

SEVRAGE TABAGIQUE ET GROSSESSE

Docteur Jean Perriot
Dispensaire Emile Roux - Clermont-Ferrand
Dr Véronique Boute Makota
Unité d'Addictologie de Liaison, pôle psychiatrie B, CHU

DIU Clermont-Ferrand - 2013

Généralités

- **La prévalence du tabagisme féminin s'accroît inexorablement et en 2020 il pourrait y avoir autant de femmes que d'hommes à fumer.**
- **La morbi-mortalité induite par le tabagisme va augmenter considérablement dans les prochaines années (1999 : 66 000 décès - 2025:160 000 décès).**
- **Le tabagisme chez la femme et pendant la grossesse est devenu un enjeu majeur de santé publique en raison:**
 - **Prévalence croissante du tabagisme de la femme** (morbi-mortalité induite, vulnérabilités particulières).
 - **Fréquence et gravité pendant la grossesse** (40% des femmes en âge de procréer fument et plus de 30% en début de grossesse).
 - **De la sévérité de ses conséquences** (grossesse, périnatalité) on estime qu'il est responsable de plus de 10% des décès autour de la grossesse.
 - **De la difficulté du sevrage:** 50% des femmes qui s'arrêtent de fumer à l'occasion de la grossesse reprennent leur consommation après l'accouchement (pour 85% des cas dans les quatre mois qui suivent l'accouchement - tabagisme passif domestique).

Femmes et addictions dans la littérature

- En France, on dispose de peu de données sur les conduites addictives féminines (qu'il s'agisse de tabac, OH, ou produits illicites, jeu, achats, TCA, sexualité...) hormis celles concernant la prévalence des consommations de produits issues d'enquêtes en population générale ou auprès des adolescents

Beck, 2010 baromètre santé;

Beck, 2011 OFDT

- On estime, en France, que pendant leur grossesse:

20 à 30% des F consomment du tabac,

3 à 10% du cannabis,

0,5 à 3% de la cocaïne,

15% de l'alcool

Lamy S, 2010

Profil des femmes susceptibles de consommer du tabac

- Comorbidités psychiatriques+++ *Lasser K et al, 2000*
- Évènements traumatisants dans l'enfance
- Milieu social défavorisé ou CSP élevée
- L'addiction chez la F se différencie de celle des H dans son origine + souvent traumatique
- Grossesse et difficultés d'arrêt du tabagisme:
penser aux abus sexuels dans l'enfance
Co-morbidités psychiatriques

Persistance du tabagisme pendant la grossesse et troubles psychiatriques

5 diagnostics psychiatriques sont prévalents si persistance tabagisme pendant la grossesse:

- Trouble anxieux généralisé
- Trouble bipolaire de type 1
- Trouble oppositionnel
- Abus de substance
- TDHA (déficit de l'attention/hyperactivité)

Flick LH, 2006

S'intéresser à la comorbidité psychiatrique: quel est l'enjeu?

- Le trouble psychiatrique péjore la conduite addictive
- Taux + élevé d'H surtout si polyaddictions
- + de suicide et de TS si poursuite conduite addictive
- les F fumeuse présentent statistiquement + de troubles dépressifs
- 2 X + de TS/pop générale *Rossow, 2001*
- Moins de rechute pour les 2 troubles si PEC des comorbidités

Tabagisme + troubles psychiatriques = problématique complexe

- Encore + complexe si polyaddiction (cannabis, OH...)
- Traiter une addiction, c'est tenir compte:

De la dépendance

Des comportements

Des comorbidités

Des aspects sociaux

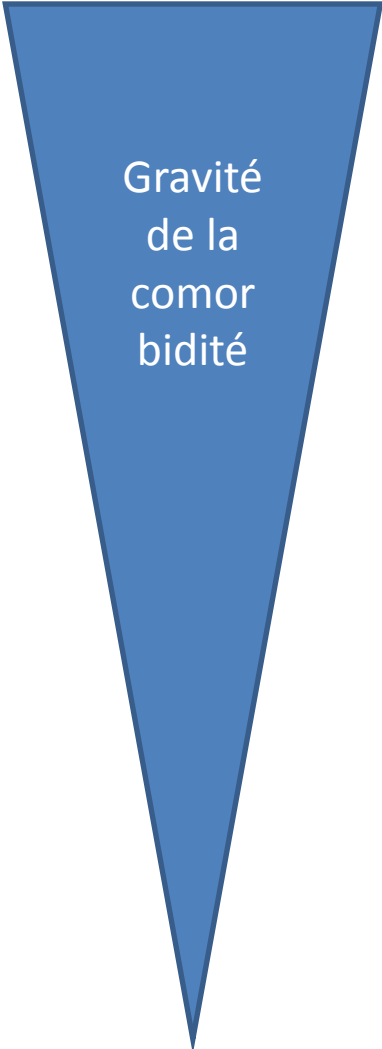
Des proches

Des différences de genre

Tabagisme + troubles psychiatriques = problématique complexe

Il en résulte que

M Driessen, 2001



Gravité
de la
comor
bidité



Gravité
de
l'addict
ion

Tabagisme et trouble de la personnalité

Il n'existe pas de personnalité propre à la consommation de tabac

Tous les profils de personnalité peuvent être présents

Venisse, 1999

La prise en charge des patientes dépendantes au tabac avec co-morbidités psychiatriques

- PEC individuelle, cadre empathique
- Objectifs à préciser
- Diagnostiquer le plus tôt possible les comorbidités (PEC spécialisée si nécessaire)

Se poser la question d'une comorbidité psychiatrique si échecs sevrage multiples

- Traitement pharmacologique des comorbidités

De + en + utilisés pdt la grossesse avec surveillance obstétricale

- Thérapie orientée sur le changement et la prévention des rechutes
- Psychothérapie autres en fonction événements de vie
- Traitement de la dépendance tabagique
- Conférence consensus tabac et psychiatrie
- Surveillance de l'humeur pendant le sevrage
- Surveillance de la prise de poids

- Suivi au long cours

- PEC des caractéristiques liées au genre....

Les traitements pharmacologiques de la dépendance tabagique si comorbidités psychiatriques

- Les mêmes qu'en population générale sauf si grossesse
- L'ensemble des stratégies thérapeutiques actuellement recommandées sont utilisables chez la femme qui présente des troubles psychiatriques
- Respect des Contre-indications (bupropion si bipolarité)
- De + en + d'études dans la littérature sur varénicline et troubles psychiatriques:

Augmentation de l'impulsivité, risque suicidaire, d'où surveillance rapprochée

Lising Enriquez K, 2009

Efficacité chez les patients souffrant de troubles mentaux

Ochoa E, 2009

- Naltrexone et diminution du craving chez les femmes?
Études en cours...

CONSEQUENCES GENERALES DU TABAGISME FEMININ

- Troubles du cycle menstruel (dysménorrhées, mastodynies)
- Contre indication relative aux EPS
 - Infarctus du myocarde (risque)
 - ✓ Dose dépendant à la consommation (≥ 40 c/j $\times 75$)
 - ✓ Dose dépendant à l'âge (≥ 35 ans $\times 100$)
 - ✓ Dose dépendant aux taux d'EE ($35 \mu\text{g} > 20\mu\text{g}$, etc)
 - Décès sous EP : 25/100 000 (35-39 ans) ; 50/100 000 (40-44 ans)
Tabagisme, 1^{er} facteur de risque d'IDM et décès sous EPS.
 - Autres pathologies :
 - ✓ **Accidents thromboemboliques** (y compris jeune fille)
 - ✓ **AVC** (++) si >35 ans + terrain migraineux
 - ❖ Proposer **systématiquement** le sevrage tabagique (motiver, orienter, aider l'arrêt selon les modalités habituelles)
 - ❖ *Si absence de motivation et/ou échec :*
 - Réduction de consommation aidée par SN
 - Age > 35 ans + tabagisme + CO/EPS
 - CO progestative ou implant progestatif (+++)
 - DIU (progestatif $>$ cuivre)
 - pilule du lendemain (Norlevo® $>$ Tetragynon®)
 - progestatifs microdoses (risque \nearrow de GEU)

- **Risques de cancers**
 - **Sphère gynécologique**
 - Cancer du col de l'utérus (RR : 1,6 à 5,9)
 - Cancer du sein (RR : 1,4 à 4,8)
 - Cancer de la vulve (co-facteur HPV idem cancer du col)
 - **Autres sphères**
 - Cancer bronchique (vulnérabilité supérieure de la femme et spécificités carcinologiques et cliniques)
 - Cancer des VADS (alcool, cannabis)
- **Autres affections**
 - **Maladie de crohn (RR : 3,09)**
 - **Pathologies respiratoires**
 - BPCO (vulnérabilité supérieure de la femme à tabagisme égal)
 - Affections interstitielles, déstabilisation des états asthmatiques
 - Fréquence des infections respiratoires (tuberculose, Autres affections pneumocoque)
 - ➤ **Risque d'infection VIH et Tuberculose**
- **Ménopause**
 - **Plus précoce (2 ans)**
 - ➤ **incontinence urinaire et ostéoporose**
 - ↘ **efficacité du traitement hormonal substitutif (effets hémodynamiques, ➤ risques thromboemboliques, ➤ céphalées et troubles fonctionnels).**

LES RISQUES DU TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM

- **Perturbations du déroulement de la grossesse**
 - ↘ fertilité - fécondité
 - Pathologie obstétricale
 - ▣ ↗ grossesses extra utérines (RR:1.5 à 5)
 - ▣ ↗ avortements spontanés (RR:1.8)
 - ▣ ↗ placenta praevia (RR:1.3)
 - ▣ ↗ rupture prématurée des membranes (RR:2)
 - ▣ ↗ accouchement prématuré (RR:1.6 à 2)
- **Perturbations touchant l'enfant**
 - ↘ allaitement (volume-qualité du lait)
 - risques pour l'enfant
 - ▣ ↘ poids de naissance (proportionnel au tabagisme)
 - ▣ ↘ développement psychomoteur et staturo pondéral
 - ▣ ↘ fonction pulmonaire
 - ▣ ↗ asthmes, sensibilisations
 - ▣ ↗ fréquence et gravité des infections ORL et pulmonaires
 - ▣ ↗ cancers de l'enfant (leucémies, tumeurs cérébrales...)
 - ▣ ↗ risque de diabète, obésité, troubles thyroïdiens
 - ▣ ↗ mort subite du nourrisson (RR:2 à 6)

Fumée de tabac

➤ CADMIUM

= Toxicité chez la **femme enceinte +++**


- Diminue la croissance du fœtus
- Compétition avec le zinc (métal indispensable à la croissance foétale)


➤ SUBSTANCES RADIOACTIVES

- Polonium (origine : engrais utilisés pour la culture du tabac)

Risques pour la femme

- Vieillessement de la peau
- Pathologie bucco dentaire
- Conséquences cardiovasculaires (accidents coronariens et thromboemboliques)
- Troubles anxio-dépressifs (violences domestiques, suicides)
- Perturbations du déroulement de la grossesse

 **Toutes ces conséquences sont réversibles à l'arrêt du tabagisme (vasoconstriction généralisée: 30mn → réduction du risque d'infection respiratoire pour l'enfant: 3 mois).**

 **L'implication et la formation des professionnels de santé s'impose en particulier des Sages-Femmes, des Gynécologues - Obstétriciens, des Tabacologues et Addictologues.**

SEVRAGE TABAGIQUE DE LA FEMME ENCEINTE

- **C 'est une urgence thérapeutique**
 - **La proposition d 'aide doit être faite le plus tôt possible (dès le diagnostic de grossesse, dès la connaissance d 'un projet d 'enfant) seulement 5% des femmes s 'arrêtent de fumer dans le dernier trimestre de leur grossesse.**
 - **La prise en charge du sevrage tabagique**
 - 📄 **Il doit s 'appuyer sur le travail d 'amont**
 - **conseil et proposition d'aide lors du suivi gynécologique et lors de la consultation de contraception**
 - **explication sur les enjeux du tabagisme, les bénéfices de l'arrêt et ses modalités.**

📄 Il doit s'étendre à la période du post partum

- fréquentes reprises après l'accouchement (90% dans les 4 mois suivant la naissance)
- des mesures préventives
 - Information sur le tabagisme passif et bénéfices du sevrage
 - conseiller l'allaitement maternel
 - aider la femme à perdre son surpoids et faciliter sa vie après l'accouchement (travailleur social)
 - prise en charge du conjoint
 - diagnostic et traitement des troubles anxio-dépressifs (EPDS)

Auriez-vous l'obligeance de répondre en soulignant la réponse qui vous paraît la plus adaptée à votre état. Pendant les 7 derniers jours :

J'ai ri et pris les choses du bon côté Autant que d'habitude Moins que d'habitude Beaucoup moins que d'habitude Jamais	6	J'ai été dépassée par les événements Oui souvent, je me suis sentie incapable d'affronter des situations Oui parfois, je me suis sentie moins capable que d'habitude Non, j'ai pu affronter, comme d'habitude, la majorité des situations Non, je me suis sentie aussi capable que d'habitude
2 Je me suis sentie en confiance et heureuse en envisageant l'avenir Comme d'habitude Moins que d'habitude Beaucoup moins que d'habitude Très rarement	7	J'ai été si malheureuse que j'ai eu des difficultés de sommeil Oui, presque tout le temps Oui, certaines fois Oui, rarement Non, jamais
3 Je me suis reprochée à tort d'être responsable quand les choses allaient mal Oui, presque tous les jours Oui, certaines fois Oui, rarement Non, jamais	8	Je me suis sentie triste et insatisfaite Oui, presque tout le temps Oui, souvent Oui, rarement Non, jamais
4 Je me suis sentie inquiète ou soucieuse, sans raison de l'être Non, jamais Oui, rarement Oui, certaines fois Oui, très souvent	9	Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré Oui, presque tout le temps Oui, assez souvent Oui, rarement Non, jamais
5 Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raison apparente Oui, plusieurs fois Oui, certaines fois Oui, rarement Non, jamais	10	J'ai pensé à me faire mal Oui, très souvent Oui, souvent Oui, rarement Non, jamais

EN CAS DE DEGRADATION DE L'HUMEUR COMPARAISON DES SCORES A J0 (= accouchement) ET J7 → AVIS D'UN CLINICIEN.

- impliquer l'omnipraticien et les intervenants de la périnatalité (PMI, etc.).

Il doit débiter par une phase d'explication et d'évaluation de la situation tabagique (alliance thérapeutique)

- évaluation des différents niveaux de dépendance (Fagerström ≥ 4 dépendance pharmacologique réelle)
- évaluation de l'état anxio-dépressif (HAD- BECK)
- évaluation du vécu de la grossesse
 - grossesse désirée
 - environnement socio-familial et professionnel
- recherche de facteurs pronostiques péjoratifs
 - conditions de vie prégnantes
 - entourage fumeur
 - état anxio-dépressif avéré ou antécédents
 - co addiction (alcool-cannabis): **urgence médico-obstétricale**
 - forte consommation ou dépendance
 - maturation-motivation de la décision d'arrêt faibles
 - maturité insuffisante de la femme (jeune)
- Evaluation de la motivation à l'arrêt (Richmond)

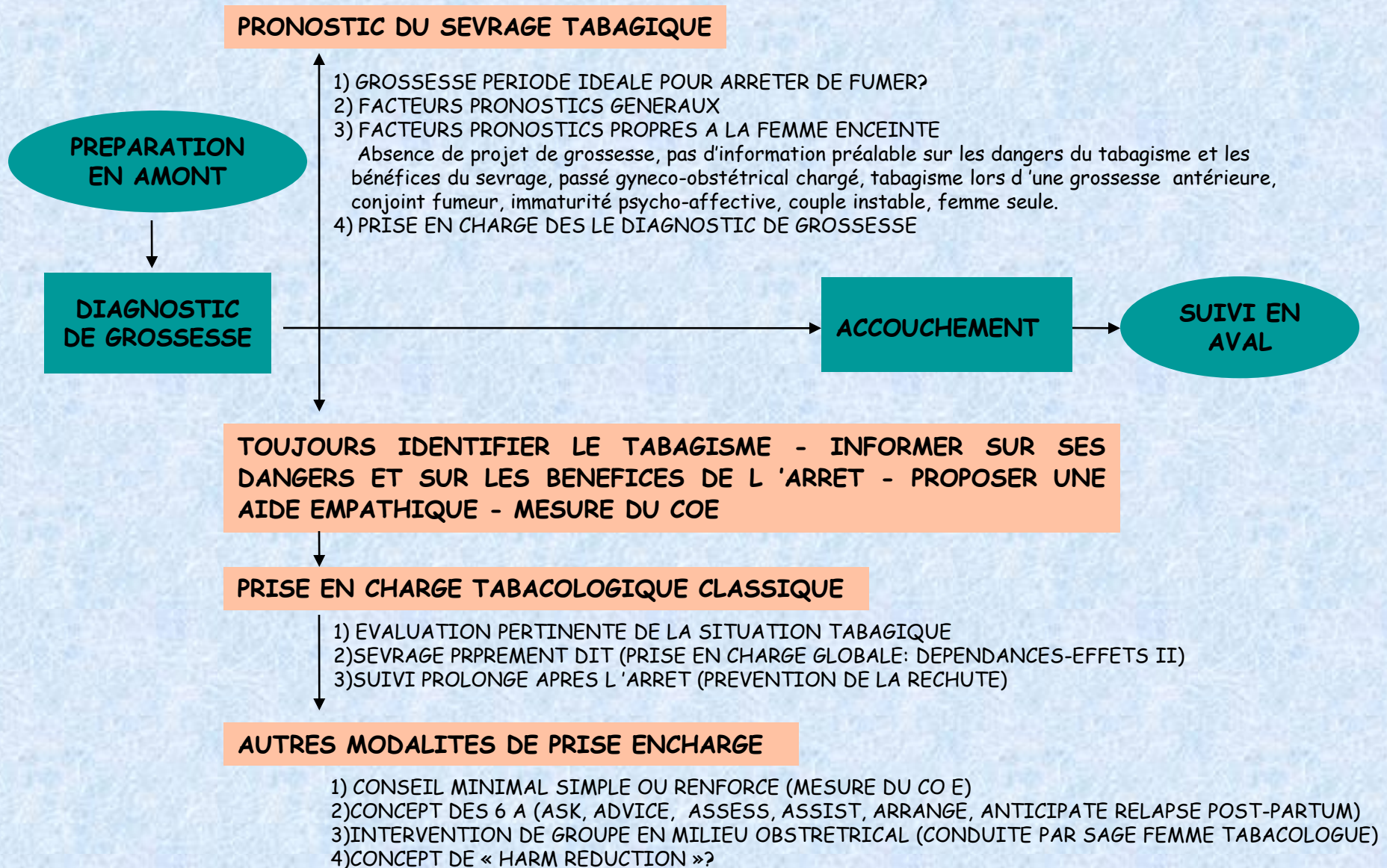
Réflexion sur le contexte de l'évaluation initiale

LES MODALITES DU SEVRAGE SONT DEFINIES

- **Conférence de consensus "Grossesse et tabac" (LILLE 2004 - M Delcroix).**
- **Hiérarchisation et personnalisation de l'intervention**
 - **Conseil minimal simple ou renforcé (mesure COE)**
 - **Réunions de groupe en milieu obstétrical (sages femmes)**
 - **Concept des 6A (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange, Anticipate post partum relapse)**
 - **Intervention tabacologique spécialisée**
 - ☞ **enfant précieux-grossesse à risque**
 - ☞ **échec des interventions précédentes**
 - ☞ **sévérité de la dépendance et consommation**
 - $fagerström \geq 7$
 - consommation ≥ 20 cigarettes/jour
 - troubles anxio-dépressifs et/ou antécédents
 - coaddiction (cannabis, alcool)
 - contexte environnemental défavorable
 - maturation, motivation, confiance en soi faibles

- **Intervention tabacologique spécialisée (schéma 1)**
 - **Prise en charge globale et étalée dans le temps** (couvrant les 4 mois suivant l'accouchement).
 - **Évaluation initiale** de la situation et explication non stigmatisante (registre empathique-disponibilité).
 - **Prise en charge de type TCC** (attitude motivationnelle).
 - **Substitution nicotinique**
 - 📄 **elle est possible** (1997).
 - 📄 **elle est utile** (compensant bien le syndrome de manque).
 - 📄 **elle est codifiée** (AFSSAPS 2003, Lille 2004).
 - patientes bien motivées
 - en échec dans l'arrêt malgré TCC bien conduite à J7
 - importance du syndrome de manque
 - **modalités de la substitution**
 - patch (16h/24h, dosage cotinine)
 - **perlinguale (posologie suffisante, bonne utilisation)**
 - objectif d'arrêt des SN le dernier mois de grossesse
 - possibilité de reprise après l'accouchement
 - 📄 **elle est bien tolérée** (mère-enfant).
 - 📄 **elle est efficace** (x 2 arrêt par rapport au PCB).
 - **Utilisation des psychotropes** (schéma 2 - tableau I)

Schéma 1 : SEVRAGE TABAGIQUE PENDANT LA GROSSESSE



ARBRE DÉCISIONNEL DE LA PRISE EN CHARGE TABAGIQUE DE LA FEMME ENCEINTE

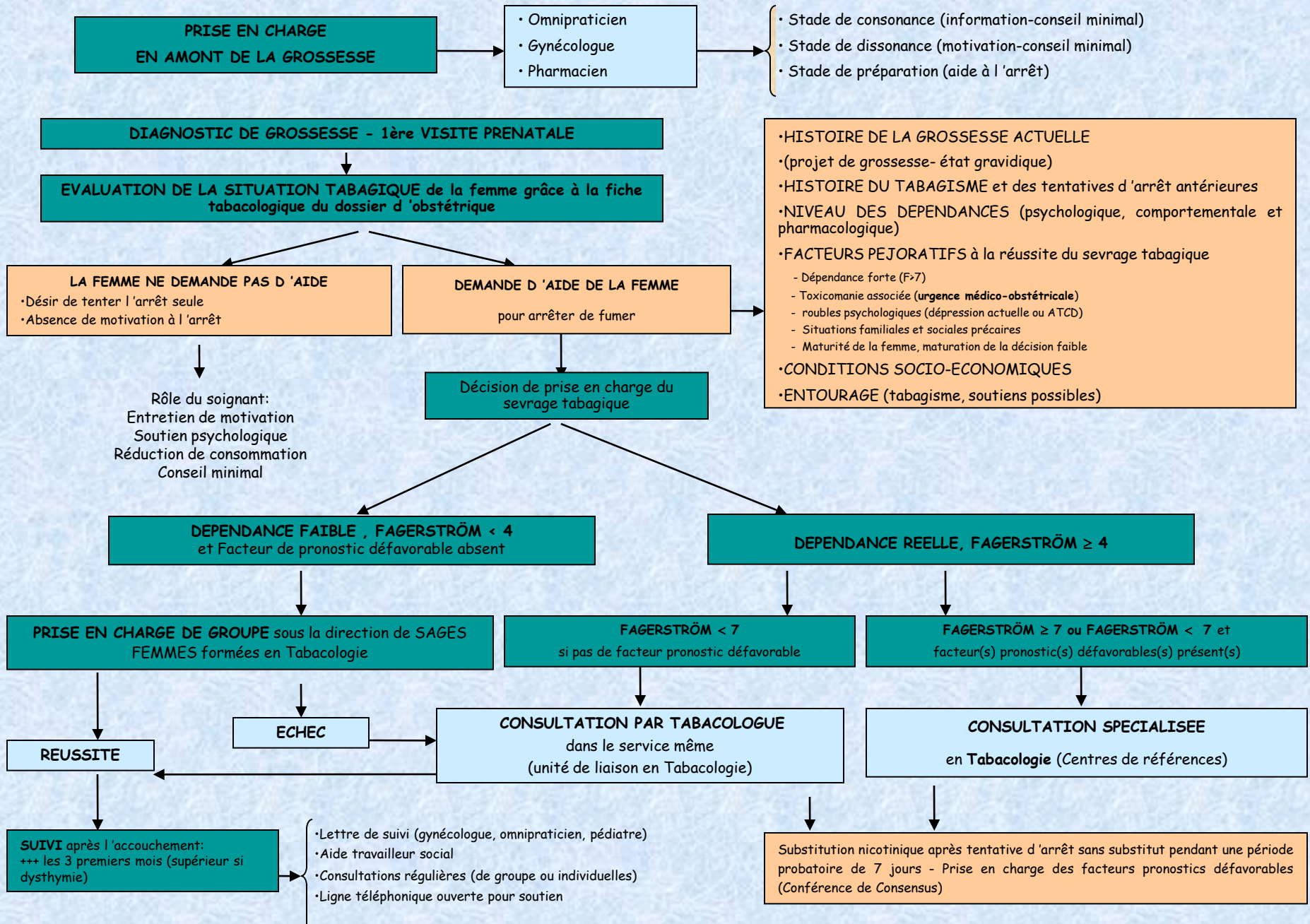


Schéma 2 : TABAGISME-DEPRESSION-GROSSESSE: SEVRAGE TABAGIQUE

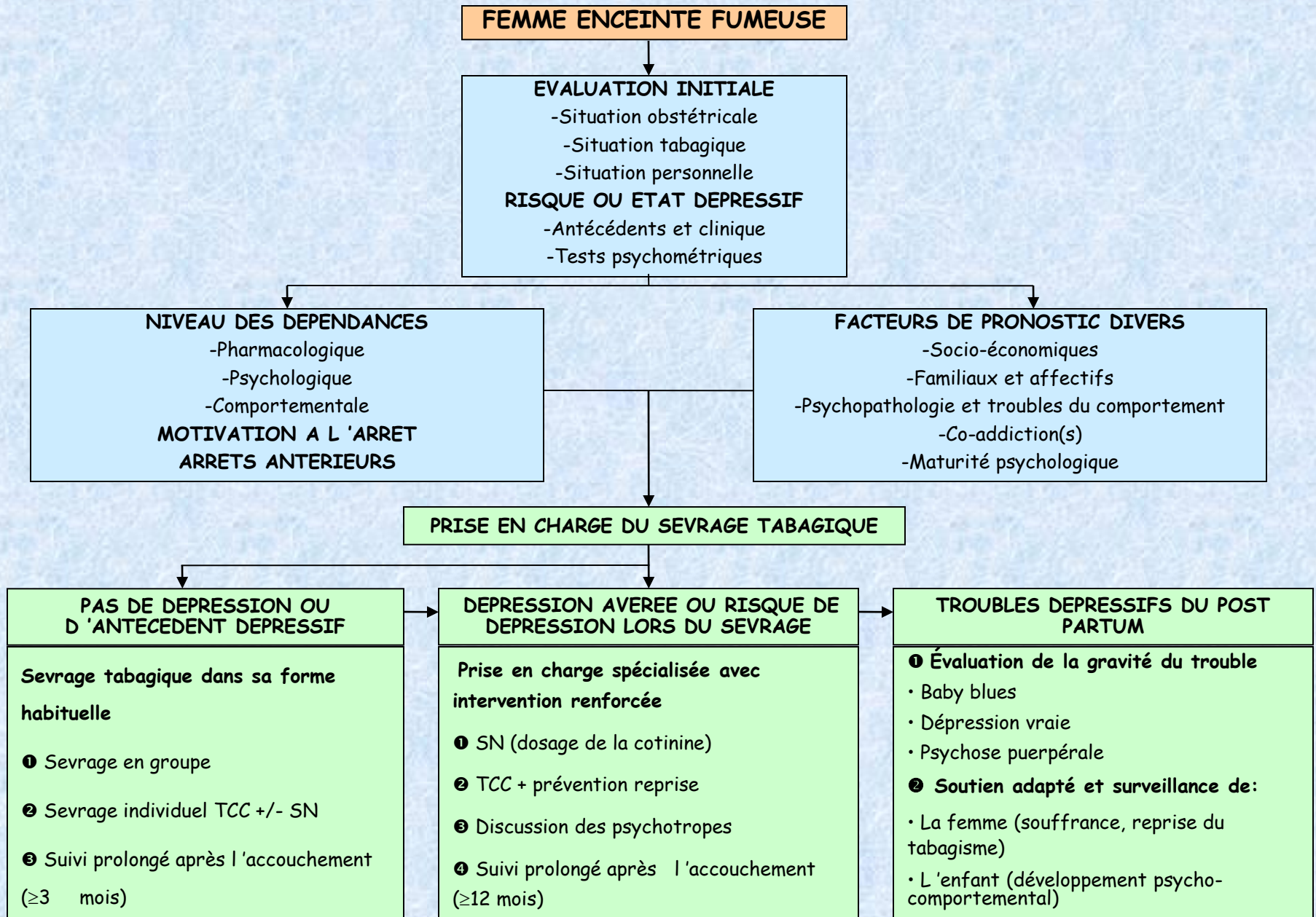


Tableau I: Risques pour le foetus dus à l'emploi pendant la grossesse des principaux psychotropes.
 (d'après V OLIVIER et C PASSERIEUX: Règles de prescription des psychotropes pendant la grossesse.
 Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Encyclopédie Pratique de Médecine, 7-0240,1998,3p).

FAMILLE MEDICAMENTEUSE	EFFET TERATOGENE	TOXICITE NEONATALE	SEQUELLES COMORTEMENTALES POST-NATALES
Neuroleptiques	++ Risque évalué à 0.4% Pas de malformation spécifique identifiée ; ont été particulièrement incriminées les phénothiazines à 3 carbones	++ Hypertonie, irritabilité, agitation, mouvements anormaux, difficultés à l'alimentation, ictère néonatal, occlusion fonctionnelle	? Séquelles observées chez l'animal et non retrouvées chez l'enfant (évaluées jusqu'à 5 ans)
Antidépresseurs	+ Pour antidépresseurs tricycliques et fluoxétine (les plus étudiés)	++ Tachycardie, détresse respiratoire, myoclonies, somnolence, cyanose, hypothermie, apnées	? Pas de séquelles observées mais peu d'études
Benzodiazépines	++ Anomalies de la voûte palatine et bec de lièvre, malformation cardio-vasculaires et des membres	++ Syndrome de sevrage : Hypotonie, irritabilité, difficultés à s'alimenter, hypothermie, apnées	Quelques données suggèrent un retard développemental
Sel de lithium	++ Risque évalué à 0.1% (malformation cardiaque)	++ Cyanose, hypothermie, hypertonie	? Pas de séquelles observées
Autres régulateurs de l'humeur	+++ Risque évalué à 0.5% à 1% de spina bifida pour la carbamazépine et à 1 à 5% pour l'acide valproïque	+ 	? Pas de séquelles observées

- **PLACE DE LA REDUCTION DE CONSOMMATION AIDEE PAR DES SN(FO) CHEZ LA FEMME ENCEINTE QUI NE PEUT OU NE VEUT PAS ARRETER DE FUMER.**

- **DES FAITS**

- **Une femme enceinte peut avoir de réelles difficultés à s'arrêter de fumer** (il n'y a pas de « grossesse période idéale pour arrêter » ; tabac très addictogène)
- **Nicotine toxique pour le fœtus (donnée animales).** (Le Houezec J. Quelles sont les interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac chez la femme enceinte ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005 ; 34 (HS n°1) : 3S182-3S193)
- **Mais aucune preuve ne démontre actuellement une réelle toxicité de la SN chez la femme enceinte ou le fœtus.** (Benowitz NL. *Risks and benefits of nicotine.* In Benowitz NL ed. *Nicotine safety and toxicity.* New-York : Oxford University Press 1998 : 185-94)
- **La toxicité du tabagisme paraît liée à d'autres substances de la fumée :**
 - * Monoxyde de carbone (CO) : hypoxémie d'apport transplacentaire d'oxygène pour le fœtus avec retard de croissance utérin touchant cerveau, cœur, poumons.
 - * substances oxydantes (oxyde d'azote, radicaux libres et métaux lourds.
 - * multiples interactions gènes/environnements (enzymes CYP1A1, GSTT1).

La réduction des risques par un bon usage des substituts nicotiniques (AM Clauzel: Au plan Gynécologique et obstétrical. Les entretiens du Carla, 2001)

Effets comparés de nicotine et de fumée de cigarette pendant la grossesse.

	Nicotine	Fumée de cigarette
Hypoxie (Wang 1997)	+	++ (nicotine + CO)
Maturation du système catécholaminergiques et peptidiques (Mallard 1988, Tolcos 2000)	+	+
Croissance neuronale Différenciation neuronale (Marret 2001)	+	+
Altération de l'ADN (MacFerland 1991)	+	+
Réduction du flux ombilical	+	++
Fréquence cardiaque: diminution de la variabilité	+	+
Mouvements respiratoires	+	+
PAF acetylhydrolase (Takeda 1997)	0	+
Retard de croissance intra utérin	+	++ (Cadmium)
Risque de mort subite (Storm 1999)	+/-	+(CO)

○ **DES ARGUMENTS EN FAVEUR D'UNE REDUCTION DE CONSOMMATION AIDEE PAR DES SN PENDANT LA GROSSESSE.**

- objectif de diminuer l'intoxication de mère et fœtus (Co, autres toxiques)
- préparation a un arrêt total rendu plus aisé (diminution de manque, craving, consommation).
- renforcement de la confiance en soi (accroît les chances de réussite du sevrage).

- Etude M ADLER ("stratégie de réduction comme étape vers l'arrêt complet" Paris, 2006).

- Etude Retrospective (107 enceintes fumeuses) visant à juger de l'efficacité et non toxicité de la SN en se basant sur 4 paramètres: Terme, Prématurité, Poids de naissance (PN), Périmètre cranien (PC).

- 3 groupes de femmes consommatrices de Tabac :

- 1 - Fumeuses non substituées à l'accouchement (N=42)

- 2 - Non fumeuses à l'accouchement et substituées (N=23)

- 3 - Fumeuses (3 à 5 cig/j) à l'accouchement et substituées (N=42)

	Terme	Prématurité	PN	PC
• groupe 1	38,9 SA	19 %	3057 g	33,8
• groupe 2	39,5 SA	8,7%	3305 g	34,3
• groupe 3	39,4 SA	2,1%	3217 g	34,1

Ces résultats font évoquer l'efficacité et la non toxicité de la réduction de consommation aidée par des SN pendant la grossesse.

- **DISCUSSION**

- **La SN pendant la grossesse doit actuellement s'envisager après échec d'une prise en charge thérapeutique de type cognitivo-comportementale.**
- **Le traitement par SN s'appuie sur 2 arguments principaux :**
 - * **le risque majeur lié au tabagisme (RCIV) s'observe lors d'une imprégnation tabagique au 3^{ème} trimestre de grossesse d'où la nécessité d'une intervention d'aide à l'arrêt précoce et interruption souhaitable de la SN au 3^{ème} trimestre**
 - * **la nicotine (SN) est beaucoup moins toxique que celle de la fumée de tabac (pas associée au CO et autres toxiques) le dosage de la cotininémie/urie permet de fixer et adapter la posologie en SN.**
- **Actuellement l'usage de SN dans une perspective de réduction de consommation de tabac au cours de la grossesse ne fait pas l'objet d'une recommandation** (conférence de consensus « grossesse et tabac » 2004, AFSSAPS 2003).
- **Des études sont nécessaires pour évaluer l'efficacité et l'innocuité d'une telle option séduisante et possible réponse à une problématique fréquente, de fait déjà largement utilisée en pratique.**

ELEMENTS POUR LA PREVENTION DES ADDICTIONS PENDANT ET APRES LA GROSSESSE

PREVENTION PRIMAIRE : L'INFORMATION

(dès le projet de grossesse... ou avant)

DEPISTAGE - CLINIQUE ET INTERROGATOIRE

- * déni et sous estimation (femme, entourage, soignant)
- * éléments de repérage (contexte de vie, antécédents, conjoint)

- QUESTIONNAIRES

- * tabac (FTND)
- * alcool (T-ACE > AUDIT et TWEAK > CAGE)
- * cannabis (CAST, ADOSPA)

- MARQUEURS

- * tabac (CO expiré, cotinine)
- * alcool (transaminases, γ GT, VGM, CDT: sensibilité = 82 %, spécificité = 90 %)
- * cannabis (dosage urinaire).

CONCLUSION

- **Le tabagisme pendant la grossesse est devenu un enjeu majeur de santé publique**
 - Toxicité majeure
 - Difficulté du sevrage
- **C'est une urgence thérapeutique qui doit mobiliser les acteurs sanitaires**
 - Milieu gynéco obstétrical
 - Omnipraticien et pédiatre (tabagisme domestique)
 - Tabacologue
- **La prise en charge du sevrage tabagique pendant la grossesse doit être précoce, globale et étalée dans le temps (aller au delà de l'accouchement)**
- **Chez la femme enceinte fumeuse rechercher une coconsommation (alcool-cannabis) : urgence médico-obstétricale.**

- **la substitution nicotinique est possible, utile chez la femme fortement dépendante et souvent en échec dans sa tentative d'arrêt, bien tolérée et efficace (limite la sensation de manque, améliore le taux de l'arrêt). Elle est donc parfaitement justifiée.**
- **Le principe de la réduction de consommation aidée par les sn ayant pour objectif de préparer l'arrêt.**
 - **peut s'appliquer en amont de la grossesse (projet de grossesse) pour préparer l'arrêt définitif.**
 - **pendant la grossesse son intérêt théorique reste à valider (réserve d'études approfondies, une nouvelle conférence de consensus).**
 - **cependant il est doré et déjà largement utilisé avec profit pour les femmes qui ne pensent pas s'arrêter de fumer**

BIBLIOGRAPHIE

Grossesse et tabac. Conférence de Consensus. Lille 7 et 8 Octobre. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (HS n°1) : 351 - 35480.

Delcroix M. La grossesse et le tabac. Que sais-je ? Paris : PUF, 2006.

Reynaud M. Traité d'Addictologie. Paris : Flammarion, 2006

Perriot J, Llorca PM, Boussiron D, Schwan R. Tabacologie et sevrage tabagique; Paris : John Libbey Eurotext, 2003

Le Maitre B, Ratte S, Stoebner-Delbarre A. Sevrage tabagique. Des clefs indispensables pour les praticiens. Paris : Doin, 2005.

Reynaud M, Benyamina A. Addiction et cannabis. Paris : Flammarion, 2009.

Recommandations de Bonnes Pratique. AFSSAPS. Les stratégies Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du Tabac. Alcool Addictol 2003 ; 25 (2 supp) : 35-445

Martinet Y, Bohadana A, Wirth N, Spinosa A. Le traitement de la dépendance au tabac. Paris : Masson, 2007