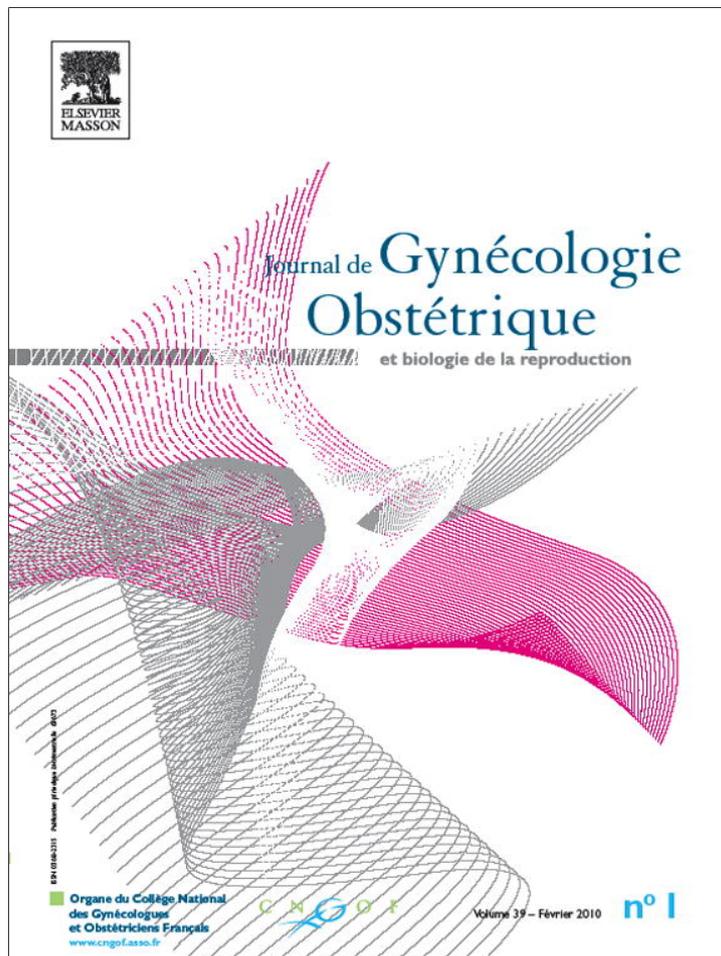


Provided for non-commercial research and education use.
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



ÉDITORIAL

Tabac et grossesse : la France toujours mauvaise élève ?

Tobacco and pregnancy: France always bad pupil?

Le plan cancer 2009–2013 accorde, à partir du 1^{er} janvier 2010, une augmentation du remboursement des traitements par substituts nicotiques pour les femmes enceintes qui fument. Le forfait remboursement passe de 50 à 150 €. Est-ce une bonne mesure ?

Le tabagisme au cours de la grossesse est toujours important en France

Il faut d'abord souligner que le tabagisme au cours de la grossesse est la violence la plus grave et la plus fréquente faite au fœtus [1]. Il entraîne une hypoxie profonde et prolongée, liée à la fixation du monoxyde de carbone (CO) sur une hémoglobine fœtale immature. En France, 22 % des femmes enceintes fument pendant leur grossesse, ce qui constitue un record en Europe [2] qui retentit très défavorablement sur les indicateurs de périnatalité, en particulier, la prématurité : le retard de croissance est 2,5 fois plus fréquent quand une femme fume plus de dix cigarettes par jour [3]. On connaît les conséquences médicales et sociales à long terme de ces deux problèmes [4]. En outre, l'étude EuroNatal a démontré qu'en France la prise en charge du tabagisme en période périnatale est le plus souvent inadaptee et corrélée à la morbidité [5].

Cette mesure de remboursement est tardive et inadaptee !

Depuis la conférence de consensus de 2004, nous réclamons le remboursement des substituts nicotiques. Nous avons renouvelé cette demande en 2006, et, à l'automne 2009, nous avons de nouveau insisté sur l'absence de réponse [6]. Pourtant, l'aide à l'arrêt du tabac au cours de la grossesse est l'une des actions de santé publique où le rapport coût/efficacité est le plus élevé. Enfin, à Montpellier, en 2009, M. Patrick de Fontbressin a insisté sur le droit à la santé et le lien entre « grossesse sans tabac » et droits de

l'homme pour la reconnaissance du droit à l'environnement sain. Les enfants nés prématurés pourraient entamer des procédures à la Cour européenne des droits de l'homme sur le fondement de l'obligation positive de l'État à un environnement sain.

Une mesure de remboursement limitée à 150 € reste inadaptee car le tabagisme est une addiction, donc une maladie chronique ; les rechutes sont précoces et fréquentes. Qui imaginerait un remboursement de l'insuline pendant deux mois pour les diabétiques ?

Qui plus est, le dispositif est complexe : il faut rédiger une ordonnance spécifique pour le remboursement et, contrairement aux autres traitements, il n'y a pas de tiers payant alors que l'on ne peut ignorer la fréquence de cette addiction dans les milieux les plus en difficulté.

Tout semble donc être fait pour rendre ce traitement inaccessible et le dévaloriser par rapport aux autres traitements médicaux. À partir des données de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), on peut estimer qu'au mieux 3 % des fumeurs bénéficient du remboursement forfaitaire de 50 € au titre de la prise en charge des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac. À partir des données de l'Urcam Picardie (2007–2009), seulement 6 % des femmes enceintes qui fument bénéficient du forfait de remboursement des substituts nicotiques de 50 €. La prescription est plutôt l'exception que la règle chez les femmes fortement dépendantes, et cette prescription est souvent trop tardive : dans 40 % des cas, la prescription se fait à partir du sixième mois de grossesse. Et, comme si cela ne suffisait pas, la situation des consultations de tabacologie n'est pas, non plus, ce qu'elle devrait être : nombre insuffisant et, donc, délai de rendez-vous non conformes [7].

Et le partenaire ?

Sur un plan clinique, pourquoi le partenaire est-il ignoré ? L'enquête Coquelicot a pourtant rappelé la place essentielle du partenaire dans les trajectoires de consommations de

drogues (<http://www.sante.gouv.fr/drees/santefemmes/fiches/fiche57.pdf>). Les Belges l'ont bien compris depuis 2005 : le programme de prise en charge est offert tant à la femme enceinte qu'à son partenaire. L'aide financière comporte huit séances auprès d'un tabacologue agréé et un remboursement pour les frais de médicaments.

Que faut-il faire ?

Les professionnels de santé des maternités et leurs directeurs ne demandent qu'à améliorer la prise en charge de la femme enceinte qui fume [6]. Toutes les régions doivent, dans le cadre de leur réseau périnatal, disposer d'un minimum de moyens pour les formations de sages-femmes tabacologues et l'achat d'analyseurs de CO.

Pour mieux traiter

Pour mieux traiter, il faut :

- diagnostiquer l'intoxication tabagique, comme toute maladie : c'est un diagnostic positif et c'est aussi un diagnostic du stade de gravité qui nécessite de mesurer le CO expiré chez toutes les femmes enceintes ;
- informer et motiver : là encore, le résultat du CO expiré est un apport important.

Les thérapies cognitivocomportementales (TCC) sont la base du traitement : très souvent, elles doivent être complétées par des substituts.

La forme de substitution nicotinique doit être personnalisée : les substituts nicotiques sont un traitement efficace qui a une AMM pour les femmes enceintes depuis octobre 1997. Il n'a pas été mis en évidence de complications liées à leur usage au cours de la grossesse [8,9]. Ce qui est toxique, c'est le CO et les 4000 autres toxiques présents dans la fumée et non la nicotine. L'utilisation de substituts nicotiques par des fumeuses enceintes aboutit à un passage de nicotine (mesuré par la cotininurie) sensiblement inférieur à celui consécutif à la consommation de dix cigarettes ou plus par jour [10]. Le rapport bénéfice/risque est incontestablement positif même s'il est habituel de ne pas laisser en place les patchs en période nocturne.

L'Afssaps a édité une fiche d'information très claire [11], à télécharger, imprimer et mettre dans votre salle de consultation. Il ne faut pas hésiter à tracer dans les dossiers les cas où des conditions insuffisantes de remboursement d'un traitement efficace obèrent la prise en charge. Les responsabilités seront plus claires à établir.

Conclusion

En France, il y a trop de naissances prématurées et de retard de croissance dont la première cause évitable est le tabagisme au cours de la grossesse. Il est possible d'éviter ces pathologies si nous mesurons le CO de toutes les femmes, fumeuses ou non, évaluons leur dépendance, informons les couples des dangers du tabagisme, aidons à l'arrêt par la prescription adaptée de substituts nicotiques et prévenons les rechutes en organisant le suivi en lien avec les consultations prénatales, la sage-femme tabacologue et les séances de préparation à la naissance et à l'allaitement.

Remerciements

Nous adressons nos remerciements à Olivier Zielinski (Urcam de Picardie) et au Conseil Régional de Picardie (Prévention et éducation à la santé).

Références

- [1] Braillon A. Violence during pregnancy. What about smoking? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;17.
- [2] Euro-peristat. European Perinatal Health Report 2008. <http://www.europeristat.com/bm.doc/european-perinatal-health-report.pdf>.
- [3] Nabet C, Lelong N, Ancel PY, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M. Smoking during pregnancy according to obstetric complications and parity: results of the EUROPOP study. *Eur J Epidemiol* 2007;22:715–21.
- [4] Moster D, Lie RT, Markestad T. Long-term medical and social consequences of preterm birth. *N Engl J Med* 2008;359:262–73.
- [5] Richardus JH, Graafmans WC, Verloove-Vanhorick SP, Mackenbach JP, EuroNatal International Audit Panel, EuroNatal Working Group. Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. *BJOG* 2003;110:97–105.
- [6] Braillon A, Robillart H, Delcroix M, Gomez C, Delmas-Lanta S, Dubois G. Grossesse sans tabac. Une mobilisation régionale des professionnels des maternités de Picardie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2009;38:488–92.
- [7] Braillon A, Dubois G, Bernardy-Prud'homme A. Tabac, grossesse et consultations de tabacologie. *Gynecol Obstet Fertil* [in press].
- [8] Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;CD000146.
- [9] Pollak KI, Oncken CA, Lipkus IM. Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. *Am J Prev Med* 2007;33:297–305.
- [10] Wright LN, Thorp Jr JM, Kuller JA, Shrewsbury RP, Ananth CKH. Transdermal nicotine replacement in pregnancy: maternal pharmacokinetics and fetal effects. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:1090–4.
- [11] Afssaps. Traitements de substitution nicotinique pendant la grossesse : Afssaps, 2006. La fiche d'information élaborée par l'Afssaps peut être téléchargée à : http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/f437790c249beb646b101e76bb0127eb.pdf.

A. Braillon^{a,*}

J. Lansac^c

M. Delcroix^b

C. Gomez^d

G. Dubois^a

^a Département de santé publique, hôpital Nord, place Victor-Pauchet, 80054 Amiens cedex 01, France

^b Association périnatalité prévention recherche information, France

^c Collège national des gynécologues-obstétriciens français, France

^d Association nationale des sages-femmes tabacologues, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : braillon.alain@chu-amiens.fr (A. Braillon).