualité (tout cela

## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

coûte extrêmement cher).

En cas d'obtention d'une AMM, les cigarettes électroniques devront être vendues en pharmacie sauf à sortir les substituts nicotiques du monopole pharmaceutique. A ma connaissance, il n'y a pas d'exemple de produit vendu exclusivement en pharmacie après avoir été vendu dans le commerce général.

Des projets d'obtention d'AMM sont en cours en Angleterre, par exemple concernant les cigarettes électroniques de la British Imperial Tobacco (qui a acheté les substituts nicotiques de la société Zonic). L'objectif est de développer des produits de remplacement de la cigarette et de la nicotine, avec obtention d'une AMM.

Le problème est la mise à disposition de substituts nicotiques par les manufacturiers du tabac : leur marketing développera le concept de réduction du risque au risque d'avoir une communication de la même fiabilité scientifique que celle entendue autrefois, lors de la mise sur le marché des cigarettes dites "légères".

### Concernant l'encadrement législatif probable

Comme l'a évoqué le Professeur TOURAINE, Mme Marisol TOURAINE s'engage très fortement sur le sujet parce qu'elle y est très sensible. On souhaiterait qu'elle soutienne plus les associations qui aident les fumeurs à arrêter.

Au-delà de son engagement, un projet d'interdiction de vente aux mineurs, de réduction de la publicité et de réduction des espaces fumeurs est en cours.

Actuellement, les lieux où le vapotage n'est pas autorisé, sont ceux où une initiative privée a été prise, telle que la Compagnie Air France. Comme vous pouvez le constater, la situation évolue de manière aléatoire...

### The end of the game!

En Finlande, en Australie, en Irlande, dans certains États des États-Unis et en Nouvelle-Zélande, il est prévu l'arrêt de la vente de cigarettes classiques. Pour certains, la disposition est prévue dans la loi.

Pour organiser la transition d'une situation de consommation à une situation sans cigarettes, il faut des outils et des solutions de transition. Il en existe déjà de nombreuses : la prévention, l'éducation, l'information, la réduction des espaces autorisés, la modification de l'image sociale du tabac, les substituts nicotiques, etc. Certains États des États-Unis ont prévu que la cigarette électronique participe à cette phase de transition.

Aujourd'hui, ne pensons à la cigarette électronique dans notre cercle fermé, en se demandant si elle peut être un produit de sevrage. Nous devons réfléchir à la place que doivent prendre les différents produits appelés à être vendus sur le marché, tels que les Ploom, le Snus (interdit en Europe sauf en Suède) ou certaines boissons. Le travail est de favoriser cette période de transition et de déterminer la place à donner à ces produits sur le marché s'ils génèrent véritablement une réduction du risque, ce qui reste à prouver.

### Conclusion

La recommandation est de ne pas proposer la cigarette électronique aux femmes enceintes. Il y a beaucoup trop d'incertitudes sur les risques liés à son usage pour qu'une société comme la nôtre propose à une femme enceinte de vapoter.

Dans la pratique, si elle vapote, aidons-la à s'arrêter mais ne la décourageons pas en lui proposant un retour à la cigarette !

Comme vous avez pu le constater, je n'apporte pas beaucoup de réponses. Restons très prudent car dans six mois ou un an, si une conférence est tenue sur le même sujet, les avis autant encore évolués.

Je vous remercie de votre attention.

*« Le vrai danger réside moins dans ce qu'on ignore, que dans ce que l'on tient pour certain et qui ne l'est pas. »  
Mark Twain*

### La salle réagit...

#### Pierre-Antoine MIGEON

Merci, d'avoir ouvert le débat sur le sujet, merci d'avoir mis nos connaissances à jour pour les quelques semaines ou mois à venir.

Y a-t-il des questions suite à cette intervention ?

#### De la salle

En début d'intervention, vous avez montré une courbe sur l'évolution des ventes de cigarettes par rapport à l'augmentation des prix. Le tabac à rouler étant un produit de consommation de plus en plus répandu, la courbe du graphique prend-elle en compte la vente de tabac à rouler ou est-il converti en nombre de cigarettes ?

#### Étienne ANDRÉ

C'est une bonne question dont je ne connais pas la réponse.

Je vais donc le vérifier et vous trouverez la réponse sur le site de l'IRAAT.

#### De la salle

Le tabac à rouler étant moins cher, c'est devenu le produit de remplacement des cigarettes, notamment pour les jeunes. De ce point de vue, dans la Stratégie nationale de Santé, il serait intéressant de savoir s'il y a un projet d'augmentation de la taxation du prix du tabac à rouler pour que finalement il atteigne le niveau du prix des cigarettes.

#### Étienne ANDRÉ

Cette demande est portée depuis longtemps, au moins 20 ans, par le Comité National Contre le Tabagisme.

#### De la salle

La courbe de diminution de la vente de cigarettes prend-elle en compte le développement des achats en

## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

contrebande ?

### Étienne ANDRÉ

On en parle beaucoup mais le niveau de ces achats reste très marginal.

### De la salle - Dr HUGONIER, CHU de Saint-Étienne.

La législation interdit-elle la vente de cigarettes électroniques aux mineurs et aux femmes enceintes ou est-ce simplement une recommandation ?

### Étienne ANDRÉ

Aujourd'hui, le produit ne fait l'objet d'aucune réglementation spécifique. Cependant, les produits nicotiques, en particulier les e-liquides, sont soumis à la réglementation de la nicotine, il est donc interdit de les vendre aux mineurs. Autrement dit, le mineur peut acheter le dispositif et le e-liquide sans nicotine. En revanche, l'usage chez la femme enceinte ne fait l'objet que de recommandations d'experts.

### De la salle

Quelle est votre position sur l'alcool dans le e-liquide par rapport à la femme enceinte ?

### Étienne ANDRÉ

Vous ouvrez un autre débat, celui des e-liquides d'une manière générale et de la vente par Internet en particulier.

Aujourd'hui, le dispositif permet de consommer n'importe quel e-liquide contenant ce que l'on veut ou ce que l'on y ajoute. C'est en soi un véritable problème réglementaire que nous avons déjà évoqué avec des responsables politiques, en particulier avec Mme F. GROSSETETE, lors du débat au Parlement Européen en 2013.

En effet, l'usage de ce dispositif ouvre la porte à une consommation aisée d'un produit toxicomanogène pouvant être ajouté au liquide.

Après avoir acheté un liquide à la framboise, à la menthe ou au goût tabac sans nicotine, rien n'empêche par la suite, avec quelques petites manipulations parfaitement décrites sur Internet, d'ajouter un autre principe actif.

### Pierre-Antoine MIGEON

Je vous propose de poursuivre la conversation à la pause autour d'un café et de nous retrouver pour la suite de cette session vers 11 heures 30.

**Figure 4 : E-joint**



## Femmes enceintes et oralité, femmes enceintes et troubles du comportement alimentaire

Audrey SCHMITT

Médecin Psychiatre, Clermont-Ferrand

### Pierre-Antoine MIGEON

Nous allons maintenant parler des femmes enceintes et de troubles alimentaires. On ne présente plus Audrey SCHMITT, médecin-psychiatre à Clermont-Ferrand, en charge d'une consultation d'addictologie à

la maternité. Au-delà de ces activités annexes à l'IRAAT et à l'OFT, elle s'est investie dans le champ des troubles du comportement alimentaire. Je lui laisse la parole pour nous présenter son travail.

### Audrey SCHMITT

Bonjour à toutes et à tous.

Je voudrais avant tout remercier Anne-Sophie, Étienne, Pierre-Antoine, ainsi que toute l'équipe, pour l'organisation de cette journée MAT'AB et pour m'avoir invité à vous parler de ce thème très vaste de troubles du comportement alimentaire pendant la grossesse. Je regrette que ma collègue n'ait pas pu venir partager cette communication avec moi. Je vais essayer de répondre à vos questions sur ce thème fréquemment rencontré mais largement sous-estimé.

### Le comportement alimentaire

On sait que les individus ne sont pas tous égaux dans le contrôle de la prise alimentaire. Les travaux de chercheurs ont mis en évidence que des individus auraient moins de facilité à réguler leur prise alimentaire en fonction de signaux physiologiques plus ou moins forts ou faibles. Il se trouve que les femmes seraient plutôt des individus à signaux physiologiques faibles par rapport aux hommes, elles auraient donc moins de facilités à réguler de façon certaine leur prise alimentaire.

Cela dit, d'autres mécanismes peuvent entrer en jeu, tel que les hormones sexuelles par exemple. Typiquement, les femmes sont soumises aux variations hormonales chaque mois.

Certains travaux ont montré l'implication des hormones androgènes dans les comportements boulimiques et l'obésité.

Les travaux menés par Philippe GORWOOD ont montré l'implication des récepteurs œstrogéniques dans l'anorexie mentale.

D'après les travaux d'HIRSCHBERG (Cf. Figure 5) :  
- L'œstrogène serait plutôt une hormone de diminution de l'appétit ;  
- La progestérone serait plutôt

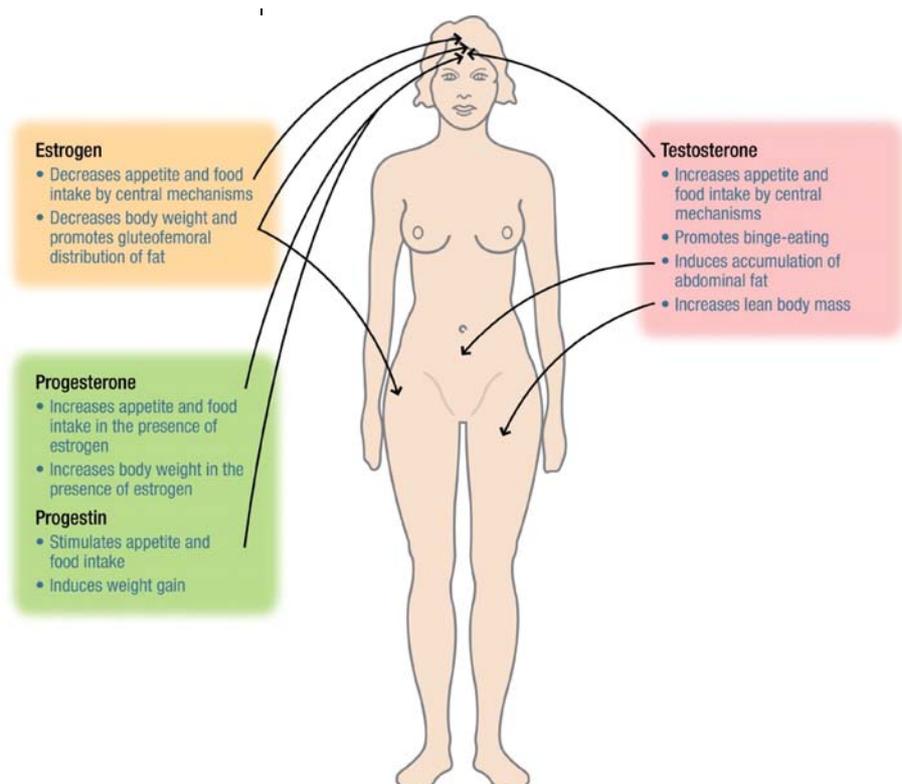
une hormone qui augmente l'appétit et la prise alimentaire ;

- La testostérone serait une hormone qui augmente également l'appétit et la prise alimentaire tout en répartissant la graisse d'une certaine façon.

Dans le cadre de ses travaux d'HIRSCHBERG, il a également été démontré que durant le cycle, les prises alimentaires de la femme vont différer en fonction des hormones. Il apparaît que la prise alimentaire est beaucoup moins importante durant la phase pré-ovulatoire – la phase folliculaire – mais qu'elle augmente lorsque la progestérone monte pendant la phase lutéale, la prise alimentaire serait alors moins contrôlée.

D'autres mécanismes, similaires chez les hommes et les femmes, peuvent entrer en jeu :

Figure 5 : Régulation de l'appétit (Hirschberg, 2012)



# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

## Les déterminismes physiologiques

Ils permettent de contrôler la faim, la satiété, le rassasiement. Ils sont sous-tendus par des neuromédiateurs, comme la sérotonine. L'Homme ayant besoin de se nourrir de tous les nutriments, le cerveau aurait des capteurs pour chaque nutriment : les glucides, les lipides, les protéines et les acides aminés. Des travaux anglo-saxons ont montré qu'il existait tout un processus sur le contrôle de la faim et de la satiété.

## Les déterminismes comportementaux

Ils sont importants car, contrairement aux déterminismes physiologiques, il peut en découler des stratégies thérapeutiques relatives aux troubles du comportement alimentaire, notamment des thérapies cognitivo-comportementales. Il faut savoir que l'apprentissage alimentaire découle de tout un processus : on apprend à manger et il n'est pas inné de manger. On peut avoir des aversions ou des préférences alimentaires. Par exemple, tout le monde connaît l'aversion pour un plateau de fruit de mer si on a été malade.

Pour les préférences alimentaires, le mécanisme est différent parce que l'aliment qui fait l'objet d'une préférence peut avoir été pris dans un contexte affectif particulier ou parce qu'il a des qualités sensorielles. Comme il va laisser une trace dans la mémoire, on va aimer cet aliment.

D'une manière générale, sans pour autant avoir de troubles alimentaires, deux ou trois aliments peuvent faire l'objet d'une aversion alimentaire. A contrario, la personne atteinte d'un trouble alimentaire va détester toute une catégorie d'aliments, tels que par exemple les aliments à base de lipides ou de glucides.

## Les déterminismes environnementaux

Ils sont importants également car nos repas sont pris en fonction de notre culture, de nos contraintes professionnelles, sociales, etc. Notre physiologie ne nous impose pas de prendre trois repas par jour, c'est notre culture qui nous l'impose. Pour identifier un trouble du comportement alimentaire, il est important de s'attacher à l'aspect culturel de l'alimentation. Par exemple, les Vietnamiens ne mangent que deux repas par jour : une soupe à base de viandes et de légumes le matin et du poisson le soir, ce n'est pas pour autant qu'ils ont un trouble du comportement alimentaire.

L'industrie alimentaire connaît parfaitement nos manières de manger, on sait quoi nous faire manger et quoi nous vendre. Il n'y a absolument aucune philanthropie dans leur manière de présenter les produits. À cet égard, l'industrie alimentaire est souvent promoteur d'études sur le comportement alimentaire normal de l'Homme pour identifier le mieux possible les produits à nous vendre.

## Les déterminismes psychologiques

Ils peuvent interférer avec les déterminismes physiologiques. Par exemple, on sait que l'anxiété peut couper la faim ou que des préoccupations peuvent entraîner des prises alimentaires importantes, dans une « fourchette » acceptable, c'est-à-dire sans pour autant parler de troubles du comportement alimentaire.

D'une manière générale, l'Homme aime manger des aliments riches à base de glucides et de lipides. Il a plutôt une appétence pour les aliments sucrés et gras. Pour autant, ce n'est pas parce qu'on mange en excès qu'on a un trouble du comportement alimentaire. Le trouble du comportement suppose une souffrance, c'est une maladie psychiatrique. Il est difficile de dire s'il y a actuellement plus de troubles du comportement alimentaire. D'après l'expression clinique, il n'y a pas plus de boulimiques mais il y a autant d'anorexiques.

Je ne sais pas si vous avez regardé l'émission « C'est dans l'air » lundi dernier sur la « malbouffe ». Le présentateur a commencé l'émission en disant que d'après l'ONU : « La malbouffe tue plus que le tabac ». Personnellement, j'ai trouvé que c'était excessif. J'en profite pour préciser que la malbouffe n'est pas un trouble du comportement alimentaire, c'est-à-dire qu'elle ne nécessite pas forcément la prise en charge par des professionnels de la psychiatrie.

On sait que notre organisme est plutôt programmé pour gérer le manque. Lorsque l'on jeûne, notre organisme va s'organiser afin de puiser dans les réserves. A contrario, notre organisme n'est pas du tout programmé pour gérer l'excès alimentaire. Il est donc probable que l'humanité ait tendance à progresser vers une obésité ou une prise de poids, du fait d'aberrations alimentaires dans certains pays.

## Facteurs étiopathogéniques impliqués dans la genèse du trouble du comportement alimentaire

### Les facteurs biologiques

Beaucoup de travaux ont impliqué des neuropeptides orexigènes ou des neuropeptides anorexigènes, comme la leptine ou la ghréline par exemple. Il n'existe à ce jour aucune retombée thérapeutique sur les peptides impliqués dans la prise alimentaire.

### Les facteurs psychologiques

Il a été démontré que la séparation précoce des parents (entre 0 et 2 ans) et les abus sexuels peuvent entraîner des troubles du comportement alimentaire à l'âge adulte. Cependant, les abus sexuels entraînent aussi des troubles dépressifs, le suicide et de graves troubles de la personnalité.

Les interactions familiales peuvent également être facteurs de troubles du comportement alimentaire. Reste à déterminer si les interactions familiales entraînent des troubles du comportement alimentaire ou si les interactions familiales pathologiques découlent de troubles du comportement alimentaire.

### Les facteurs socioculturels

L'environnement, les contraintes professionnelles, les contraintes sociales. D'une manière générale, notre neurobiologie s'adapte aux contraintes professionnelles.

Il faut faire attention aux études fondamentales relatives aux troubles du comportement alimentaire qui travaillent sur les rongeurs (le rat ou la souris) car, contrairement à l'Homme qui mange le jour, les rongeurs mangent la nuit. De ce point de vue, on ne

## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

sait pas avec précision si les résultats de ces travaux peuvent être adaptés à l'humain.

### Les facteurs génétiques

L'anorexie mentale serait héréditaire à 70 %. On a longtemps tiré à boulets rouges sur les parents ayant des enfants anorexiques mais des travaux ont mis en évidence le caractère génétique de l'anorexie ou de l'autisme, ce qui a permis de déculpabiliser les parents.

D'autres facteurs hypothétiques qui apparaissent dans la littérature, tels que l'infection virale durant la grossesse, le virus de la varicelle ou de la rubéole par exemple, augmenteraient le risque d'avoir un enfant anorexique. Reste à confronter ces hypothèses à d'autres travaux.

Au final, face à une patiente anorexique et/ou des parents en recherche d'explication sur l'anorexie de leur fille, au regard des différents facteurs que je viens de vous exposer, nous avons du mal à répondre à leurs questions.

### Trouble du comportement alimentaire - Définition

Avant de parler de la femme enceinte, je vais vous donner la définition du trouble du comportement alimentaire. Dans le cadre du comportement alimentaire dit normal, il peut y avoir de temps en temps des déviations alimentaires qui ne caractérisent pas un trouble du comportement alimentaire.

Plusieurs troubles du comportement alimentaire ont été identifiés :

**L'anorexie mentale** : il s'agit généralement de jeunes filles très minces qui refusent de s'alimenter. Elle se décompose sous deux formes : la forme classique restrictive et la forme boulimique, qui actuellement est plutôt en fréquence croissante.

**La boulimie nerveuse** : les patientes ont des crises compulsives alimentaires répétées plusieurs fois par semaine qui se terminent souvent par des vomissements. La moitié des malades boulimiques a un passé d'anorexique.

**Les troubles alimentaires atypiques**, dits les EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified) : on trouve dans cette catégorie l'hyperphagie

boulimique qui génère des crises compulsives alimentaires plusieurs fois par semaine accompagné d'un certain plaisir et sans refus de grossir. À cet effet, les patientes sont souvent en surpoids, voire obèses. Ce trouble, qui touche 4 à 6 % de la population, est largement sous-estimé puisque seulement 20 à 60 % de ces TCA sont traités.

D'une manière générale, les troubles du comportement alimentaire touchent plus souvent les femmes.

Dans la population féminine de 15 à 35 ans, on estime que : 7 à 10 % souffrent de compulsions alimentaires fréquentes ; 4 à 5 % souffrent de boulimie ; 1,5 % souffre d'anorexie.

La différence entre la boulimique et l'anorexique est que l'anorexique parvient à maigrir à travers une maîtrise de soi alors que la boulimique échoue quand elle s'engage dans cette démarche. Pour autant, je rappelle que les passages d'un sous-type de TCA à l'autre sont très fréquents.

### Troubles du comportement alimentaire chez la femme enceinte : comment repérer qu'elle souffre d'un TCA ?

Une étude sur des femmes de 24 à 34 ans a mis en évidence des pourcentages d'anorexie, de boulimie ou de « binge eating disorders » (BED) : 4,8 % de BED pendant la grossesse (Cf. Figure 6).

Les trois situations identifiables durant la grossesse :

- soit la grossesse va mener au trouble du comportement alimentaire : les patientes concernées avaient probablement un TCA masqué ;
- soit le TCA existe et il va interférer avec les capacités de procréation ;
- soit l'enfant, après la grossesse, va être vécu comme une difficulté traumatisante pour la mère.

**Première situation** : de la grossesse au TCA

Dans le cadre de cette situation, les patientes pensent souvent qu'elles sont guéries alors qu'elles ne le sont pas complètement ou alors qu'elles sont en rémission. Elles ont souvent un indice de masse corporelle trop juste ou elles ont tendance à contrôler leur alimentation, donc leur poids. Pour ce faire, elles se restreignent en matières grasses et en protéines.

Pour information, l'IMC est inquiétant lorsqu'il est en dessous de 17 ou 18 et, à partir de 16, on propose une

prise en charge très soutenue.

**Deuxième situation** : du TCA à la grossesse

Dans cette situation, on a tendance à dire que la fécondité est diminuée. Des études montrent qu'elle serait diminuée de 90 % en cas d'anorexie mentale. Pour faire simple, si une femme n'a pas de graisse, elle ne peut pas ovuler.

Cependant, la littérature, très abondante sur le sujet,

	Avant grossesse	Pendant grossesse	Avant et pendant la grossesse
Anorexie	0.1%		
Boulimie	0.7%	0.2%	0.2%
Binge eating disorder	3.5%	4.8%	2.0%

**Figure 6 : Troubles du comportement alimentaire chez la femme enceinte (Bulik, 2007)**

## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

montre que des grossesses sont possibles, d'où la nécessité pour une anorexique de prendre une contraception en cas d'ovulation spontanée. Il faut savoir que tous les symptômes rencontrés chez les anorexiques : l'hyperactivité physique, le tri alimentaire, les idées obsessionnelles, etc., découlent de la dénutrition, et que tous ces symptômes disparaissent dès que la patiente retrouve un poids normal.

L'étude de BULIK montre que sur 62 000 femmes enceintes, 50 % des femmes anorexiques n'avaient pas prévu leur grossesse contre 19 % des femmes sans TCA.

Par ailleurs, au regard des consultations de procréation médicalement assistée, il apparaît que 17 % des demandes sont issues de patientes anorexiques.

### **Troisième situation : le TCA après la grossesse**

La grossesse peut précéder le trouble du comportement alimentaire, donc le TCA démarre après la grossesse. Le facteur déclenchant est précisément la grossesse car durant cette période la femme grossit sans forcément manger plus parce que l'organisme se met en économie énergétique afin de faire des réserves pour l'allaitement et pour le développement du bébé. Durant cette période, il arrive que certaines femmes ne supportent pas cette prise de poids. La culture de la minceur véhiculée par les médias n'arrange rien.

Par ailleurs, mettre un enfant au monde n'est pas évident pour toutes les femmes. Parfois, le contexte n'est pas facile. Mettre un enfant au monde, c'est accepter de vieillir, d'avoir un rôle de mère et plus un rôle d'enfant, ce qui peut poser problème pour les personnes ayant eu une enfance difficile.

Les réponses à des questions, sur le désir ou le non-désir de l'enfant par le conjoint ou l'investissement du conjoint dans la grossesse par exemple, peuvent aussi être des facteurs déclenchant l'anorexie après la grossesse.

Il peut arriver que la grossesse aboutisse à un régime médical. Par exemple, on peut demander aux femmes qui font du diabète durant la grossesse de se restreindre, ce qui peut générer des troubles du comportement alimentaire ; des régimes imposés d'un point de vue médical peuvent déclencher des troubles du comportement alimentaire.

Au niveau des patientes boulimiques, la fécondité est beaucoup moins étudiée. Les carences et les vomissements aggravent la malnutrition et diminuent les chances d'être enceinte (de 40 à 50 %) mais elles le sont moins que dans l'anorexie.

D'après les études, la fécondité serait plutôt limitée par la difficulté à vivre en couple des patientes boulimiques que par l'absence d'ovulation. Même si les crises diminuent durant la grossesse, une patiente boulimique sur deux n'arrive pas à arrêter les crises de vomissements. Elles ont souvent des évictions alimentaires, des sauts de repas, la prise de poids est mal vécue et elles sont souvent sujettes à troubles dépressifs durant le post-partum.

## Quelques études sur les TCA et femmes enceintes

### **L'étude de MICALI**

Elle concerne des femmes enceintes ayant un TCA récent, des anorexiques et des boulimiques. Cette étude met en exergue une poursuite des symptômes durant la grossesse. Ce n'est pas parce que les femmes sont enceintes, qu'elles peuvent supprimer leurs symptômes. À cet égard, elles continuent à adopter des régimes hypocaloriques intenses et elles ont plus souvent des vomissements, voire les provoquent, que les femmes sans TCA. Elles utilisent des laxatifs et elles conservent une activité physique malgré leur grossesse.

Concernant les femmes enceintes en rémission de TCA avant d'être enceinte, on pourrait penser que la grossesse les protégerait de la réapparition de symptômes. Il s'avère que ce n'est pas forcément le cas. Même s'ils sont de moindre intensité par rapport à un TCA récent, des symptômes réapparaissent, tels que la crainte de grossir, l'angoisse face à l'obésité, etc. Elles ont le sentiment d'être trop grosses.

### **L'étude de WATSON**

Elle étudie la prévalence des TCA durant la grossesse et se rapproche de la prévalence hors grossesse. Pour lui, il est plus rare que les femmes enceintes boulimiques développent un TCA.

La conclusion de ces deux études est que la grossesse ne guérit pas d'un TCA. Il faut donc surveiller les femmes qui ont un TCA avant la grossesse. En cas d'anorexie et de troubles du comportement alimentaire, de manière générale, la grossesse doit être considérée comme une grossesse à risque. Des complications peuvent se présenter aussi bien pendant la grossesse (atteinte de l'enfant) qu'au moment de l'accouchement (atteinte de la mère).

### **L'étude d'HOFFMAN de 2011**

Elle porte uniquement sur les anorexiques. Elle met en évidence une régression ou une stagnation des troubles chez la majeure partie de ces patientes anorexiques avec un risque de résurgence majeure en post-partum. Leurs préoccupations par rapport à la prise de poids sont moins actives avec une tendance à la diminution des conduites de purge. Cependant, les patientes anorexiques suivies dans le cadre de l'étude avaient une activité physique plus accrue et des comportements tabagiques plus importants.

Beaucoup d'études portent sur les complications des TCA pendant et après la grossesse. Pour plusieurs d'entre elles, les résultats sont concordants sur les risques suivants :

- les fausses couches et morts intra-utérines : à Clermont-Ferrand, une patiente enceinte de jumeaux qui se faisait vomir plusieurs fois par jour a perdu ses jumeaux à 5 mois de grossesse ;
- les accouchements par césarienne ;
- les accouchements prématurés ;
- les petits poids de naissance : dans un contexte de

## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

retard de croissance intra-utérin, le bébé ne grossit pas suffisamment.

- Les patientes ayant un TCA sont exposées à un retard de croissance intra-utérin ;
- Les bébés sont sujets à une baisse du périmètre crânien jusqu'à l'âge 18 mois et à un retard de langage ; la tendance est plus importante chez les boulimiques que chez les anorexiques ;
- Les anorexiques sont plus exposées à des complications obstétricales à cause des comportements de purge.

Une étude de 2013 porte sur l'évolution des TCA durant la période du post-partum. Il apparaît qu'à 18 mois du post-partum, le pourcentage de femmes en rémission d'un TCA est important : 50 % pour l'anorexie mentale, quasiment 40 % pour la boulimie, et plus de 40 % pour les deux autres sous-types de TCA. Pour autant, ce n'est pas systématique et les passages d'un TCA à l'autre restent possibles.

### TCA et tabagisme

Tous ces risques sont à mettre en lien avec le faible indice de masse corporelle de la mère et un tabagisme plus fréquent.

Je trouve curieux que le facteur tabac ne soit pas pris en compte dans le cadre de ces études, mise à part celle de l'INA en 2013, dans laquelle le facteur tabac est pris en compte d'une manière générale. Leurs remarques consistent à dire que les patientes qui ont un TCA fument moins que celles qui n'ont pas de TCA et que, par conséquent, on ne peut pas dire que c'est à cause du tabac qu'il y a plus de fausses couches, de morts intra-utérines, etc. Il serait intéressant qu'une



étude prenne en compte le facteur TCA et le facteur tabac pour déterminer les réelles corrélations.

### Les mummyrexies ou pregnorexies

Je voudrais maintenant vous parler des nouvelles formes de TCA durant la grossesse : les mummyrexies et les pregnorexies. Le phénomène est véhiculé par des stars enceintes qui restent minces ; elles peuvent encore porter du 34 ou 36 pendant leur grossesse. Toute la presse, l'Express, le Monde, les magazines de santé ou de psychologie, parlent de ces stars ayant des grossesses filiformes.

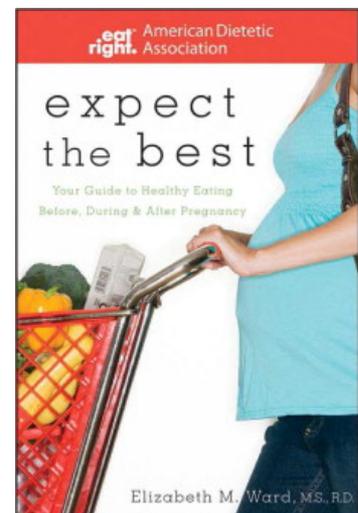
« La mummyrexie, quand la grossesse ne pèse pas lourd » est l'obsession de la taille zéro. Dans ce cadre, on ne parle pas de déni de grossesse mais de déni de maternité. La différence est que les patientes veulent un bébé mais, sans les conséquences de la grossesse en termes de transformations physiques.

La mummyrexie est un nouveau trouble alimentaire à la mode et qui inquiète beaucoup les professionnels de santé. L'objectif de ces femmes est de rester les plus minces possible durant toute la grossesse.

Aujourd'hui, on a des femmes en consultation qui ont pris seulement 6 kg, c'est-à-dire le poids du bébé et du placenta. Une fois qu'elles ont accouché, elles ont perdu tout leur poids. Le problème est que cette pratique est extrêmement dangereuse à la fois pour la mère et l'enfant, dont le développement risque d'être très sérieusement altéré.

Un psychiatre, Gérard APFELDORFER, s'est penché sur cette nouvelle tendance. D'un point de vue psychologique, il dit que l'enfant appelé à naître est considéré comme un parasite par sa mère ; il est perçu comme celui qui détruit le corps. Cette rancœur peut sérieusement compliquer la construction du lien mère-enfant ; il peut en découler des relations compliquées avec des troubles psychologiques et du développement. Il faut absolument que les professionnels de santé amènent ces femmes à mieux accepter leur corps, notamment leur corps de femme enceinte.

Le journal American Dietetic Association s'est penché sur la question et a mis en place quelques critères nous permettant de repérer les signes d'alerte de la pregnorexie, notamment en cas d'historique de troubles du comportement alimentaire ; lorsque la femme enceinte parle de la grossesse comme si elle n'était pas réelle, en cas de comportements obsessionnels vis-à-vis des calories plutôt que sur sa santé en général, quand la



## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

femme enceinte prend seule ses repas ou les saute, lorsque le support affectif est moyen.

En cas d'identification de ces signes d'alerte, il est recommandé :

- d'orienter la patiente vers un professionnel de la santé mentale, et des groupes à orientation thérapies cognitivo-comportementales ;
- de demander à la patiente de tenir un journal sur son alimentation afin d'en discuter au cours des prochaines séances ;
- de voir régulièrement la patiente pendant la grossesse.

### Rôle des professionnels de santé

#### Comment organiser les consultations de grossesse en cas de TCA

Chez les femmes en âge de procréer :

- 9 à 10 % présentent une attention exagérée vis-à-vis de leur poids et leur silhouette ;
- 4 à 9 % souffrent ou ont souffert de troubles des conduites alimentaires.

La grossesse est un moment critique dans un contexte de troubles du comportement alimentaire : c'est une grossesse à risque, aussi bien pour la mère que pour l'enfant (malgré les quelques résultats contradictoires). Comme les patientes sont secrètes, comme elles n'en parlent pas, la problématique est largement sous-estimée. Une étude a d'ailleurs montré que les gynécologues obstétriciens passent souvent à côté du TCA pendant la grossesse. Dans ce contexte, le rôle des sages-femmes, qui sont en premier plan, est important pour détecter les signes et les symptômes, et pour pouvoir orienter ces femmes vers les consultations adaptées.

#### Le dépistage

Pour les professionnels, dans la mesure où à peine la moitié des patients souffrant d'un TCA demande un traitement, le dépistage est difficile. Cet état de fait est dû au déni et à la honte mais il peut aussi y avoir une confusion avec les symptômes de début de grossesse, les nausées et les vomissements, vis-à-vis desquels il est parfois difficile de faire la part des choses : il n'existe pas d'échelle permettant de les distinguer.

Les consultations prénatales sont propices aux dépistages. Il faut garder à l'esprit qu'il peut y avoir une amélioration des symptômes pendant la grossesse. Les femmes enceintes étant très sensibles et réceptives aux conseils des professionnels de santé pendant la grossesse, il est important de les responsabiliser envers leur enfant, sans les culpabiliser : essayer d'améliorer l'image qu'elles ont d'elles-mêmes en donnant un sens à la prise de poids, tout en exposant les risques d'une non-prise de poids pendant la grossesse. Tout IMC

bas, inférieur à 18, en début de grossesse doit interpeller.

#### **D'une manière générale, il faut se méfier :**

- de la faible prise de poids au deuxième trimestre ;
- de la perte de poids durant la grossesse ;
- en cas d'hyperémèse gravidique ;
- en cas de puberté tardive et de règles irrégulières qui peuvent supposer un TCA durant l'adolescence ;
- en cas de grossesses à un jeune âge ;
- les conduites de perfectionnisme, d'obsession et d'anxiété ;
- l'impulsivité ou le sentiment de perte de contrôle ;
- en cas de peu d'estime de soi ;
- en cas de fuite du regard ou de comportement mal à l'aise ;
- en cas d'antécédents familiaux de TCA ou d'autres pathologies mentales (épisodes dépressifs, troubles de l'humeur, troubles anxieux, abus sexuels, abus de substances) ;
- en cas de tabagisme.

#### **Dans le cadre des consultations, les professionnels peuvent poser des questions ouvertes :**

- Comment vous sentez-vous par rapport à votre poids ?
  - Suivez-vous un régime actuellement ?
  - Quelles sont vos habitudes alimentaires ?
  - Exercez-vous une activité physique ?
  - Prenez-vous des laxatifs ?
  - Quels sont vos poids minimum et maximum ?
- Il existe par ailleurs des questionnaires standardisés mais ils ne sont pas validés pendant la grossesse.

#### **Le questionnaire SCOFF**

Par exemple permet de détecter facilement les troubles du comportement alimentaire à travers 5 questions. Seulement 2 réponses positives à ce questionnaire révèlent des troubles alimentaires chez la patiente.

**Figure 7: Body Shape Questionnaire – 8C**

Item 1	Avez-vous peur de devenir ronde (ou plus ronde) ?
Item 2	Vous sentir remplie (après un repas copieux par exemple) vous a-t-il fait vous sentir ronde ?
Item 3	Penser à votre silhouette trouble-t-il votre capacité à vous concentrer (pendant que vous regardez la télévision, vous discutez...) ?
Item 4	Avez-vous imaginé vous faire enlever des parties rondes de votre corps ?
Item 5	Vous-êtes vous sentie excessivement ronde ?
Item 6	Avez-vous pensé que vous avez la silhouette que vous méritez à cause d'un manque de contrôle sur vous-même ?
Item 7	Etes-vous mal à l'aise lorsque vous regardez votre silhouette dans un miroir ?
Item 8	Avez-vous été particulièrement préoccupée par votre silhouette quand vous êtes en compagnie d'autres personnes ?

# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

## **Issu d'un mémoire de sage-femme**

Le questionnaire sur les troubles du comportement alimentaire pendant la grossesse, pose également des questions intéressantes, dont :

- Avez-vous peur de devenir ronde ?
- Vous sentir remplie, vous fait-il vous sentir ronde ?
- Penser à votre silhouette trouble-t-il votre capacité à vous concentrer ?

## **L'examen clinique**

L'examen clinique peut être très révélateur.

L'hypokaliémie, l'érosion des dents, l'IMC bas, la bradycardie, etc., sont les signes cliniques classiques de l'anorexie.

## **Le suivi anténatal**

Si possible, le suivi anténatal doit se faire avec une seule sage-femme référente. Dans les CHU, ce sont souvent des sages-femmes différentes mais, en cas de pathologie psychiatrique, il est important qu'il y ait toujours la même personne afin d'installer un lien de confiance, avec un soutien inconditionnel, sans jugement et avec empathie.

Dans le cadre de ce suivi, il est nécessaire de :

- parler de la nécessité des bénéfices d'une alimentation équilibrée et des risques inhérents à des comportements inadéquats ;
- discuter sur les peurs et angoisses que peut avoir la patiente ;
- identifier les besoins ;
- apporter de l'information ;
- renforcer le sentiment de contrôle, de compétences, sans culpabilisation ni de stratégie de la peur ;
- expliquer tous les examens et résultats médicaux pour une meilleure compréhension des enjeux ;
- aider à l'arrêt du tabac et des autres substances ;
- mesurer le poids demander à la patiente si elle souhaite le connaître ;
- discuter du poids qu'en cas d'extrême nécessité, c'est-à-dire s'il est trop faible ;
- orienter la question du poids sur la santé fœtale pendant la grossesse, et pas forcément sur celui de la maman.

## **Durant la période postnatale**

Sachant que des femmes risquent de développer une dépression en période post-partum, il faut :

- faire des visites régulières durant le post-partum ;
- continuer à évaluer le trouble alimentaire ;
- rassurer les patientes ;
- parler de l'allaitement, qui est peu fréquent dans un contexte de TCA car les préoccupations sont aussi majeures pour le poids de l'enfant ;
- ne pas oublier les suppléments en calcium et en vitamine D en cas d'allaitement ;
- avoir un suivi avec le pédiatre afin de suivre la courbe de croissance de l'enfant ;
- parler de la contraception ;
- éviter la contraception orale chez les femmes qui se font vomir.

## **En conclusion**

Alors que le dépistage des TCA en anténatal est indispensable, il est largement sous-estimé. Il est important d'instaurer un climat de confiance et de fournir les clés et les encouragements nécessaires aux femmes souffrant d'un TCA afin de mettre leurs habitudes alimentaires en adéquation avec leur santé et celle de leur enfant. Cette démarche nécessite un travail en réseau et multidisciplinaire.

Je vous remercie de votre attention.

## **La salle réagit...**

### **Pierre-Antoine MIGEON**

Merci, Audrey, pour ce bel exposé complet, à l'écoute duquel il apparaît que je dois changer mes pratiques car il m'arrive très volontiers de remonter les bretelles aux femmes qui prennent trop de poids durant leur grossesse et de peu m'inquiéter de celles qui n'en prennent pas ou qui en perdent.

Je voudrais également remercier Audrey d'avoir remis les sages-femmes – les référents indispensables – au centre de son exposé à plusieurs reprises. La pénurie d'obstétriciens se faisant ressentir, ils s'occupent plus des pathologies, et les sages-femmes se retrouvent parfois démunies face à ces femmes.

Y a-t-il des questions dans la salle ?

### **Étienne ANDRÉ**

Vous nous avez parlé du déni de maternité complémentaire au déni de grossesse. Pour ma part, j'ai l'impression d'avoir déjà vu des fumeurs en train d'arrêter de fumer, qui faisaient des efforts pour arrêter de fumer tout en niant les difficultés, alors qu'ils rechutaient régulièrement. Un parallèle est-il possible entre le déni de maternité et le déni de l'arrêt du tabac, alors que l'on est en train d'arrêter de fumer ?

### **Audrey SCHMITT**

La question peut également se poser concernant les troubles cognitifs qui peuvent engendrer une addiction. Des fumeurs sont effectivement dans le déni des conséquences du tabac. La question est de savoir si l'addiction – quand elle est installée – peut entraîner chez ces patients un trouble du jugement.

Les patientes en déni de maternité veulent un enfant mais elles sont dans un trouble du jugement par rapport au poids et à leur alimentation.

### **Étienne ANDRÉ**

Ma question porte plutôt sur les fumeurs qui sont en train d'arrêter de fumer tout en niant toutes les difficultés auxquelles ils sont confrontés ou ils vont être confrontés. Du coup, je m'interroge sur les conséquences d'un tel comportement (déprime, prise de poids, etc.).

### **Audrey SCHMITT**

D'une manière générale, beaucoup de cliniciens tendent à considérer que le trouble du comportement alimentaire est une addiction. À partir de là, on peut donc faire le parallèle. C'est une addiction à la restriction, à la prise alimentaire compulsive, etc.

## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

### Pierre-Antoine MIGEON

S'il n'y a pas d'autres questions, avant de clôturer cette première session, il nous reste à remercier les trois intervenants qui sont intervenus sur le thème des nouvelles addictions ;

Je retiendrais l'idée de Mme DAVID quant au fait qu'il faut offrir un point d'ancrage à ces patientes afin de les aider à préparer l'avenir ; l'idée de M. ANDRÉ quant au fait que l'on est dans le numérique 2.0 et qu'il faut

se mettre à jour tous les six mois, voire plus fréquemment, sur la cigarette électronique ; l'idée de Mme SCHMITT quant au fait qu'il ne faut pas sous-estimer les troubles du comportement alimentaire chez la femme enceinte et qu'il faut autant s'inquiéter de ses prises de poids que de ses pertes de poids.  
Merci à vous.

## SESSION II : PSYCHOLOGIE ET GROSSESSE

### Anne-Sophie RONNAUX-BARON

Je souhaite à nouveau remercier notre partenaire fidèle, les Hospices Civil de Lyon et ceux qui nous ont permis d'organiser cette journée.

N'oubliez pas de nous remettre vos fiches d'évaluation qui nous permettront d'organiser la prochaine journée MAT'AB selon vos suggestions et remarques.

Je laisse à présent la parole à Mme le Dr Marie MALECOT, notre présidente de la session cette après-midi.

Je vous remercie.

# Connaissances et pratiques du personnel médical lors de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse hospitalisée pour grossesse pathologique

**Marie MALECOT**

**Médecin Tabacologue**

Bonjour à tous, je suis tabacologue dans plusieurs centres à Lyon : les Hospices Civils de Lyon, l'Hôpital Saint-Joseph Saint-Luc et au Centre Départemental d'Hygiène et de Santé. Nous allons avoir une présentation cette après-midi à la fois éclectique,

savante et distrayante. Notre première intervenante Alexandra VILBOUX, sage-femme à la Croix-Rousse et toute nouvelle tabacologue, va nous présenter son mémoire et nous donner certaines préconisations sur la grossesse pathologique

**Alexandra VILBOUX**

**Sage-femme Tabacologue**

Bonjour à tous. Jeune tabacologue, je vais vous présenter le travail réalisé pour mon mémoire sur le thème *tabac et grossesse à haut risque* en grande partie par rapport à mon expérience de sage-femme pour et cela deux raisons.

La première raison est que les femmes fumeuses hospitalisées en grossesse pathologique sont nombreuses. À l'Hôpital de la Croix-Rousse, les femmes traitées pendant 48 heures au Tractocile pour une menace d'accouchement prématuré ou celles hospitalisées pour un placenta prævia et métrorragies sont celles qui sortent fumer après la période de traitement. Or, le tabac ne fait pas bon ménage et va à l'encontre de la thérapeutique proposée dans le cadre des grossesses pathologiques.

La seconde raison est liée à l'expérience sur le terrain. Dans le service, cette alliance thérapeutique est difficile à créer avec les patientes car traiter le tabac demande une formation et des moyens.

Sur la base de ces deux constats, j'ai décidé d'effectuer une étude de terrain pour évaluer le personnel soignant, tant dans leur pratique que dans leur connaissance.

Pour ce faire, je me suis posée comme problématique de départ : *pourquoi y a-t-il encore autant de femmes hospitalisées qui fument ?*, à partir de laquelle j'ai élaboré différentes hypothèses.

**Hypothèses de travail sur l'évaluation des connaissances sur le tabac :**

- les risques du tabac sur la grossesse étaient peu connus de la part des professionnels ;
- la persistance de certaines croyances.

Je précise que je suis partie du postulat que tout le personnel était formé.

**Hypothèses de travail sur l'évaluation de la pratique dans le service :**

- la méconnaissance du conseil minimal ;
- l'image négative de la femme enceinte ;
- la gêne du personnel soignant à aborder la thématique tabac / femme ;
- le manque de connaissances des outils de dépistage.

J'ai adressé un questionnaire anonyme, divisé en trois parties, à tout le personnel médical au contact des patientes (sages-femmes, étudiantes sages-femmes,

obstétriciens, anesthésistes et internes) en charge de traiter les grossesses pathologiques. Ce questionnaire m'a permis de leur proposer des outils en fonction de leurs connaissances et de leurs pratiques.

Sur les 99 questionnaires émis, 81 m'ont été retournés, j'ai donc eu un excellent taux de participation.

## Les résultats de l'enquête

### Les connaissances

15 % du personnel médical sont fumeurs, ce qui est inférieur à la moyenne nationale. Cet élément est intéressant car des études ont montré que les médecins généralistes fumeurs ont tendance à moins poser la question sur le tabagisme auprès de leur patiente dans le cadre du conseil minimal.

46,9 % du personnel médical (autant dire la moitié) n'ont pas eu de formation sur le tabac. Autrement dit, certaines personnes n'ont pas entendu parler du tabac ni lors de leur formation initiale, ni lors d'une formation continue. Une chose est sûre : le tabac est une priorité de santé publique pour tous.

Le ressenti vis-à-vis d'une femme enceinte fumeuse est plutôt négatif. Il est donc important de porter une attention particulière sur l'alliance thérapeutique avec la femme enceinte fumeuse pour permettre l'aide au sevrage.

S'agissant des connaissances, deux personnes sur trois connaissent les risques du tabac sur la grossesse. Globalement, elles savent que le retard de croissance en est une conséquence et qu'un hématome rétroplacentaire sur cinq est un risque directement attribuable au tabac. Le retard de croissance par hypoxie fœtale est le risque le plus connu parmi les professionnels.

D'une manière générale, les personnes issues de la formation initiale ont de meilleures connaissances que celles issues de la formation continue.

### Les croyances

Deux personnes sur trois préconisent l'arrêt total du tabac plutôt qu'une consommation minimale et savent qu'il est possible de fumer avec un patch. Pour autant,

# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

50 % pensent que l'arrêt du tabac n'est qu'une question de volonté.

D'une manière générale, les personnes issues de la formation initiale ont moins de croyances que celles issues de la formation continue et, évidemment, celles qui n'ont pas eu de formation.

## La pratique dans le service

Le conseil minimal n'est appliqué que par 30 % du personnel de façon systématique. Les médecins, anesthésistes, obstétriciens ainsi que les internes qui pratiquent la consultation ont tendance à plus poser la question du conseil minimal dans le cadre de l'analyse systématique, ce qui n'est pas le cas des sages-femmes qui travaillent au quotidien auprès de ces patientes.

D'une manière générale, les personnes issues de la formation continue ont de meilleurs résultats sur ce point.

- Seulement une personne sur dix recherche un tabagisme passif alors que le tabagisme du conjoint ou de l'entourage doit absolument être pris en charge dans le cadre d'un sevrage.
- S'agissant du suivi au sein du service des grossesses pathologiques, une personne sur deux n'est pas du tout gênée à l'idée d'aborder le tabagisme avec une patiente, ce qui va à l'encontre de mon hypothèse de départ puisque je pensais que le personnel était gêné à l'idée d'aborder le sujet.
- Lors de l'hospitalisation, la question du tabac est rarement abordée lorsque la patiente a arrêté de fumer et elle l'est d'autant moins lorsque la patiente ne veut pas arrêter.
- S'agissant de la connaissance des outils, le protocole explicatif sur la connaissance des outils, validé en mars dernier au sein du service relatif à la salle d'accouchement, les suites de couches et les grossesses pathologiques, est connu de seulement 21 % du personnel, donc 79 % du personnel ignorent l'existence de ce protocole.
- Seulement la moitié du personnel a déjà utilisé un CO Testeur.
- Les deux tiers des professionnels ne sont pas à l'aise avec l'utilisation des substituts nicotiques, alors qu'ils sont à disposition dans le service.

Globalement, beaucoup de choses sont à remettre en plat pour que le service fonctionne de manière

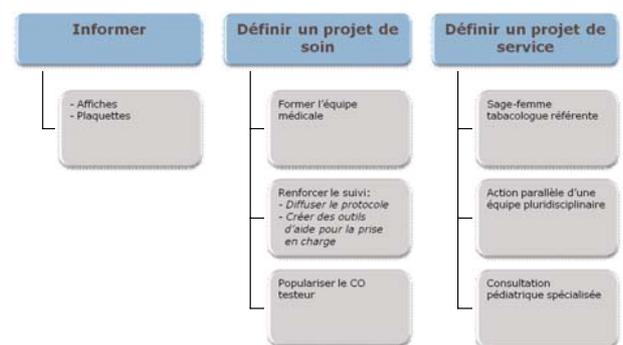
optimale.

## Les conclusions s'imposent d'elles-mêmes :

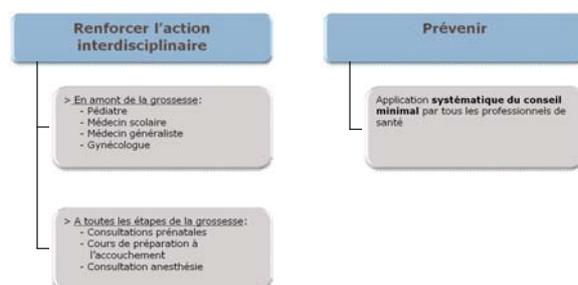
- Sur le niveau de formation, il est insuffisant, alors que l'on sait qu'un professionnel formé entraîne deux fois plus de patientes vers le sevrage.
- Sur les sentiments négatifs vis-à-vis de la femme enceinte fumeuse, le personnel a beaucoup parlé de la responsabilité de la maman via un discours plutôt négatif : « *pauvre gosse* » ou « *encore un qui n'est pas aidé* » ou « *cette maman n'est pas du tout responsable* », ce qui est un frein à l'alliance thérapeutique puisque l'empathie est très importante dans le cadre de cette démarche. Il est important que les professionnels comprennent que le tabac est une dépendance autant physique que psychologique.
- Sur les connaissances et croyances, les résultats sont corrects mais ils restent à approfondir.
- Sur le conseil minimal, il est important qu'il soit systématiquement proposé car, une fois que c'est le cas, on a plus de chance d'entraîner des patientes vers la voie du sevrage.
- Sur l'utilisation du CO Testeur, il apparaît qu'il n'est pas utilisé à l'Hôpital de la Croix-Rousse alors qu'il faudrait le populariser. Il doit être utilisé au même titre que le tensiomètre, c'est-à-dire dès l'entrée de la patiente en grossesse pathologique qu'elle soit fumeuse ou non.
- Sur le protocole explicatif relatif à la connaissance des outils, il faut le diffuser très largement car il est basé sur l'entretien motivationnel. Or, en termes d'efficacité, on sait que cet entretien entraîne plus de patientes vers le sevrage.
- Sur la prise en charge et le suivi, ils sont trop timides au sein du service.



## Renforcer la prise en charge pendant l'hospitalisation



## Agir avant l'hospitalisation



## Préconisations issues du bilan

### Renforcer l'action interdisciplinaire

Elle le fait via le pédiatre durant la petite enfance; le médecin scolaire dans le cadre de diverses réunions ou de visites au sein des lycées; le médecin généraliste en termes de dépistage; le gynécologue, notamment lors de la première délivrance de la pilule; dans le cadre des consultations prénatales. À l'Hôpital de la Croix-Rousse, lorsque la patiente passe auprès d'une sage-femme pour évaluer son dossier, la

# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

question du tabac est systématiquement posée. Si la réponse est positive, on lui propose immédiatement une consultation auprès d'une sage-femme tabacologue déjà sur place.

Les cours de préparation à l'accouchement : il serait peut-être pertinent de faire un cours spécialement dédié aux femmes fumeuses, sans pour autant les pousser à la culpabilité, ni les stigmatiser, mais pour leur proposer des solutions.

La consultation anesthésiste, sachant que la question est posée de manière systématique car pour les anesthésistes le tabagisme est un paramètre important à prendre en compte.

L'application systématique du conseil minimal par tous les professionnels de santé.

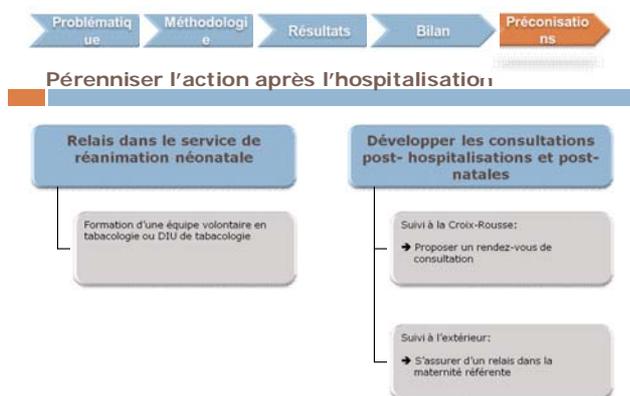
## Renforcer la prise en charge pendant l'hospitalisation

- Informer : pour améliorer la pratique, les professionnels considèrent qu'une plaquette d'information dédiée aux grossesses pathologiques serait bénéfique, de même que des affiches en matière de sensibilisation lors des visites, aussi bien vis-à-vis des patientes que de leur entourage.

- Définir un projet de soins.

- Former l'équipe médicale.

J'ai proposé une formation en deux temps : une première formation théorique, avec de la physiopathologie pour expliquer ce qu'est le tabac, la dépendance à la nicotine, la dépendance comportementale ; une présentation du protocole ; la mise en place d'une thérapie avec les substituts nicotiques. Une seconde formation via un groupe de parole pour exposer les difficultés auxquelles le personnel est confronté et le type de patients qu'il est appelé à rencontrer ; effectuer des jeux de rôle pour essayer de contrer les difficultés à aborder la question du tabagisme et amener la patiente vers la voie du sevrage.



## Renforcer le suivi en diffusant largement le protocole

### Créer des outils d'aide pour la prise en charge

Pour le service des grossesses pathologiques, j'ai proposé la mise en place d'un classeur comprenant le protocole en couleur suivi des feuilles de *staff* dans lesquelles sont résumées les différentes hospitalisations des patientes, y compris le statut

tabagique. Ces fiches sont consultables par la totalité du personnel soignant (médecins, internes, sages-femmes). J'ai dans l'idée d'ajouter un feuillet relatif au suivi du sevrage tabagique de la patiente afin que la situation de la patiente puisse être évaluée à chaque visite du médecin et de la sage-femme.

### Populariser le CO Testeur :

Il doit être utilisé de façon systématique et reproposé dans la dynamique du sevrage afin d'encourager la patiente au regard des résultats.

### Définir un projet de service avec une sage-femme tabacologue référente :

Proposer des consultations en grossesse pathologique ; proposer une thérapie avec les substituts nicotiques et un suivi de la patiente ; accompagner et aider le personnel soignant (sages-femmes et médecins) à continuer les soins au sein du service.

## Actions parallèles d'une équipe pluridisciplinaire

L'Hôpital de la Croix-Rousse a la chance de disposer d'une équipe fantastique et dynamique : des sages-femmes sont titulaires du DU Acupuncture, des sages-femmes sont homéopathes, des médecins pratiquent l'hypnose, la psychologue et la diététicienne sont disponibles.

Il me paraît indispensable de compléter l'action de la sage-femme, du tabacologue et du personnel soignant avec de la thérapie spécifique au tabac et une prise en charge psychologique, à travers de l'acupuncture pour la détente ou de l'homéopathie. Il ne faut pas oublier que l'hospitalisation en grossesse pathologique est un moment difficile pour une future maman.

J'ai évoqué la pertinence d'une consultation pédiatrique spécialisée car les pédiatres ont un rôle déterminant au sein des grossesses pathologiques. Ils informent les parents sur ce qui va se passer dans le service de réanimation néonatale. On pourrait réfléchir – toujours sans culpabiliser les parents et encore moins la maman – à une consultation pédiatrique spécialisée vers le tabac, en réexpliquant le facteur de risque qu'il représente et ce que l'on pourrait faire.

Pour pérenniser l'action après l'accouchement, j'ai pensé à la mise en place d'un relais dans le service de réanimation néonatale en proposant une formation en tabacologie à une équipe volontaire (infirmières puéricultrices ou médecins en réanimation). Cela permettrait une continuité dans la prévention du tabagisme passif car quand l'enfant va rentrer à la maison et le tabac sera toujours présent, il me semble donc important de le prendre en compte.

J'ai également évoqué le développement des consultations post-hospitalisations et postnatales. Pour les patientes suivies à l'Hôpital de la Croix-Rousse, il pourrait leur être proposé un rendez-vous de consultation. Si la patiente n'a pas accouché, il faut continuer à pérenniser l'action avec la sage-femme de consultation ; si la patiente a accouché, l'action peut être pérennisée durant les six mois du post-partum.

## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

Enfin, j'ai proposé de garder et créer un lien avec les tabacologues dans les maternités extérieures pour s'assurer qu'il y a un relais, donc ne pas laisser la patiente évoluer seule, notamment lors des transferts *in utero*.

### Conclusion

A l'issue de ce premier état des lieux de la Maternité de la Croix-Rousse, il apparaît qu'un gros travail est à proposer. Pour le moment, les résultats sont mitigés mais l'enquête est très positive. Globalement, je pense que les professionnels ont été intéressés par le questionnaire et sont intéressés quant à la possibilité de suivre une formation.

Depuis la présentation de mon mémoire, j'ai quitté l'Hôpital de la Croix-Rousse mais j'ai délivré une formation au mois de janvier avec l'aide de la sage-femme tabacologue sur place. La formation s'est déroulée en deux temps : une présentation de la physiopathologie et une discussion de plus d'une heure sur le profil « des patientes fumeuses », la manière de les aborder et de les accompagner. Les sages-femmes présentes ont réellement apprécié cette formation. J'avoue que j'ai eu une petite phase de déception car elles n'étaient pas très nombreuses mais cela m'a permis de rebondir. Je me suis en effet

rendu compte qu'il fallait mener un gros travail de terrain pour avoir des résultats.

Pour moi, ce projet de service démarre maintenant puisqu'une petite part de mon activité devrait être dédiée à la consultation des grossesses pathologiques. J'espère pouvoir les accompagner et que nous allons avoir de bons résultats.

Merci.

### Marie MALECOT

Merci, Madame VILBOUX, pour cette présentation extrêmement intéressante. Comme nous sommes quelque peu en retard, je vous propose de revenir aux questions à la fin de la session.

En écho à la fin de l'intervention de Mme VILBOUX, je vous informe que l'IRAAT va proposer des formations, notamment pour les sages-femmes, l'année prochaine. Toutes les informations seront disponibles sur le site.

Notre interlocuteur suivant, Frédéric MERSON, travaille en psychologie sociale au Dispensaire Émile Roux de Clermont-Ferrand et prépare une thèse en psychologie sociale à Lyon II. Il va nous parler de la précarité, de la femme enceinte et nous en donner quelques clés.

## Sevrage tabagique de la femme enceinte en situation de précarité sociale

**Frédéric MERSON**  
**Psychologue**

Je tiens à remercier l'IRAAT de m'avoir proposé cette communication qui s'intéresse au sevrage tabagique de la femme enceinte en situation de précarité sociale. Je vais d'abord vous présenter les spécificités liées au contexte de précarité. Ensuite, je vous exposerai quelques résultats sur le lien existant entre le statut socio-économique et le tabagisme féminin et les risques liés au tabagisme pendant la grossesse. Enfin, je vous proposerai une prise en charge de ces risques.

### Les contextes de la précarité

Afin de mieux comprendre les contextes de la précarité, il faut d'abord définir ce qu'on entend par précarité. Selon la définition officielle proposée par WRESINSKI datant de 1987, la précarité est l'« Absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux ».

Dans les contextes de précarité, il faut retenir deux notions au centre de la définition de la précarité, à savoir : l'instabilité et l'incertitude. Ce sont ces deux notions qui vont permettre de distinguer la pauvreté de la précarité.

Dans cette situation de précarité, on va retrouver une intégration psychologique des conditions de vie accompagnée d'une adaptation aux situations sociales. Dans le rapport au temps, il va y avoir une réduction des horizons temporels futurs avec une centration sur le présent qui correspondrait à la meilleure adaptation de la forme de vie imposée. On peut retrouver cette modification dans d'autres situations chroniques comme l'exclusion, la pauvreté, l'emprisonnement ou la maladie.

### Statut socio-économique et tabagisme féminin

Au niveau du lien existant entre tabagisme et précarité, avec Jean PERRIOT, Michel UNDERNER, Gérard PEIFFER et Nicolas FIEULAIN, nous avons élaboré une revue de littérature qui porte sur 133 publications. Elle s'intéresse aux intentions, aux tentatives d'arrêt, à la réussite et au contexte dans lequel évoluent les fumeurs en situation de précarité.

Les résultats montrent une augmentation de la prévalence dans cette population, quelle que soit l'évaluation du statut socio-économique : mesuré par le niveau d'éducation, la catégorie socioprofessionnelle, les revenus, le fait d'avoir un emploi ou des scores de précarité. Les intentions et comportements d'arrêt sont inférieurs dans les populations les plus défavorisées. On constate également un impact négatif sur la réussite, notamment à cause des difficultés liées à l'accès aux aides et des effets secondaires liés à l'arrêt qui sont d'autant plus saillants dans ces populations.

Pour comprendre ces résultats, il faut prendre en compte le contexte dans lequel évolue la personne. Dans ces populations, on est face à des normes plutôt positives envers le tabac et le soutien social est restreint. Du coup, le tabagisme a un certain nombre de fonctions importantes, notamment une fonction socialisante. Le tabagisme est un outil identitaire et de coping permettant de gérer l'anxiété ; il représente une béquille dans une situation difficile et un outil identitaire.

Au sein de ces populations, les niveaux de dépendance et de consommation sont plus importants. On remarque une prévalence des troubles anxio-dépressifs plus élevée, des co-addictions plus fréquentes. L'accès aux soins est plus difficile et l'aide a une représentation négative. Les campagnes de prévention fonctionnent moins bien dans les populations défavorisées que dans le reste de la population.

Entre 2005 et 2010, on observe une augmentation de la prévalence au niveau du tabagisme féminin et, d'ici 2020, au-delà de l'incertitude face à la cigarette électronique, il pourrait y avoir autant de femmes fumeuses que d'hommes. On s'attend donc à une augmentation de la bi-mortalité dans les prochaines années.

Chez la femme enceinte, le tabagisme a un certain nombre de conséquences que vous connaissez certainement mieux que moi (pathologies obstétricales, grossesses extra-utérines, avortements spontanés, etc.). Le tabagisme a également des conséquences sur l'enfant avec un impact négatif sur : le poids de naissance (proportionnel au tabagisme), le

Revue des Maladies Respiratoires (2014) xxx, xxx-xxx



Disponible en ligne sur  
**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



REVUE GÉNÉRALE

### Sevrage tabagique des fumeurs en situation de précarité sociale

Smoking cessation and social deprivation

F. Merson<sup>a,\*,b</sup>, J. Perriot<sup>a</sup>, M. Underner<sup>c</sup>,  
G. Peiffer<sup>d</sup>, N. Fieulaine<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Dispensaire Emile-Roux, centre d'aide à l'arrêt du tabagisme, centre de lutte antituberculeuse (CLAT 63), 11, rue Vauquanson, 63100 Clermont-Ferrand, France

<sup>b</sup> Laboratoire GREPS, institut de psychologie, université de Lyon 2, 49676 Bron, France

<sup>c</sup> Service de pneumologie, unité de tabacologie, centre de lutte antituberculeuse (CLAT 86), CHU de Poitiers, 86021 Poitiers, France

<sup>d</sup> Service de pneumologie, unité de tabacologie, CHR de Metz-Thionville, 57038 Metz, France

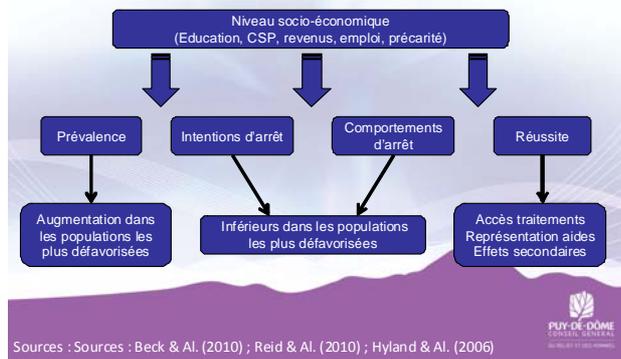
Reçu le 6 septembre 2013 ; accepté le 28 décembre 2013

# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

développement psychomoteur et les fonctions pulmonaires.

On note également une augmentation de l'asthme, de la fréquence et la gravité des infections ORL et pulmonaires, des cancers de l'enfant, des risques de diabète, d'obésité et de la mort subite du nourrisson.

## Tabagisme et précarité (2)



### En matière de prévalence

24 % des femmes enceintes fument quotidiennement ; 3 % fument occasionnellement au cours du premier trimestre ; 18 % déclarent encore fumer au troisième trimestre de grossesse.

Au sein de la population générale, 37 % des femmes fument quotidiennement, 6 % des femmes fument de manière occasionnelle.

En Europe, la France présente la plus forte prévalence tabagique de femmes enceintes.

Les études montrent qu'en début ou fin de grossesse les femmes enceintes fumeuses sont généralement de jeunes femmes ayant un faible niveau d'information sur les risques liés au tabac, un faible statut socio-économique, que le niveau soit mesuré par la catégorie socioprofessionnelle, le niveau d'éducation, les revenus ou des index plus généraux de déprivation prenant en compte les conditions de vie de la personne.

Un article d'une revue de littérature qualitative (parue en 2012, 29 publications) sur les femmes enceintes fumeuses à bas statut socio-économique fait ressortir une forte identité de fumeur et un fort niveau de dépendance. Le tabagisme représente un moyen de contrôle et de *coping*, ce qui nous ramène à la définition de la précarité, la cigarette permet une gestion de l'instabilité.

JAN

JOURNAL OF ADVANCED NURSING

REVIEW PAPER

Smoking in pregnancy: a systematic review of qualitative research of women who commence pregnancy as smokers

Kate Fleming, Hilary Graham, Morag Heirs, Dave Fox & Amanda Sowden

Accepted for publication 17 November 2012

### Une situation domestique défavorable

Le tabagisme permet également de gérer une situation domestique défavorable, un manque de soutien ou de

compenser une vulnérabilité économique. On note une attitude plutôt positive envers le tabac avec une imbrication sociale et émotionnelle. De plus, un facteur important revient dans pratiquement toutes les études, la présence d'un conjoint fumeur.

Dans la situation d'une fumeuse enceinte, on a la mise en tension de deux identités : l'identité de future mère, plutôt valorisée socialement, et l'identité de fumeuse, plutôt stigmatisée. Cette mise en tension a pour conséquence de créer un sentiment de culpabilité, y compris de la part de professionnels de santé.

La pression sociale négative va être d'autant plus importante que la grossesse va être visible, ce qui peut avoir un impact sur les comportements. La pression sociale peut conduire soit à une tentative d'arrêt, soit à une augmentation du tabagisme pour gérer le stress induit par ce sentiment de culpabilité ou par réactance : « *comme on me dit que je dois arrêter de fumer, pour m'affirmer, je vais garder ma consommation voire l'augmenter* ».

Les tentatives d'arrêt pendant la grossesse sont généralement centrées sur le bien-être de l'enfant. Les motivations et la capacité à arrêter sont conditionnées par le mode de vie (les conditions de vie), et en particulier par le soutien ou le statut tabagique du partenaire. Il peut y avoir un fort regret anticipé de l'arrêt : en se projetant dans l'arrêt, le fumeur ne voit que les conséquences négatives.

Sur l'arrêt de fumer pendant la grossesse, on peut se demander, de manière provocante, si l'arrêt ne serait pas une envie de femme enceinte. L'adoption de comportement change très rapidement : la consommation varie de manière importante d'une semaine à l'autre. Dans le même ordre d'idées, l'arrêt décidé de manière rapide provoque des rechutes tout aussi rapides. De ce point de vue, le suivi renforcé est d'autant plus important.

Durant la grossesse ou après la naissance, de l'influence majeure du partenaire peut découler différentes situations :

- fumer en la présence de la femme enceinte, donc entraîner à la consommation ;
- sermonner quand la future mère fume en la culpabilisant ;
- se mettre en position de contrôle et réguler sa consommation en donnant des cigarettes au coup par coup.

L'arrêt est perçu comme une rupture sociale car la démarche fait changer le fumeur de réseau social : on ne rencontre plus les mêmes personnes et on évite les situations où on pourrait refumer, ce qui peut générer un regret anticipé. L'arrêt est perçu comme la possibilité de se mettre en retrait des autres, donc de se mettre en isolement social. En fait, il ressort de différentes études que la consommation de tabac pendant la grossesse semble désigner des femmes en situation de précarité.

# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

## La prise en charge

Bien que le plus tôt soit le mieux, il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer. Avant d'envisager d'arrêter, il est important d'identifier les contextes de précarité sociale, d'autant plus chez la femme enceinte car, au niveau de cette population, le suivi de grossesse est moins bon, la morbidité materno-fœtale et les accouchements prématurés sont plus fréquents, et le niveau de tabagisme est plus important.

## LES 11 QUESTIONS DU SCORE EPICES

Questions	Oui	Non
1 – Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2 – Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3 – Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4 – Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5 – Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez des réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6 – Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7 – Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8 – Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9 – Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10 – En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11 – En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
<b>Constante</b> Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.	<b>75,14</b>	

= 30,17 seuil de précarité = 60 grande précarité

## Le score EPICES

Pour mesurer ce niveau de précarité, on peut utiliser le score EPICES. Il se compose de 11 questions dichotomiques permettant l'obtention d'un score de précarité s'échelonnant de 0 à 100. Ce questionnaire permet d'obtenir une évaluation personnelle du niveau de précarité. C'est un indicateur intéressant pour le praticien. À partir de 30, on considère que la personne est en situation de précarité et, lorsque le score est supérieur ou égal à 60, la personne est en situation de grande précarité.

Les différents paramètres du score EPICES sont le soutien social, les difficultés financières, l'accès à une mutuelle ou la CMU, l'accès au sport et à la culture, le statut par rapport au logement et le suivi social.

Il est important d'avoir un discours commun sur la prise en charge et la prévention mais il faut aussi l'adapter aux différents groupes sociaux. Les campagnes de prévention ayant un impact plus limité sur les personnes en situation de précarité, il faut associer à la démarche tous les professionnels de santé, que ce soit en amont (lorsque le désir de grossesse est formulé) ou pendant la grossesse, par une formation.

## La prise en charge en pratique

Le tabagisme durant la grossesse semble désigner des femmes en situation de précarité, donc pour définir une prise en charge dès le diagnostic de grossesse, il faut évaluer :

- le niveau de précarité ;
- les niveaux de consommation ;
- la dépendance ;
- la motivation à l'arrêt ;
- les troubles anxio-dépressifs ;

- le rapport à la grossesse et à l'enfant.

En première intention, on préconise une prise en charge cognitivo-comportementale. Les études montrent une efficacité chez les femmes enceintes à faibles revenus. Si on est en présence d'une forte dépendance à la nicotine, il est conseillé de proposer d'emblée une substitution nicotinique.

En cas d'échec d'une prise en charge par TCC, il est recommandé d'utiliser la substitution, malgré les résultats contrastés relayés dernièrement dans la littérature. Les derniers résultats de Tim COLEMAN montrent que les TNS fonctionnent sous réserve d'une stricte observance en utilisant la combinaison de différentes formes galéniques. Chez les femmes enceintes, on retrouve régulièrement des situations de sous-dosage dans les traitements de substitution car la nicotine est métabolisée plus rapidement pendant la grossesse. On s'est interrogé ce matin sur le montant de remboursement pour la prise en charge mais cette dernière doit être renforcée dès le début de la grossesse (information, sensibilisation, maturation).

Il faut également prendre en compte l'environnement dans lequel évolue la femme enceinte (son entourage, le rôle du conjoint, les difficultés potentielles d'accès aux soins, les difficultés financières, etc.) ; tous les paramètres extérieurs pouvant avoir un impact sur la tentative d'arrêt.

## La prévention de la rechute

Une revue de littérature, sortie en 2014, porte sur le devenir des femmes enceintes ayant bénéficié d'un suivi tabacologique au cours de leur grossesse. Les résultats sont plutôt mauvais et font apparaître une grosse difficulté à maintenir l'arrêt à long terme, d'où l'intérêt de travailler sur l'anticipation de la rechute post-partum face aux nombreux changements dans les conditions de vie de la personne, durant le suivi de grossesse.

Matern Child Health J (2014) 18:714-728  
DOI 10.1007/s10995-013-1298-6

## Maintenance of Smoking Cessation in the Postpartum Period: Which Interventions Work Best in the Long-Term?

Anny Su · Alison M. Buitenheim

Cette phase doit être particulièrement bien préparée, y compris par rapport à tous les facteurs péjoratifs associés : le statut socio-économique ; une forte dépendance ; le niveau de consommation ; le stress ; la dépression ; le fait d'avoir un compagnon fumeur ; le fait d'être jeune ; l'immaturité ; le fait d'avoir eu plusieurs grossesses sans arrêt, « pourquoi devrais-je arrêter de fumer pour cette grossesse alors que tout s'est bien passé lors des précédentes grossesses ».

Pour accompagner ces femmes après l'accouchement, il faut :

- avoir une approche cognitive et comportementale (même si l'efficacité à long terme est limitée) ;

## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

- renforcer l'accompagnement ;
- impliquer tous les professionnels en contact avant, pendant ou après la grossesse ;
- si possible réaliser un sevrage en couple (impliquer au maximum le compagnon) ;
- avoir ce suivi régulier pendant la grossesse et le poursuivre après la naissance (pendant un minimum de 3 mois) ;
- prolonger l'allaitement ;
- offrir des incitations financières (monétaires ou sous forme de bons de réduction, bons d'achat pour des produits de puéricultrice).

Ce dernier point semble avoir des résultats positifs chez les fumeuses ayant arrêté de fumer de manière non spontanée mais c'est un facteur qui n'est pas tellement utilisé en France.

Je pensais aborder la question de la cigarette électronique, mais, comme il n'y a pas eu de nouvelles recommandations depuis ce matin, je pense que tout a été dit et je vais en rester là.

Merci pour votre attention.

# Devant les nouvelles addictions et les nouveaux modes de consommations, quelle place pour les TTC chez la femme enceinte ?

## Marie MALECOT

Merci beaucoup.

Mme BOUTE-MAKOTA va maintenant nous parler des thérapies comportementales et cognitives pour nous

permettre d'avoir un point de vue sur la femme enceinte aujourd'hui. Nous savons à quel point les TTC sont validées en addictologie.

## Véronique BOUTE-MAKOTA Médecin

Bonjour à tous, je remercie les organisateurs de l'IRAAT de m'avoir invitée pour intervenir sur ce sujet, même si on ne pourra pas aborder tout ce que l'on peut faire en matière de TTC dans la prise en charge des addictions, et plus particulièrement durant la grossesse. Je vais tenter d'en aborder les grandes lignes et vous parler de quelques nouveautés, notamment des TTC dites « *deuxième vague* », qui commence à être de plus en plus utilisées dans la prise en charge des addictions mais elles peuvent être mises en place durant la grossesse.

Mon collègue, Frédéric MERSON, a déjà bien détaillé le sujet auparavant, je vais simplement faire quelques rappels sur les stratégies de prise en charge globale.

La grossesse et la naissance sont des moments privilégiés pour initier le sevrage en toxique depuis de nombreuses années. C'est devenu une priorité de santé publique, notamment depuis l'évocation des différentes addictions pendant la grossesse (Plans Cancer, recommandations HAS diverses, conférences de consensus, mise en place des Réseaux Maternité sans tabac, les RESPADD, etc.), dont les grands principes sont le repérage, le diagnostic, l'information, et parfois l'orientation vers une consultation spécialisée, notamment celle de thérapie comportementale et cognitive lorsque cela nous paraît nécessaire.

### Repères pour une prise en charge globale

L'approche pluridisciplinaire doit se faire au mieux en réseau lorsqu'il existe. Durant ces périodes de grossesse, on va s'intéresser à la dépendance mais aussi à l'usage nocif des toxiques tout en créant les conditions d'une alliance thérapeutique (comme dans toute pathologie chronique) pour être un soignant efficace. La prise en charge des addictions durant la grossesse nécessite la recherche et la prise en charge des co-morbidités psychiatriques et infectieuses qui peuvent précéder l'addiction ou en être une conséquence. Il est nécessaire d'avoir des objectifs hiérarchisés avec pour priorité la réduction des risques.

Les patientes avec un tabagisme persistant qui se présentent à la consultation d'addictologie sont marquées par un contexte de poly-addictions plus ou moins ancien. La priorité va se faire en fonction de la dangerosité du produit, bien que la majorité des produits toxiques sont dangereux pendant la

grossesse, et du choix des patientes. Il ne faut pas oublier qu'un sevrage d'un des produits entraîne souvent « par compensation » une augmentation de la consommation d'un autre produit ou la reprise d'un produit précédemment arrêté, ce qui peut être préjudiciable pour le fœtus. Si on trouve des comorbidités psychiatriques, leur prise en charge sera préalable au sevrage en toxique et à la mise en place éventuelle d'une TTC.

### La 1<sup>ère</sup> vague des TTC

Les principales techniques que l'on peut proposer à une femme enceinte pour la prise en charge de ses addictions (tabac ou autres substances) font référence à la première vague des TTC (techniques classiques utilisées en thérapie comportementale et cognitive). On va utiliser à la fois des stratégies comportementales et cognitives car il est nécessaire de les associer. Les différentes étapes de cette première vague des TTC sont :

- l'analyse fonctionnelle (préalable indispensable) ;
- l'entretien motivationnel (déjà abordé aujourd'hui) ;
- les stratégies globales de réorganisation du mode de vie avec la question de la gestion du temps : les patientes enceintes vont souvent arrêter prématurément leur travail, ce qui va poser le problème de l'occupation du temps et de la difficulté à gérer l'envie de consommer durant la période d'inactivité.

L'objectif des stratégies comportementales est d'apprendre aux patientes à autocontrôler leur consommation, optimiser le contrôle de leurs émotions et à développer des comportements alternatifs incompatibles avec la consommation. Les TTC sont essentiellement centrées sur la restructuration cognitive dont fait partie la balance décisionnelle. Il existe aussi des stratégies de *coping*.

La compréhension du comportement et la compréhension de la consommation – par les patientes et par les thérapeutes – sont un préalable indispensable au déclenchement de l'aide.

### L'analyse fonctionnelle

Elle permet de comprendre le déroulement des pensées automatiques, des émotions et des comportements, repérer les situations à risque de consommation et les facteurs de maintien et mieux

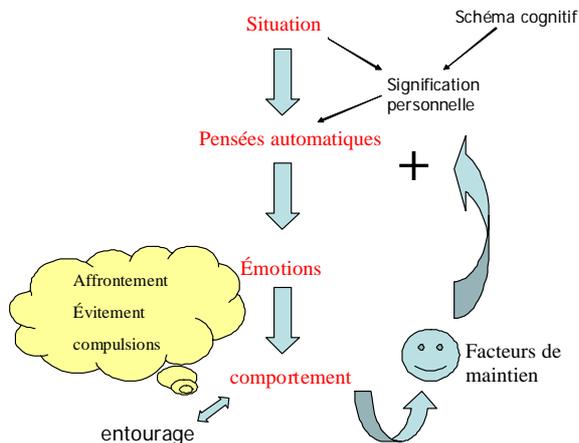
# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

comprendre les cercles vicieux dans lesquels se trouvent les patientes.

Ce sont souvent les conséquences bénéfiques, immédiates ou à court terme, de la prise de produit qui participent au maintien de l'addiction.

On s'intéresse également au milieu familial et social. Cette analyse doit également comprendre l'analyse de la motivation et du désir de changement. Les analyses fonctionnelles peuvent être schématisées sous la forme d'enchaînement des pensées, des émotions, des comportements, avec les facteurs de maintien, des pensées automatiques, donc des comportements. Dans la case émotion chez la femme enceinte, la dépendance psychologique est retrouvée au premier plan. Elle n'est pas unique, ni isolée puisqu'il y a souvent la dépendance physique au produit mais la dépendance psychologique et comportementale fait persister la consommation à un niveau élevé.

Au cours des dépendances, on retrouve l'enchaînement de 3 types d'émotions et d'événements cognitifs avant la consommation, on



retrouve des sensations de tension, de malaise et de mal-être ; pendant la consommation, on note un plaisir et un soulagement ; après la consommation, on constate un fort sentiment de culpabilité, de dépit qui va renforcer le mal-être, la tension et aboutir à la perte de contrôle de la consommation.

Au fur et à mesure du temps, le plaisir et le soulagement - le renforcement agréable et positif de la consommation - vont disparaître au profit des émotions négatives.

## Le niveau de motivation

Avant de prendre en charge les patientes en TCC, il faut repérer le niveau de motivation et déterminer le stade dans lequel elles se trouvent suivant le cycle de Prochaska et Di Clémente.

Lorsque les patientes consultent pour la prise en charge de leur addiction ou pour une TCC, la plupart du temps, elles ne sont qu'au stade de l'intention, de l'ambivalence, sachant qu'il existe 6 étapes dans le changement de comportement.

On retrouve dans le stade de pré-intention, des femmes généralement satisfaites de leur consommation mais qui ont été adressées à la consultation d'addictologie. Même si elles ne sont pas dans le déni complet, elles montrent de nombreuses

résistances pour le changement (craintes de prise de poids, augmentation de son irritabilité pendant la grossesse, difficulté à gérer l'ennui, inactivité lorsqu'elle ne travaille plus, etc.).

À ce stade, il faut informer les patientes sur les risques auxquels elles s'exposent et sur les différents traitements possibles. Plutôt que de donner d'emblée des conseils, il faut avancer dans la démarche progressivement. Dans la phase de l'intention, les consommatrices sont indécises, donc ambivalentes. Pour les aider à prendre une décision, il faut leur faire prendre davantage confiance en leur capacité à réussir et leur faire prendre conscience de l'importance de leur problème.

Pendant la grossesse, certaines patientes vont devoir faire un régime (suite à un diabète gestationnel), limiter le grignotage (en cas d'intolérance au sucre) et restreindre l'activité physique, si elle était importante auparavant. Face à tous ces efforts simultanés, les patientes peuvent perdre confiance en leur capacité à réussir tout changement, d'où la nécessité d'avancer progressivement.

Les principes de l'entretien motivationnel vont les aider à explorer leur ambivalence, avec l'aide de la balance décisionnelle, les responsabiliser dans leur décision, et non les culpabiliser : il est important d'insister sur la notion de liberté : elles ont le choix d'arrêter ; elles vont également, renforcer leur sentiment d'efficacité personnelle, en recherchant les réussites d'arrêts antérieurs de leur consommation problématique ou d'une autre consommation, parler des arguments à court terme et à long terme pour la balance décisionnelle.

## Les TCC au stade de l'action

Au stade de préparation, les patientes sont prêtes à agir car elles ont déjà pris leur décision. Il est alors possible d'étudier avec elles les moyens pour arrêter la consommation mais avant il est important de clarifier leurs objectifs, de leur donner des conseils et de leur proposer le menu des stratégies thérapeutiques possibles.

Au stade de l'action, notre intervention TCC consiste à leur faire découvrir et à les aider à apprendre un nouveau comportement, celui du changement de consommation, voire l'arrêt de consommation, pour ensuite l'intégrer dans une nouvelle vie sans produit. Pour ce faire, il faut proposer des objectifs réalistes à atteindre : idéalement l'arrêt total et, si ce n'est pas possible, la réduction ; il faut reconnaître les difficultés qu'elles vont rencontrer et travailler sur les situations à risque de rechute.

## Le stade de maintien

Il correspond à l'arrêt durable et la réussite. On préconise aux patientes d'être particulièrement vigilantes, notamment durant les trois périodes clés où les rechutes surviennent : le post-partum immédiat (juste après l'accouchement lors du retour à domicile), le post-allaitement (l'arrêt de l'allaitement) et la reprise du travail. L'objectif est alors de renforcer positivement les nouveaux comportements, leur confiance en elles et de maintenir le contact thérapeutique car il arrive fréquemment qu'après l'accouchement les patientes

# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

lâchent le contact et on les perd de vue. Il est donc nécessaire de mettre en place un plan d'urgence en cas de faux pas ou de rechute.

## Le stade de la rechute

On explique aux patientes que ce n'est pas une exception, qu'il faut plutôt l'entrevoir comme une expérience et non un échec car la rechute permet souvent de progresser. On y reviendra plus loin.

## L'entretien motivationnel

Les séances d'entretien motivationnel s'adressent aux patientes en phase de pré-contemplation et de contemplation, la prise de décision intervient souvent à l'issue de trois ou quatre séances.

## La déculpabilisation

Elle va permettre d'obtenir ce changement, va renforcer la motivation à l'arrêt. Il est important de leur dire qu'elles ne sont pas coupables d'un manque de volonté mais plutôt victimes de leur dépendance à la fois physique et psychologique. Cela permet de dédramatiser la situation car, en grande majorité, les femmes enceintes consommatrices de toxiques sont sensibles à ce stade et culpabilisent, d'autant qu'elles sont plus ou moins mises en accusation par leur entourage (famille, amis, connaissances).

Il faut leur faire prendre conscience qu'il est possible de modifier leurs habitudes de consommation en essayant d'instaurer le dialogue et en établissant un climat de confiance pour l'amener à parler de sa vision du problème, prendre des décisions, percevoir les avantages et inconvénients de sa consommation, explorer son ambivalence, augmenter sa confiance, anticiper aux résultats positifs, anticiper à l'influence de l'environnement.

## La réorganisation du mode de vie

On peut l'aider à gérer son temps par la mise en place d'un planning d'activité en recherchant avec elle des activités plaisantes. Durant la grossesse, on peut préconiser à certaines patientes anxieuses le yoga ; les encourager à participer aux séances de préparation à l'accouchement, faire de la danse, aller à la piscine, visiter des expositions, faire de la peinture, etc., sans se focaliser sur les activités sportives.

**Figure 8: Réorganisation du mode de vie, gestion du temps**

	DEMAIN : Je prévois de faire	AUJOURD'HUI : J'ai fait	JE SUIS SATISFAIT A : (de 0-100 %)
MATIN			
APRES-MIDI			
SOIR			

Dans les techniques issues des stratégies comportementales, on distingue les stratégies issues du conditionnement répondant et celles issues du conditionnement renforçant, opérant.

## Les stratégies de contrôle du stimulus

Il s'agit des évitements de certaines situations dangereuses, des substitutions (l'utilisation de produits substitutifs à la consommation), de l'échappement de certaines situations à risque, lorsque l'envie de consommer survient.

Les stratégies d'exposition aux facteurs déclenchant les envies de consommer avec une prévention de réponse (non-consommation) sont importantes et les plus efficaces pour la dépendance au tabac et à l'alcool. Cependant, leur mise en place demande plus de temps. Elles consistent à exposer la patiente à sa boisson préférée, d'abord en imagination, puis *in vivo*. L'objectif est de déclencher l'envie de boire afin que la patiente puisse constater la diminution puis l'arrêt spontané de cette envie en moins de 15 minutes. Cette exposition va permettre une extinction progressive de l'envie de consommer. Pour l'aider à gérer son envie de boire, il existe différentes techniques que l'on verra par la suite.

## D'autres stratégies

Il existe d'autres stratégies comportementales issues du conditionnement opérant (apprentissage du comportement par les conséquences de l'action), notamment le management des contingences présentées par Frédéric MERSON (gestion des contingences par renforcement positif ou négatif). Une contribution financière est proposée dans certains pays, notamment aux États-Unis, pour l'achat de bons de consommation destinés à la puériculture ou des biens de consommation éloignés de la consommation de produits (en France, ce sont des substituts).

## Les techniques issues des stratégies comportementales

Les stratégies comportementales comportent des techniques bien codifiées, issues de l'apprentissage social, comme l'entraînement aux habilités sociales destinées à des patientes présentant un déficit en affirmation de soi avec des difficultés dans les relations avec les autres (proches ou inconnus). Ces stratégies se travaillent dans le cadre de jeux de rôle en groupe.

## Restructuration cognitive

Les stratégies cognitives s'intéressent aux mécanismes de raisonnement, on parle alors de restructuration cognitive. Il est bien établi que le passage à l'acte de prise de toxiques correspond à une situation à haut risque à laquelle va participer la manière de penser « dysfonctionnelle » de certaines personnes. L'objectif est de modifier les pensées automatiques en demandant à la patiente de noter les situations, les émotions, les envies de consommer, les pensées automatiques, les consommations (oui ou non) et ce qu'elle a consommé sur une grille ou une fiche (il en existe différents modèles).

# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

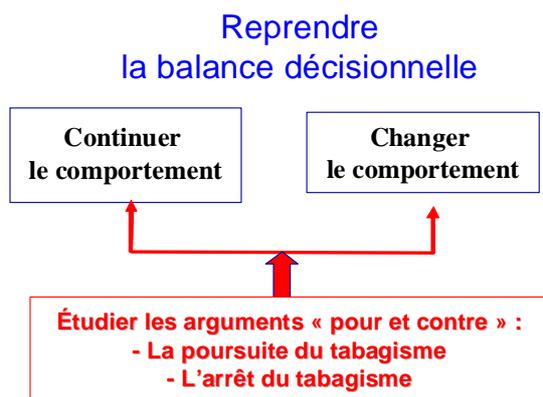
En voici un exemple pour une patiente enceinte :

- Situations déclenchant l'envie de consommer du tabac : *après une dispute avec mon conjoint.*
- Émotions ressenties : *tristesse, tension et découragement.*
- Pensées automatiques : *« cela recommence » ou « on n'y arrivera jamais », « tous ces efforts faits pour rien ».*

L'objectif est de trouver des pensées alternatives plus rationnelles qui vont s'opposer aux pensées négatives : *« des disputes peuvent arriver dans un couple » ou « l'approche de l'accouchement est stressante, il est normal de se disputer » ou « il ne faut pas se décourager pour le tabac, le plus dur est passé, je suis à la fin de ma grossesse ».* Le thérapeute étudie cette fiche avec la patiente et propose des comportements alternatifs plus adaptés (appeler une amie pour en parler ou faire une autre activité plaisante, autre que celle de la consommation).

## Balance décisionnelle

Il est également possible de réutiliser la balance décisionnelle en insistant sur les avantages de l'abstinence.



48

## La prévention de rechute

La phase de prévention des rechutes au stade de maintien est centrée sur la thérapie cognitive avec l'identification de trois types de pensées souvent à l'origine de la rechute :

- les pensées anticipatoires positives : *« je vais à une soirée et je vais passer un bon moment » ou « je vais m'allumer une cigarette ou boire un verre, cela va me changer de mon quotidien à la maison seule toute la journée », etc. ;*
- les pensées anticipatoires soulageantes : *« je vais me détendre » ou « je serai plus sereine après avoir fumé un joint » ou « je vais m'endormir plus rapidement le soir » ou « je vais me calmer parce que je suis en colère après mon conjoint », etc. ;*
- les pensées permissives : *« une petite cigarette, ce n'est pas bien grave » ou « une et demain j'arrête » ou « de toute façon je l'ai bien mérité après tout ce que j'ai fait aujourd'hui : je me suis occupée de la maison, etc. ».*

Il faut expliquer à la patiente le mécanisme de l'effet de violation de l'abstinence afin de l'aider à identifier ce qu'il se passe à ce moment-là. Un dérapage entraîne le plus souvent une baisse de confiance de la personne avec des sentiments de honte et de culpabilité importants, donc une augmentation du besoin de consommer et le risque de rechutes. Un dérapage peut également entraîner, non pas un sentiment de honte, mais plutôt une hyper-confiance en sa capacité à contrôler. La banalisation du faux pas conduit à un risque de répétition de la consommation et de rechute, c'est l'effet de l'action d'abstinence.

## Le plan d'urgence

Il intervient au stade d'action. On explique alors à la patiente que la rechute n'est pas inéluctable. Suite à un faux pas, il est important de ne pas dramatiser et de se débarrasser du toxique (vider la bouteille d'alcool, jeter le paquet de cigarettes ou la barrette de haschisch, ou autres) et de lutter le plus possible contre les sentiments de culpabilité et de dévalorisation qui sont dangereux. Il faut demander de l'aide, téléphoner à son équipe de soutien et prendre un rendez-vous dès que possible avec son médecin addictologue, ou un autre soignant pouvant être une personne-ressource.

Au stade de la reprise, en pratique il faut déculpabiliser la patiente, positiver et reprendre l'aide nécessaire à un nouvel arrêt, sur éventuellement l'appui de la balance décisionnelle. Lorsque la patiente demande de l'aide après une rechute, l'équipe de soutien doit essayer de la déculpabiliser, l'encourager à un nouvel arrêt, la faire parler des bénéfices de l'arrêt précédent et des inconvénients de consommer, l'aider à programmer des activités de détente et dédramatiser le problème et rechercher des solutions avec elle si la reprise est liée à une situation difficile.

## Le coping

Le *coping* est un processus stabilisateur dans la gestion des événements éprouvants et difficiles. Les conduites addictives sont considérées comme un *coping* d'évitement (éviter la souffrance). L'objectif est d'entraîner la patiente à développer sa stratégie de *coping* par des stratégies interpersonnelles (l'affirmation de soi) ou par des stratégies de compétences intra-personnelles, dont l'objet est d'entraîner la patiente à gérer son *craving* (besoin urgent de consommer).

## Identifier les manifestations du craving

Ce n'est pas toujours évident pour les patientes. Il faut les aider à identifier les envies, se focaliser sur une tâche précise, répéter cette focalisation, favoriser le détachement, l'indifférence, pour lutter contre le sentiment d'être victime du *craving*, se rappeler des inconvénients de la consommation et des avantages de l'abstinence et rechercher du soutien.

## La relaxation

Elle offre la possibilité du contrôle de soi et de la gestion des émotions, s'y entraîner permet de différer les compulsions. Il existe divers types de relaxation.

# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

Chez la femme enceinte, on va privilégier la relaxation musculaire de Jacobson, la relaxation de Schultz, la sophrologie et la respiration. Cependant, la relaxation respiratoire sera plus difficile à mettre en œuvre dans la mesure où c'est une relaxation abdominale. Or, plus la grossesse va avancer, plus il sera difficile d'avoir une respiration abdominale.

## La gestion des émotions

L'entraînement au *coping* permet également la gestion des émotions (maîtrise des réactions que l'on a face à nos émotions).

Pour ce faire, il faut apprendre à la patiente à observer la situation provoquant l'envie de consommer, identifier ces émotions et les nommer et identifier les pensées automatiques liées à ses émotions.

Ensuite, il existe différentes techniques de gestion du stress cognitifs et techniques de résolution de problèmes pouvant aider à gérer son émotion négative.

## La deuxième vague des TCC

La deuxième vague des TCC est reconnue et efficace dans la prise en charge des addictions depuis quelques années. On peut donc terminer par les thérapies cognitives afin d'aider la patiente à modifier ses pensées ou ses croyances erronées.

**Figure 9: Les 3 émotions négatives : différentes intensités**

Tristesse	Colère	Anxiété
Déplaisir	Contrariété	Souci
Déception	Irritation	Malaise
Consternation	Hostilité	Appréhension
Morosité	Frustration	Crainte
Affliction	Amertume	Inquiétude
Mélancolie	Aigreur	Tension
Maussaderie	Aversion	Nervosité
« blues »	Enervement	Alarme
« cafard »	Exaspération	Peur
« spleen »	Haine	Panique
Peine	Rage	Horreur
Bouleversement	Fureur	Terreur
Désespoir	Rancune	Frayeur

La technique de résolution de problèmes permet à la patiente de répondre plus efficacement aux situations imprévues dans lesquelles ses propres stratégies sont inefficaces. D'autres entraînements aux stratégies de *coping* (plans de secours, planification des activités plaisantes, augmentation du réseau de soutien) permettent d'aider la patiente à réorganiser sa vie afin que l'abstinence soit plus gratifiante que la consommation. Cela nécessite d'avoir un bon réseau social.

Je pense qu'on peut utiliser les TCC de deuxième vague pour la prise en charge des addictions de la femme enceinte, mais peu d'études ont été réalisées en la matière. Exprimer des émotions identifiées comme étant négatives, donc des facteurs de rechutes majeurs, est le principal frein à l'arrêt de l'addiction. L'apprentissage à la gestion des émotions est une technique attractive pouvant être particulièrement efficace chez nos patientes.

## Les thérapies de pleine conscience

Depuis deux ans, une thérapie de pleine conscience (*Mindfulness*) est orientée vers les addictions. La MBRP est le protocole développé par le Docteur Alan MARLATT a pour objectif la prévention de la rechute dans les troubles liés à l'abus de substances.

L'important est d'apprendre à la patiente d'identifier et de qualifier ses émotions négatives avec des mots appropriés, en sachant que les émotions peuvent porter des noms différents en fonction de leur intensité. Pour ce faire, des tableaux peuvent les aider à étiqueter leurs émotions. Il est important de leur expliquer qu'il est banal, normal et utile d'avoir des émotions et qu'il ne faut pas chercher à s'en débarrasser car, plus on les accepte, moins on est irrationnel et mieux on va les utiliser et les réguler.

Dans cette pratique fondamentale, on va aider les patientes à augmenter la prise de conscience de leurs émotions, notamment lorsqu'elles les évitent et ont du mal à y faire face. À l'inverse, si elles sont trop submergées par leurs émotions, on va les aider à s'apaiser physiologiquement (relaxation, techniques de *Mindfulness*, etc.) afin de diminuer la quantité d'émotions négatives.

Il existe deux types de stratégies pour faire face aux émotions négatives : les stratégies centrées sur le problème et celles centrées sur l'émotion.

## Conclusion

La prise en charge des addictions en TCC est particulièrement utile chez la femme enceinte. Pour ce qui est des stratégies de première vague, les stratégies comportementales et cognitives doivent absolument être associées. Les stratégies comportementales seront plus des relaxations, voire des expositions, tandis que les stratégies cognitives serviront à lutter contre les effets de culpabilisation. Le fait de pouvoir augmenter les stratégies de *coping* est efficace mais pas toujours suffisant, d'où l'intérêt récent de gérer les émotions négatives et de la pleine conscience. Ces stratégies paraissent être des approches innovantes et intéressantes dans la prise en charge des addictions chez la femme enceinte.

Merci de votre attention.

(Applaudissements)

## Marie MALECOT

Je vous remercie, vous avez réussi à nous intéresser et à nous donner surtout envie d'aller plus loin car il est extrêmement frustrant de présenter un domaine aussi vaste aussi rapidement.

Nicolas FIEULAIN, notre dernier intervenant, Maître de Conférences en Psychologie Sociale à Lyon II et responsable du Master de Psychologie Sociale, va nous parler et nous expliquer le problème de temporalité et son rapport avec les adolescents.

## Temporalité et conduites addictives à l'adolescence

**Nicolas FIEULAINE**

**Maître de Conférences en Psychologie Sociale**

Bonjour à tous. Avant de vous présenter les liens entre temporalité et conduite addictive, je voudrais remercier l'IRAAT de m'avoir invité et vous prie de m'excuser de n'avoir pas pu participer aux travaux de ce matin mais nous sommes en période de soutenance et de mémoire et les plannings sont très remplis.

Comme de nombreux sujets intéressants ont déjà été abordés, je passerai plus rapidement sur certains points.

Je vais montrer en quoi la psychologie sociale peut permettre de comprendre, de faire attention et d'engager certaines actions dans le cadre de la prise en charge de la prévention des conduites addictives.

En psychologie sociale, on a une approche en « non pathologique » de ces questions et on se base sur une définition large, souple et classique de l'addiction : « *Comportement ressenti comme plaisant que les personnes ne peuvent réprimer malgré leur désir, et qui a généralement des conséquences négatives pour le bien-être et/ou la santé à plus ou moins long terme* ». On retrouve cette question du plaisir immédiat et de ces conséquences négatives à long terme, donc déjà un élément temporel qui paraît central dans la définition même de ce que peut être un comportement ou une conduite addictive.

### L'adolescence et discussions temporelles

La problématique est particulière chez les adolescents, de par la spécificité de cet âge de la vie. L'adolescence interroge particulièrement la dimension temporelle et le rapport aux addictions. C'est une période de consommation simultanée d'un certain nombre de substances. Cette consommation répond à une recherche forte de sensations ou une recherche de sensations fortes, qui est également liée à une recherche d'identité sociale et de renforcement ou de construction de cette identité, dans une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire le passage de la dépendance identitaire, affective, matérielle, à l'indépendance sur ces mêmes dimensions sociales, relationnelles, etc.

À l'adolescence, une transition se fait entre des socialités affinitaires et des socialités liées à l'identité et cette période de transition interroge sur les liens familiaux et les dynamiques de socialité. Une jonction forte va se faire entre le « groupe » et le « je suis », avec au même moment une conscience et une volonté d'être unique. On n'est jamais aussi conformiste et convaincu d'être unique qu'à l'adolescence. Ce point de transition intervient entre la dépendance identitaire et l'indépendance perçue comme étant celle valorisée dans l'âge adulte.

À l'adolescence en particulier, il existe un lien fort entre les aspects environnementaux et les aspects psychologiques, voire cognitifs. Ces aspects vont intervenir de manière transversale dans la consommation de différentes substances, qu'elles soient « douces ou dures », qu'elles soient « licites ou

illicites », ou des comportements de conduite addictive sans substance. Il n'y a pas besoin de substance pour s'adonner à un certain nombre d'addictions. Pour autant, l'image reflétée par ces substances ou par des comportements est un facteur important mais en lien avec les caractéristiques de l'âge adolescent.

La psychologie sociale se situe avec d'autres sciences à l'articulation de ces facteurs. Il ne s'agit pas de mettre du social dans le psychologique ou inversement, mais d'essayer de comprendre comment se fait le processus d'articulation entre un environnement et ce qui va en être fait par un individu ou un groupe au niveau subjectif et comportemental.

### Pourquoi le temps ?

Il existe des tas de manières d'aborder la temporalité en psychologie. Je l'aborde, avec d'autres, sous l'angle de la notion de perspective temporelle qui correspond à la manière dont les individus se projettent dans le passé, se focalisent sur le présent et/ou se projettent dans le futur : au présent, dans la manière qu'on a de vivre une situation, existe plus que le présent ; vous avez à l'esprit la fin et le début de la journée mais, si je suis vraiment passionnant ou captivant, il se peut que vous arrêtiez de penser à ce futur et à ce passé pour être entièrement dans le présent.

Cette perspective temporelle va nous faire vivre les situations avec une certaine profondeur temporelle. On va relier ce qu'on fait maintenant à plus tard, à ce qu'on a déjà fait dans sa vie, etc., ce qui produit un effet de champ, le champ psychologique. Autrement dit, ce qu'on vit maintenant est mis en lien dynamique (une dynamique assez tendue et permanente) avec ce qu'on a déjà vécu et ce qu'on croit devoir vivre plus tard.

Kurt LEWIN, psychologue ayant le plus travaillé sur cette question, avait représenté la perspective temporelle en disant : « *on est dans le présent mais ce présent, au niveau psychologique, contient du futur proche et lointain et contient du passé proche et lointain, avec des niveaux de réalité ou d'irréalité* ». En d'autres termes, je perçois le futur comme relativement certain et le futur que j'espère, que j'envisage, sur lequel je me fais des illusions, etc. Tout cela existe au présent psychologiquement, ce n'est pas à l'état de projet. Cette temporalité entre en jeu dans les échanges entre un individu et son environnement et les comportements qu'il va réaliser.

Par exemple, comment résister à une incitation ? Comment prendre le contrôle sur un désir immédiat, en considérant des conséquences futures, en ayant la capacité d'introduire un délai entre le désir et sa réalisation, appelé le délai de gratification ? Ce délai met en lien la question du contrôle et la question temporelle. Il faut que le futur existe cognitivement pour pouvoir déplacer et repousser un comportement désiré dans le présent vers le futur au sein de cet

# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

espace psychologique. Il existe aussi la capacité à se représenter ou à percevoir de manière plus précise, plus rationnelle, des comportements ou des risques à long terme liés à des comportements. Cette dimension temporelle doit exister pour pouvoir se représenter ces risques à long terme. Si ce champ psychologique n'existe pas, si cette ouverture temporelle n'existe pas, il n'y a pas moyen d'y projeter des risques ou la projection de risque à long terme n'aura aucun sens, donc ne produira pas un support motivationnel.

À l'adolescence, c'est justement le moment où cette transition identitaire met en cause ces perspectives temporelles et a tendance à créer une restriction du champ par l'incertitude. Frédéric MERSON a abordé ce sujet, la période d'adolescence est une période de précarité identitaire. L'épistémologie de précarité est « *ce qui s'obtient par la prière est susceptible d'être retiré à tout moment* ». C'est l'idée d'être dépendant de quelque chose pour arriver à obtenir de quoi vivre (symboliquement ou concrètement) mais qui peut être retiré à tout moment. Chez des adolescents, le rapport à l'identité, à la réputation nous ramène à cette notion : « *je dépose beaucoup d'enjeux identitaires chez les autres et cela peut m'être retiré à tout moment et, à ce moment-là, tout s'effondre* ».

Cette précarité crée un resserrement du champ psychologique qui réduit les perspectives et la capacité de sortir de l'immédiateté et de projeter des choses sur un temps plus long. Cela est vrai à l'adolescence mais c'est également vrai pour toute situation d'insécurité, d'instabilité, d'événements, voire peut-être des situations de changement. Certains d'entre vous ont certainement vécu dans leurs institutions des situations de changement où on voit s'opérer cette réduction temporelle à l'immédiateté (au cas par cas et au coup par coup) car on ne voit pas vers où va notre institution.

## Les dilemmes temporels

Pour illustrer mon propos, je vais vous projeter un film permettant de mettre en évidence l'importance du délai de gratification.

(Projection film)

Ce film reprend une expérience marshmallows de Walter MICHEL. C'est une illustration de tous les processus mis en œuvre pour essayer de gérer ce délai de gratification : « *on m'a parlé d'un bénéfice plus important si j'attends, si je suis capable de résister à la tension et au désir* ». Walter MICHEL voulait démontrer qu'il n'y avait pas tant de différences interindividuelles ou que ces différences étaient liées à la situation immédiate.

En 2009, il a sorti un papier sur cette expérience, réalisée sur un échantillon de personnes important, qui montre que cette capacité à introduire un délai de gratification est assez prédictive d'un certain

nombre de choses, notamment à très long terme, car en termes de comportements sont introduits des dilemmes temporels.

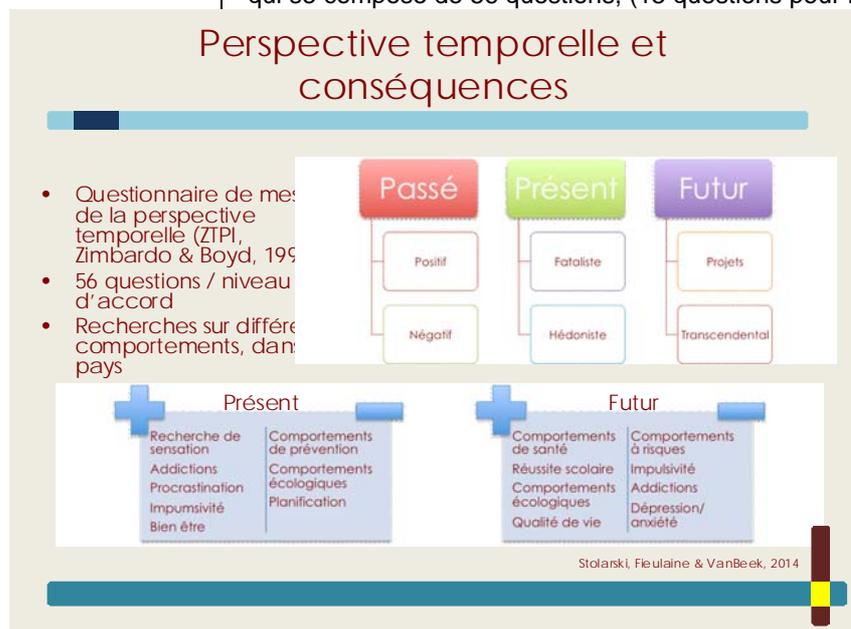
On a beaucoup parlé de balance décisionnelle mais, lorsque l'on demande aux gens de situer les coûts et bénéfiques d'un certain nombre de comportements dans le temps, on s'aperçoit que cela rejoint ce que l'on pourrait penser spontanément, c'est-à-dire qu'un ordre de comportements induit des coûts immédiats pour des bénéfices qui ne se situent qu'à long terme.

Les recherches font apparaître toute une série de facteurs convergents qui prédisent ou expliquent les mêmes comportements : comportements vis-à-vis des études, comportements de santé, engagement politique et citoyen, comportements pro-écologiques, etc. Des méta-analyses commencent à montrer que ce sont les mêmes facteurs qui entrent en jeu dans les freins à la mise en œuvre de ces comportements.

À l'inverse, il existe d'autres comportements dont les bénéfices sont immédiats mais dont les coûts se situent à long terme : les comportements à risque pour la santé ; les comportements de retrait, d'isolement ou d'abstention sociale ; les comportements parfois qualifiés d'égoïstes qui produisent un effet individuel immédiat, mais assez souvent un effet social à plus long terme négatif. Il est donc nécessaire de prendre en compte le court et le long terme dans la balance coûts/bénéfices.

Dans tous les comportements, que ce soit l'arrêt du tabac ou la mise en évidence des coûts liés à la continuation ou au renforcement de la consommation de tabac, il y a la possibilité et la nécessité de mettre en avant, voire d'imaginer, des conséquences à la fois à court et à long terme, pour éviter de biaiser cette balance entre ce laps de temps.

Les individus eux-mêmes ont diversement tendance à penser au passé, au présent et au futur. Dans ce cadre, il existe des questionnaires permettant de mesurer la manière dont les individus se projettent dans cette temporalité (passé, présent, futur). La littérature internationale a validé l'échelle de Zimbardo, qui se compose de 56 questions, (15 questions pour la



# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

version courte), il en existe également une version transculturelle validée dans 24 pays, donc 24 langues différentes, avec la même structure de mesure.

Cette échelle mesure la manière dont les gens s'orientent et sont orientés ou focalisés sur :

- un passé positif ou négatif ;
- sur le présent, dans une perspective fataliste : « *comme je ne peux rien faire, je reste au présent parce que je n'ai aucun contrôle sur ma vie* » ;
- sur le présent dans une perspective hédoniste : « *je vis ma vie au jour le jour en prenant le maximum de risques ; je vis chaque jour comme si c'était le dernier et j'évite de penser au futur* » ;
- un futur des projets : « *je fais aboutir mes projets étape par étape* » ;
- un futur transcendantal : la capacité à penser au futur au-delà de son propre corps tout en ayant un lien personnel avec lui, les générations futures, le futur de mes enfants, etc., ce qui transcende la fin de notre propre vie mais c'est néanmoins une zone de motivation extrêmement pertinente ;
- un futur lié au pessimisme, que Frédéric MERSON est en train de valider en France mais qui pour le moment n'existe que dans une version suédoise.

Toutes les recherches ont montré que ces orientations temporelles ont des conséquences. Plus les gens sont orientés ou focalisés sur le présent, plus ils sont accés sur la recherche de sensations ; plus ils sont sujets à des conduites addictives et à des addictions, plus ils ont tendance à mettre en place une procrastination importante, à être impulsif mais également à être davantage dans des états de bien-être et de confort psychologique.

À l'inverse, moins ils sont orientés vers le présent, plus ils mettent en œuvre des comportements de prévention, des comportements écologiques ; ils ont plus de facilités à mettre œuvre des pratiques de planification.

Plus ils sont orientés vers le futur, plus ils mettent en œuvre des comportements de santé, plus ils font apparaître des indicateurs de réussite scolaire (même sur des études à très long terme), des comportements pro-écologiques, mais également une certaine qualité de vie.

Moins ils sont orientés dans le futur, plus il y a des comportements à risque, de l'impulsivité, des addictions, des troubles anxieux et dépressifs.

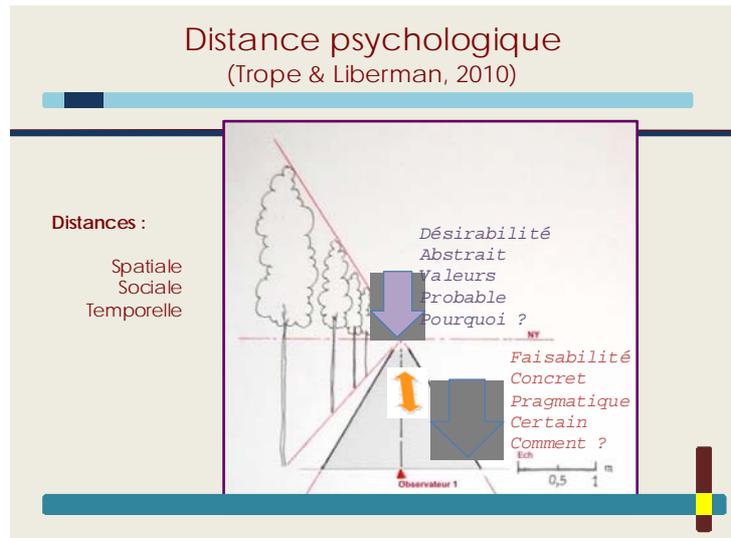
Depuis la validation de l'échelle en 1999, ces travaux représentent des centaines d'études réalisées avec le même outil qui ont mis en évidence ces effets sur l'ensemble de ces comportements.

Plus ils sont orientés dans le futur, plus il y a des comportements à risque, de l'impulsivité, des addictions, des troubles anxieux et dépressifs.

Depuis la validation de l'échelle en 1999, ces travaux représentent des centaines d'études réalisées avec le même outil qui ont mis en évidence ces effets sur l'ensemble de ces comportements.

## La distance psychologique

Au-delà de la perspective temporelle, cette manière de s'orienter plutôt vers le passé, le présent ou le futur dans une attitude positive ou négative, la distance psychologique peut vous permettre de comprendre les comportements à risque pour la santé et de construire un discours d'accompagnement et de prévention pour les addictions.



Les recherches les plus récentes sur ce thème montrent que l'espace psychologique est distant sous trois dimensions (j'en oublie volontairement une quatrième).

### La distance spatiale

Est-ce que quand vous êtes ici, maintenant, avez-vous plus ou moins conscience de l'existence d'un monde élargi autour de vous ? La distance spatiale peut être élargie au quartier, à la région, au pays, au monde. Certains ont une conscience globale, d'autres une conscience plutôt focalisée sur le local, au point parfois de ne jamais dévier d'un chemin connu, notamment pour les personnes en situation de grande précarité, car l'espace autour est jugé trop étranger.

### La distance sociale

Pense-t-on que pour soi ou en relation avec autrui ? C'est la même question que pour la distance psychologique et la largeur du champ psychologique.

### La distance temporelle

Les travaux montrent que selon nos pensées sur la distance des choses (proches ou distantes), la représentation des comportements ou des objets va être radicalement différente. Si on pense à des choses lointaines dans l'espace sociale ou dans le temps, on va se les représenter sous l'angle de la désirabilité (est-ce bien ou pas ?), de manière abstraite, en s'axant sur des valeurs (ce sont nos valeurs qui vont marquer notre lien à ce comportement et le juger) et sur le pourquoi (pourquoi arrêteraient-je de fumer ?).

Les choses proches psychologiquement, donc qui entretiennent une faible distance psychologique, vont être représentées sous l'angle de la faisabilité sous des aspects concrets (comment vais-je faire demain pour ne pas fumer ?), de manière pragmatique avec une certitude (aura-t-on des problèmes à arrêter de fumer ?), c'est probable. Cependant, si on doit arrêter de fumer demain, cela deviendra certain et la question pertinente portera sur la manière (comment ?).

La distance psychologique est totalement malléable, donc ce qui agit n'est pas la distance effective, ce sont les indicateurs de distance que l'on donne dans une situation de communication : demain peut vouloir dire

# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

*dans très longtemps ou très prochainement.* La distance psychologique est un outil qui permet de naviguer dans des formes de sensibilité, de représentation, dans des comportements extrêmement différents et le langage ou la situation de conseil a un impact extrêmement fort.

Les signaux que l'on va donner sur la temporalité dans laquelle on situe l'arrêt, le risque de reprise, etc., en fonction d'une forte ou faible distance, vont amener les individus à se centrer et à être réceptif soit au *comment*, soit au *pourquoi*.

Si on cherche à parler du *comment* à une personne que l'on a induite à penser que cela aurait lieu dans très longtemps ou que cela concerne plein de gens, on aura du mal à faire lui faire entendre la question du *comment*, elle sera centrée sur le *pourquoi*.

À l'inverse, si on induit une personne sur une perspective proche : sociale, spatiale ou temporelle, on aura du mal à lui faire entendre la question du *comment* et à lui faire retrouver le sens des comportements qu'elle réalise.

La distance temporelle interagit avec d'autres distances, tout simplement parce qu'à défaut d'ouvrir l'espace temporel on peut ouvrir l'espace social. Autrement dit, le champ psychologique interagit entre les distances spatiale, sociale et temporelle. Si vous n'arrivez pas à faire penser quelqu'un au futur parce que ce futur est trop menaçant pour cette personne, ouvrez le champ psychologique sur l'espace ou sur les autres.

Les travaux montrent que si on amène une personne à penser à la place d'autres personnes très différentes, elle est induite dans une perspective prenant davantage en compte le futur. Ces distances sont inter-reliées et interagissent. Mettre des gens en présence d'autrui contribue à ouvrir leurs perspectives futures et amener des gens à voyager dans l'espace, mentalement ou effectivement, contribue à ouvrir leurs perspectives sur les autres.

## Ages de la vie et temporalité

Si ces questions temporelles sont importantes, c'est simplement que le rapport au temps évolue en fonction des âges de la vie et des situations.

Dans l'adolescence, ces perspectives temporelles, donc cette disposition à penser au futur, se développent précocement et sont en interaction avec les parents et les personnes qui prennent en charge les enfants précocement.

Des travaux répétés montrent que les reprises pour les enfants sont centrées sur le présent « *arrête de faire cela* » dans les familles plus défavorisées, parce que les conditions de vie entraînent une centration sur le présent.

Dans les familles ayant davantage la possibilité de se tourner vers le futur et de faire des projets, les reprises pour les enfants font appel au futur : « *Ne fais pas cela, sinon plus tard tu n'auras pas ceci* » ou « *Ne fais pas cela, que vas-tu*

*devenir ?* ».

Dans les familles très aisées, on en appelle au passé : « *Cela ne s'est jamais fait dans ta famille* » ou « *personne n'a jamais fait cela* ».

Il y a une parfaite cohérence dans les cultures sociales de ces milieux sociaux avec une transmission intergénérationnelle des dispositions temporelles.

Les enfants issus de classes défavorisées qui ont à gérer leur vie au jour le jour sont déjà disposés à avoir du mal à introduire un délai de gratification et sont assez peu réceptifs au discours centré sur le futur.

La crise identitaire adolescente a tendance à conduire tous les enfants à avoir une diminution de la perspective temporelle future, qui pourtant grandie dans les étapes précédentes.

L'entrée dans l'âge adulte est l'âge des projets.

L'entrée dans la parentalité se décline sous différentes formes : la parentalité qui se projette et la parentalité qui vise à pallier une difficulté sociale : « *je vais être parent parce que tous mes autres projets ne peuvent pas aboutir* ».

À l'entrée dans le troisième âge, il faut gérer ce paradoxe du futur. La manière de se projeter dans le futur devient très différente parce qu'au bout il y a la fin de vie.

Dans tous les cas, les situations de changements définissent un horizon temporel (du projet ou des craintes) et les temporalités individuelles s'adaptent ou le dépassent.

Le futur est valorisé et il est valorisant. De nos jours, le futur est devenu une norme sociale dans les pays occidentaux, et de plus en plus au niveau international. Il fait bon d'être orienté vers le futur et il ne fait pas bon de ne pas s'en soucier.

L'école valorise également le futur, c'est même parfois une condition pour supporter le milieu scolaire, supporter d'être assis toute une journée à 7 ou 8 ans. Il est nécessaire de se projeter pour se dire que tout cela a une utilité, sinon l'élève ne le supporte pas, ne reste pas assis et il rompt le cadre. Par conséquent, l'école effectue un tri et une exclusion d'une certaine manière vis-à-vis des élèves qui ne sont pas centrés sur le futur.

## Âges de la vie et temporalité

- Le rapport au temps évolue en fonction des âges de la vie et des situations



- Dans tous les cas, les situations de changement posent un horizon temporel, celui du projet ou celui des craintes, et les temporalités individuelles s'y adaptent et/ou le dépasse.
- Le rapport au temps, quelque soit l'âge, est socialement normé
- Le futur est valorisé, valorisant et constitue un filtre social

# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

## Perspective temporelle et addictions

Beaucoup de recherches montrent que la perspective temporelle est liée à la consommation de substances, en particulier le cannabis. La perspective temporelle future prédit, avec des recherches prospectives et longitudinales : la fréquence, le niveau d'usage de cannabis et la consommation excessive. Elle le fait parce que la perspective temporelle future permet de mieux se représenter les risques qui en retour permettent de réduire la consommation. Ce n'est pas un effet mécanique, c'est un effet qui passe par la représentation que l'on peut se faire de la substance. C'est donc un terrain sur lequel on va pouvoir implémenter des risques, une fois la perspective future ouverte. Il faut tout de même faire attention car il a été observé dans le cadre de certaines recherches le fait suivant : si des jeunes lycéens ont à la fois un niveau d'usage important de cannabis et une forte perspective temporelle future, ils seront plus dans le déni des risques.

Toutes les substances contiennent des risques et, au moment où on s'engage dans l'usage, on va avoir la tentation de les dénier. Cette tendance est d'autant plus vraie pour ceux qui se projettent dans cette consommation, alors même qu'ils sont orientés vers le futur. Si on a affaire à des personnes déjà consommatrices qui se projettent dans le futur, si on met en avant des risques, on va engendrer un déni au lieu d'une prise de conscience.

De la même manière, le contrôle perçu ou la volonté de contrôle sur sa vie joue un rôle. Là, on parle du fait d'être orienté vers le présent et le fait de consommer plusieurs substances. Pour un lycéen qui a un fort désir de contrôle, le fait d'être orienté vers le présent amène à consommer davantage de substances. C'est la logique même du risque : « *Je ne peux rien prévoir mais je veux contrôler* ». Vouloir contrôler dans un environnement où on ne peut rien prévoir, cela s'appelle le risque, le pari ou le jeu d'argent, etc.

Les personnes dans le présent, mais qui ne sont pas dans l'idée de tout contrôler, ne sont pas amenées à surconsommer du cannabis. Par conséquent, être orienté présent ne veut pas dire mécaniquement être vulnérable à la consommation de substances.

De la même manière pour le futur, l'orientation vers le futur ne protège que si elle s'accompagne du désir de contrôle. Pour ceux qui s'orientent vers le futur, sans avoir le souci de contrôler leur vie, l'orientation vers le futur ne les aide pas. Pour ceux orientés vers le présent, le contrôle maximise les risques tandis qu'il les minimise pour ceux orientés vers le futur. La temporalité vient relativiser l'idée qu'il faut mettre les gens dans une idée de contrôle et de responsabilisation.

## Perspective temporelle et santé

Concernant la communication sur les questions de santé, un message peut avoir un effet persuasif différent simplement en fonction du cadrage temporel. Certains messages classiques très utilisés à l'heure actuelle dans les campagnes de santé publique fonctionnent plutôt bien pour ceux orientés vers le

futur et beaucoup moins bien pour ceux orientés vers le présent.

Communiquer uniquement sur les bénéfices à long terme a un avantage pour ceux déjà orientés vers le futur, donc qui ont peu de risques de consommer ou d'être vulnérables à une surconsommation. En revanche, communiquer sur les bénéfices à court terme, l'effet s'inverse complètement, ceux orientés présents, qui sont les plus vulnérables, se mettent à devenir sensibles à cette forme de communication.

## Conclusion

Si on ne parle que du présent à ceux orientés présent, on les conforte dans ce présentisme et dans cette centration sur le présent. Il existe différentes méthodes pour créer un contexte temporel favorable permettant de dire : « *oui, j'accueille l'urgence ; je comprends* » ou « *j'adhère à cette logique du présent* ». Cela va créer un effet de congruence entre la personne et le contexte dans lequel elle est, et elle va devenir sensible au message futur.

Les dernières recherches montrent qu'il est possible de rendre quelqu'un sensible à un message allant à l'encontre de ces intérêts, si on prépare un contexte institutionnel, relationnel qui a déjà admis sa disposition temporelle. Il suffit de dire que le présent est important, que l'on va faire les choses au présent, et de glisser un message sur les conséquences futures. Dans ces conditions, comme le premier a créé de l'inclusion, le deuxième peut être accepté.

Merci de votre attention.

## Le débat de la Session II

### La salle réagit...

#### Marie MALECOT

Je vous propose de passer aux questions ?

#### Étienne ANDRÉ

Je voudrais revenir sur l'intervention de Monsieur FIEULAINE, en lui demandant : dans quelle temporalité, spatialité et distanciation est la femme enceinte ?

#### Nicolas FIEULAINE

Cela dépend de son milieu social, d'où la différenciation entre les grossesses palliatives et prospectives. Il existe de nombreuses manières d'être enceinte et il y a des grossesses désirées ou des grossesses non désirées.

Dans le cadre d'une grossesse prospective, il y a un effet de générativité qui va davantage être accès sur des éléments de valeur sur des éléments concrets. La personne va devenir soucieuse du legs qu'elle va laisser et cela va ouvrir une perspective temporelle sur l'autrui (interne à soi) et le temps (on commence à se projeter dans les projets familiaux) avec une grande distance psychologique.

#### Étienne ANDRÉ

Vous nous avez fait découvrir un univers absolument passionnant, notre seule envie est de nous y introduire. Dans le cadre d'une formation animée sur ce sujet, avez-vous des exercices concrets permettant aux sages-femmes et aux participants de s'exercer à identifier la temporalité dans laquelle se situe un fumeur ou une fumeuse ?

#### Nicolas FIEULAINE

Des jeux de rôle, dont le principe est de faire vivre aux participants de la formation la restriction du champ dont je parlais.

De la même manière, il existe des méthodes permettant d'apprendre à la diagnostiquer, à l'évaluer, et à faire l'expérience soi-même pour comprendre les personnes centrées sur le présent.

Des outils communicationnels et relationnels permettent d'essayer d'installer une relation dans une ouverture très large (question de la confiance, du lien, etc.) et de jouer sur l'immédiateté, afin d'utiliser le temps pour gérer la relation de confiance ou l'alliance thérapeutique, l'objectif peut être différent (maintenir la relation, de l'observance, etc.).

Il existe des moyens très simples permettant de jouer sur cette relation, sur le rythme du temps, en fonction de ce qu'on a évalué chez la personne dont on assure le suivi.

#### Marie MALECOT

Je vais essayer de faire le lien entre votre présentation sur la temporalité et celle sur les thérapies comportementales et cognitives.

Cette image d'espace, de temporalité sociale ou spatiale m'a énormément parlé et m'a rappelé la distanciation. Lorsque nous disons à un patient : « Si votre meilleur ami se trouvait dans cette situation, que lui diriez-vous ? », je pense que le fait d'être en difficulté permet de contourner un peu les choses car, à ce moment-là, les personnes ont un autre discours. Lorsque vous dites : « reconnaître le présent », cela me fait penser à l'alliance thérapeutique qui consiste à valider que le présent existe (que l'on est d'accord) mais aussi que d'autres choses existent.

#### Nicolas FIEULAINE

Il doit exister des liens mais je ne connais très bien les TCC de deuxième vague, même si je vois les travaux à l'origine des stratégies développées. Je ne sais pas à quel point l'implémentation d'intentions peut intégrer toutes ces choses mais il y a une manière de construire des sous-buts ou des démarches de planification.

J'impose parfois une limite car il faut vraiment doser l'ouverture en fonction des publics. L'ouverture brusque d'un champ chez des personnes qui se sont progressivement refermées pour se protéger peut créer des contre-réactions extrêmement fortes comme une fermeture et une mise à l'épreuve de l'alliance, appelée « le non-recours frictionnel », c'est-à-dire le fait d'abandonner la relation.

L'environnement social, le futur, le regard des autres, l'ailleurs peuvent être menaçants et peuvent susciter des réactions politiques, ou autres. Face aux abandons, il faut faire une analyse sur la logique de la distance psychologique.

#### Marie MALECOT

Nous appelons cela « jouer avec la résistance ou la réactance », l'un étant un stop et, dans l'autre, on se rend compte que le malade cherche à biaiser. Dans notre pratique clinique, on peut dire qu'on a le droit à l'erreur, de se tromper, de voir la résistance monter et de pouvoir dire au patient : « Excusez-moi, je me suis trompée ».

Le patient est extraordinaire et nous aide beaucoup dans nos erreurs. Je suppose que vous avez tous vu cela et je ne veux pas amoindrir vos propos mais, si on se trompe (lorsque le patient rentre dans la résistance) et qu'on le reconnaît, qu'on fait machine arrière ou qu'on l'évite, on ne passe pas à côté. Cette pratique courante est « le déni » ou « la résistance ».

La présentation de notre collègue sage-femme est très intéressante car les mémoires font souvent l'évaluation des pratiques professionnelles. Votre travail démontre qu'il y a eu une énorme évolution et, même s'il reste encore à faire, j'admire votre enthousiasme à vouloir les changer.

J'ai été ébahie de voir le travail extraordinaire accompli dans ce service de la Croix-Rouge.

## FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

### De la salle

J'ai trouvé votre présentation intéressante et vous avez beaucoup parlé de sevrage tabagique pour les femmes enceintes, donc de l'objectif idéal. Pour autant, je voudrais également parler des personnes hospitalisées pour des problèmes au cours de la grossesse, donc qui sont en abstinence temporaire. Si la femme enceinte dit « *Non, je ne veux pas arrêter de fumer* », on ne lui propose pas une substitution nicotinique durant son hospitalisation. Je trouve cela dommage car quelquefois on arrive à modifier les comportements par ce biais-là.

### Alexandra VILBOUX

Je suis tout à fait d'accord. En aucun cas, il ne s'agit uniquement du sevrage, bien au contraire, je pense que l'accompagnement est essentiel et la proposition des substituts nicotiniques dans l'accompagnement – sans arrêt du tabac – fait évidemment partie du projet. Accompagner la femme fumeuse en grossesse pathologique est une urgence thérapeutique et on a bien conscience que la patiente n'est pas forcément dans une phase d'arrêt, donc que le sevrage n'est pas l'unique solution. Il faut s'adapter à chaque patiente.

### De la salle

Je suis sage-femme tabacologue à l'HFME au service d'hospitalisation et mon activité correspond à ce que vous allez faire.

Dans 99 % des cas, la réflexion est sur la diminution des risques, la proposition des patches, un accompagnement et une aide au confort de la patiente, et non à l'arrêt définitif. Cette démarche permet de dialoguer avec les personnes, de leur apporter du confort dans l'hospitalisation et, de ce fait, leur permettre d'arrêter de fumer. Si on dit : « *Je vous ai dit qu'il fallait arrêter, parce que vous êtes hospitalisée et c'est dangereux pour votre bébé* », on perd la patiente.

### Alexandra VILBOUX

Je suis entièrement d'accord avec vous.

### Marie MALECOT

Nous allons laisser la parole à Étienne ANDRÉ pour une synthèse de cette journée.

## CONCLUSIONS

### Étienne ANDRÉ

Il m'est impossible de faire une synthèse de tout ce qui a été exposé. En préparant le programme, j'avais suggéré une synthèse contenant 4 informations à retenir, 2 idées à mettre en pratique et 1 message à transmettre, synthèse à faire par le Dr. Jean PERRIOT, vice-président de l'IRAAT. Vous voudrez bien excuser son absence.

### L'IRAAT



Aujourd'hui, n'est présent qu'un modeste échantillon de la richesse de l'IRAAT. L'Institut Rhône-Alpes Auvergne de Tabacologie, c'est nous tous, c'est notre Présidente que je voudrais remercier d'avoir

pris la succession difficile de Gérard MATHERN alors qu'elle a une importante activité professionnelle ; elle a souhaité que l'IRAAT continue à exister et je voudrais en notre nom à tous et à titre personnel, la remercier. L'IRAAT, c'est toute une équipe au sein du Conseil d'administration : Marie MALECOT, Pierre-Antoine MIGEON, Audrey SCHMITT, et tous les autres, qui ne m'en voudront pas de ne pas les citer. Nous avons besoin d'eux et de vous tous ici présents pour continuer le travail.

La richesse de l'IRAAT est d'avoir anticipé la fusion de Rhône-Alpes/Auvergne qui est pour nous une réalité depuis de nombreuses années.

Je voudrais que vous considériez l'IRAAT comme un lieu de rencontre et d'échange : il est prévu que nous organisions des rencontres, à l'image de celle d'aujourd'hui, deux fois par an.

L'IRAAT, c'est également la capacité d'être accompagnateur des projets que vous voulez mettre en place, être pour vous une sorte de structure-ressource sur laquelle vous pouvez vous appuyer. C'est aussi un positionnement de disponibilité auprès des autorités locales, régionales et nationales, lorsque des programmes sont à mettre en place et sont à relayer dans notre inter-région Rhône-Alpes Auvergne. Enfin, l'IRAAT a la volonté de modifier ses outils, de beaucoup plus utiliser le support Internet de l'IRAAT et de permettre de communiquer de plus en plus entre nous.

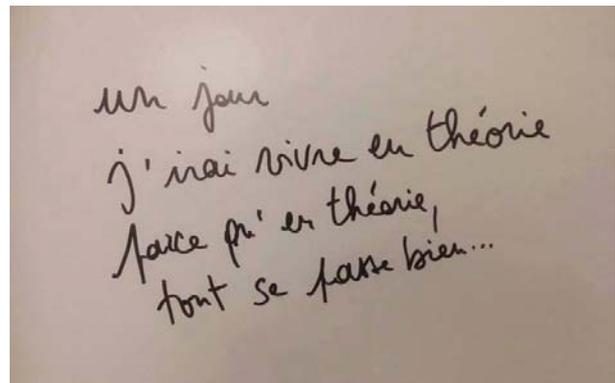
### Poursuivre la prise de mesure draconienne

Aujourd'hui, dans le cadre de nos travaux, il y a bien plus que quatre informations à retenir. Monsieur TOURAINE nous a demandé : « Pourquoi avons-nous attendu tant de temps pour engager les mesures nécessaires ? ». Pour avoir participé aux premières campagnes de Mme Simone Veil en 1975, je peux vous dire que l'image sociale du fumeur ne peut changer en 10 ans, il aura fallu attendre au moins une génération, malgré le travail considérable mené depuis 40 ans. Cependant, Monsieur TOURAINE a raison, au

regard des 73 000 morts par an, il est impératif poursuivre et de prendre des mesures draconiennes.

### Sans exhaustivité, plusieurs situations particulières évoquées aujourd'hui

Le tabagisme est un problème de comportement et il y a beaucoup de parallélismes avec le comportement alimentaire. Les TCA (troubles du comportement alimentaire) troubles si fréquent chez la femme enceinte fumeuse, ont été abordés avec Mme Audrey SCHMITT. Elle nous aide à mieux comprendre ces troubles du comportement alimentaire, notamment le fait que des outils existent et peuvent nous aider à entrer en communication et en relation avec des femmes confrontées à ce type de problème. À nous de les utiliser en tant qu'outils de relation et de communication.



La précarité par Frédéric MERSON sur laquelle il me semble important de retenir : « Ne confondons pas précarité et pauvreté avec toutes ces notions d'instabilité et d'incertitude qu'il y a derrière ». Lorsqu'une personne est en situation de précarité, cela signifie aussi qu'elle est en situation de fragilité, d'incertitudes. N'y-a-t-il rien de pire que l'incertitude ? Frédéric MERSON nous a également parlé du conjoint fumeur, sujet à aborder absolument dans le cadre de l'accompagnement de la femme enceinte fumeuse. Il a également évoqué l'utilisation déconseillée de la cigarette électronique ; je rappelle que l'une des premières recommandations du rapport de Mr. Jean-Louis TOURAINE est le remboursement intégral des substituts nicotiniques. Son rapport est extrêmement clair et simple. Merci de l'avoir rappelé car c'est un des premiers bénéfices de cette journée puisqu'il va le rapporter à Madame la Ministre.

La temporalité. Voici un sujet sur lequel nous devons progresser et que beaucoup d'entre vous ont découvert aujourd'hui. Il nous est recommandé de prendre du temps pour comprendre l'univers et le temps dans lequel est l'adolescent. Merci M. FIEULAIN de bien vouloir imaginer des tests, des exercices et des pratiques pour un temps de formation appelé à être organisé dans la prolongation de l'intervention d'aujourd'hui.

# FEMMES ENCEINTES ET NOUVELLES CONSOMMATIONS

## Que retenir ? Quel projet ? Quelle attitude ?

Après une journée aussi dense, entre ce que j'aimerais pouvoir vous dire et tout ce que vous avez entendu, on ne récupère finalement que 10 %.

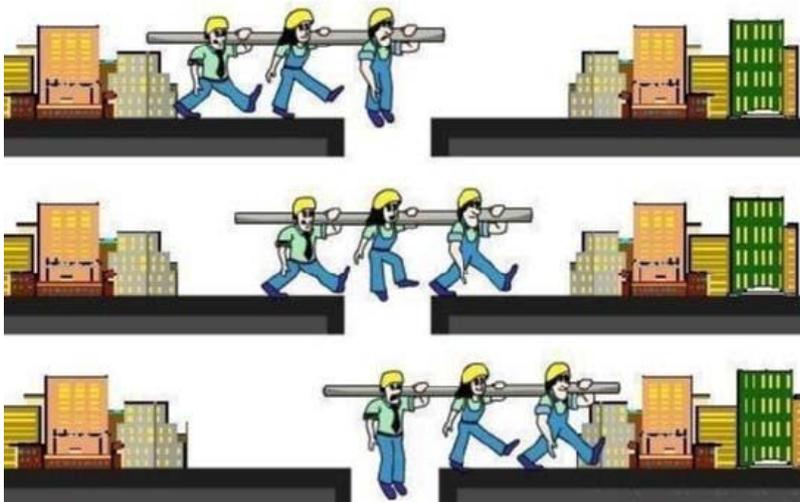
1. Lorsque l'on a pris la main d'une femme enceinte en lui proposant d'arrêter de fumer, comment ne plus la lâcher pour l'accompagner le plus loin possible dans l'aide à l'arrêt ? Suite à cette réflexion, nous avons le projet de développer un programme spécifique sur ce sujet.

2. Madame DAVID nous a rappelé que le confort du fumeur en face de nous, pour qu'il soit serein et qu'il se sente en sécurité, est fonction de notre sérénité à aborder le sujet. Lorsque vous êtes assis en face de quelqu'un si vous vous détendez que vous vous allongez sur la chaise, il va faire exactement la même chose. Si vous vous rapprochez de la table pour essayer de stimuler son éveil, lui aussi va se rapprocher : notre interlocuteur calque son comportement et son attitude sur notre propre état de sécurité et de sérénité.

3. Concernant l'adolescence, j'avais en tête cette phrase d'Éléonore ROOSEVELT : « Hier, c'est l'histoire ; demain, c'est une hypothèse ; aujourd'hui, c'est un cadeau ». Monsieur FIEULAIN, vous l'avez complètement démolie et j'ai aimé la manière dont vous l'avez fait en essayant de nous obliger à bien situer et diagnostiquer dans quelle temporalité se situe le patient, d'où ma question sur la temporalité de la femme enceinte.

4. Renforcer la politique de formation de l'IRAAT. Madame la Présidente, Anne-Sophie RONNAUX-BARON, nous avons un certain nombre de tâches à mener à bien. La première est de proposer tous les outils évoqués aujourd'hui afin que le maximum d'entre nous puisse les avoir à disposition. C'est notre travail de développer l'ensemble ces outils et de les mettre à votre disposition. À nous de fixer une date pour une prochaine formation TCC et à vous, Nicolas FIEULAIN, de nous dire comment peut-on mettre en place une formation ou un temps de travail sur la temporalité.

**Figure 8: Le travail en équipe**



## Deux recommandations

1. Le sujet le plus développé aujourd'hui est notre capacité à travailler en commun et en réseau. Tous les intervenants ont souligné l'importance de travailler en réseau afin d'aller vers plus de complémentarité et une pluridisciplinarité. Cette tâche est indispensable dans l'accompagnement de la femme enceinte jusqu'à l'arrêt du tabac.

2. La seconde recommandation – il y en a eu tellement que j'ai finalement retenu celle qui me paraît prétexte à un projet de formation –, vient de Mme Véronique BOUTE-MAKOTA. On a tous une très bonne expérience de l'entretien motivationnel et des TCC « historiques ». On nous demande de fonctionner différemment en donnant des objectifs raisonnables, atteignables, en travaillant sur la technique de la pleine conscience, le *Mindfulness*, afin d'être conscient de l'acte réalisé et d'aider le fumeur dans cet acte conscient. J'invite Véronique BOUTE-MAKOTA à réfléchir aux exercices à mettre en place pour les prochaines formations avec un peu moins de théorie et un peu plus de pratique.

## Un message

La régionalisation est notre réelle capacité à travailler en équipe. Aujourd'hui, nous avons participé à une journée scientifique interrégionale. Dans les mois à venir, nous mettrons en place, à la disposition de tous, des formations et des outils d'aide à la prévention et à l'arrêt. Je vous invite à vous rapprocher de Soraya, notre assistante-secrétaire de l'IRAAT, pour obtenir les informations complémentaires.

Les présentations seront prochainement sur le site de l'IRAAT avec le texte de l'ensemble des communications. Il vous sera envoyé également sous un format numérique.

Je vous remercie et vous souhaite une très bonne soirée.

## Marie MALECOT

Merci, pour cette remarquable synthèse. J'espère que nous retiendrons plus de 10 % des informations qui nous ont été transmises dans le cadre de cette riche journée.

Merci à tous et bonne soirée.

(La 17e journée scientifique de l'IRAAT prend fin à 16 h 15)