



Tabac et grossesse

Aline NOBLET

Sage-femme tabacologue HCE

Equipe de Liaison en Soins Addictologie périnatalité

Anoblet@chu-grenoble.fr

Webinaire organisé en partenariat avec l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes (IREPS ARA)



Et avec le soutien financier de Santé publique France



Plan

I. Problème de santé publique

- Impact tout au long de la vie génitale
- Arrêter le tabac c'est que des bénéfices !

II. La grossesse moment privilégié pour initier un changement ...

- Prise en charge spécifique de la femme enceinte

III. Outils pratiques de la consultation

IV. La cigarette électronique et la grossesse

V. Où se faire accompagner

I. Problème de santé publique

- 5 millions de décès dans le monde/ an
- 78000 décès en France/ an
- Le tabac : première cause évitable de mortalité
- 1/3 femmes en âge de procréer sont fumeuses
- 1/5 des fœtus exposés in utero au tabagisme maternel
- La fumée de tabac est composée de monoxyde de carbone (CO), nicotine et de plus de 7000 autres substances dont certaines sont toxiques (cadmium, plomb, nitrosamines..)
- La femme tolère moins bien que l'homme le stress oxydatif du tabac
- Impact délétère tout au long de la vie génitale :
 - Difficulté d'adapter une contraception à l'adolescence
 - Impact sur la fertilité sur la grossesse le fœtus et le nouveau-né
 - Facteur favorisant des cancers de la sphère génitale et sur la ménopause

Impact gynécologique

- impact sur les **cancers** = ↗ cancers sein ovaire col
- Le tabagisme ↗ du risque d'**infertilité** :
 - ↘ **de la fécondabilité**
 - un **allongement du délai de conception** majoré lorsque le conjoint fume

Mécanismes en jeux :

- atteinte prématurée de la **réserve ovarienne**
- **altération** de la **qualité ovocytaire**
 - La **cotinine**, le **benzo(a)pyrene**, le **cadmium** ont été identifiés dans le **liquide folliculaire** qui constitue l'environnement de l'ovocyte
 - responsable du **stress oxydatif** et des **phénomènes de mort cellulaire** → les anomalies du développement folliculaire et de la qualité ovocytaire
- Impact sur la **ménopause** avancée en moyenne de 2 ans
- Impact sur la **contraception** : pilule et tabac = danger

Interaction tabac et contraception

Association à risque

- Le tabagisme modifie le métabolisme de l'éthinylestradiol

↗ saignements chez les femmes sous contraception fumant + de 15 cigarettes / j.

→ mauvaise observance et une moindre efficacité de la contraception.

- Le tabagisme favorise le cancer du col lié a Human papilloma virus HPV

→ Les œstrogènes ont des relations avec les protéines de l'HPV favorisant la persistance de l'HPV

Or le Tabac par diminution de l'immunité cellulaire et humorale augmente le risque de cancer chez les HPV+

Sources: Rosenberg MJ, Waugh MS, Stevens CM. Smoking and cycle control among oral contraceptive users. Am J Obstet Gynecol 1996; 174:628-32

Source : Gunnel A et al. Synergy between cigarette smoking and human papillomavirus Type 16 in cervical Cancer in situ Development. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006; 15:2141-7

Interaction tabac et contraception

Risques cardio-vasculaires augmentés

Interactions néfastes tabac et contraception:

Lié au **degré d'intoxication** → est proportionnel à l'ancienneté, l'intensité et la précocité du tabagisme

Lié à l'**âge** → il est plus élevé après 35 ans

Lié au **dosage d'estrogènes** → le risque est plus élevé en cas de pilule dosé à 35 ug d'éthinylestradiol que de pilule dosé à 20ug.

2 effets principaux sur la circulation sanguine

Effet **athérogène** caractérisé par :

Des lésions endothéliales

↘ du taux de HDL-cholestérol

Effet **thrombotique** caractérisé par:

↗ du spasme coronarien

↗ du travail cardiaque

↗ aggrégabilité plaquettaire

↗ des éléments figurés du sang

↗ du taux de fibrinogène

↘ de la fibrinolyse physiologique

→ favorise les accidents **thromboemboliques artériels** (AVC, infarctus du myocarde) et les accidents **thromboemboliques veineux** (phlébites) chez les fumeuses sous CO

Etude OMS montre que IM x 11 quand tabagisme seul et **X 87 quand association tabac (>10cig/j) et contraception orale**

La prise en charge : Quelle contraception proposer ?

Conseiller l'arrêt dès la mise en place de la contraception

< 35 ans chez la femme tabagique

Possibilité de proposer une contraception oestroprogestative selon les ATCD de la patiente

sous réserve d'un suivi gynécologique régulier

≥ 35 ans chez la femme tabagique, CI contraception oestroprogestatif

Risque accident thromboembolique ++

Une contraception micro-progestative ou une contraception mécanique par stérilet constitue une bonne alternative.

1000 jours ...

1000 jours : de la conception aux 2 ans de l'enfant

Capital santé de l'enfant et l'adulte à venir se dessine

Fenêtre d'**opportunité** pour la **prévention**

+ l'environnement est favorable, + le capital santé futur de l'enfant sera meilleur

3 axes :

Les déséquilibres du mode de vie

L'altération du bien-être

L'exposition à des substances toxiques

Arrêter de fumer pendant la grossesse c'est que des bénéfices !



24 heures :

- Oxygénation normale
- Diminution du risque de **décollement du placenta** et de **mort fœtale**

:-

48 heures :

- Moins d'essoufflement et suppression des accidents aigus à l'effort
- croissance fœtale

1 semaine :

- Ongles plus rose
- Odeurs mieux senties, saveurs mieux perçues
- estime de soi retrouvée
- **Reprise de la croissance fœtale**

2 semaines :

- Peau plus éclatante
- Respiration plus facile
- Moins d'encombrement bronchique pour moins de toux
- **Réduction du risque de prématurité ou de perte de liquide amniotique**

3 semaines :

- Re croissance des cils bronchiques
- Production normale de mucus
- Fonction respiratoire normalisée

4 semaines :

- réduction du risque d'infection des voies aériennes supérieures et broncho-pulmonaires pendant la grossesse

2 mois :

- Réduction du risque d'infections du col de l'utérus à HPV et de vaginose bactérienne
- Réduction du risque d'infarctus ou d'accidents vasculaires ou de parodontite



Source : Pr Delcroix

Mécanismes mis en cause

- le Monoxyde de carbone

Gaz inodore et incolore → une **affinité** pour l'hémoglobine maternelle de 200 fois supérieure avec celle de l'oxygène

Le CO passe la barrière placentaire entraîne une **hypoxie placentaire et foetale**

Aucune dose "seuil" en deçà de laquelle le tabac ne représente aucun risque pour l'unité embryofœtale ou la mère

- Substances toxiques qui passent la barrière placentaire

Une femme enceinte fumeuse qui ne s'arrête pas est dépendante.

Elle a besoin d'aide dans son sevrage

Cigarettes pendant la grossesse

Risque accru de troubles périnataux

- Poids de naissance faible
- Périmètre crânien petit
- Fausses couches
- Mort in utéro
- Prématurité
- Rupture prématurée des membranes
- Travail prématuré
- Décollement du placenta
- Placenta previa
- Retard de croissance intrautérin
- Hématoma retroplacentaire
- Césarienne
- GEU
- Anomalie du rythme cardiaque foetale

Risque accru de troubles de santé après la naissance

- Comorbidité psychiatrique
 - Troubles d'utilisation de substances (initiation au tabac, dépendance tabagique, tabagisme quotidien, drogues illicites)
 - **ADHD (trouble de l'attention, d'hyperactivité)***
 - Difficultés d'apprentissage
- Obésité
- Asthme, difficulté respiratoire
- Diabète de type 2
- Mort subite de nourisson
- Cancers de l'enfant (leucémie, lymphome, retinoblastome, tumeurs du cerveau)
- Mécanismes potentiels:
 - Par poids de naissance bas
 - Par toxicité épigénétique

Epigénétique

Les bases scientifiques

Notion d'origine développementale de la santé et des maladies : Dohad

- Épidémiologiste britannique David Barker → **Concept de la programmation précoce** :
 - lien entre le risque de décès par maladie coronarienne à l'âge adulte, et le poids du sujet à la naissance
 - lien entre une exposition précoce défavorable et la survenue d'une pathologie à l'âge adulte
- **Transmission aux générations suivantes**
Modifications moléculaires induites par l'environnement ne changent pas le code génétique mais agissent au niveau de l'expression des gènes : **modifications épigénétiques**

Epigénétique : exemples

- Le placenta conserve la mémoire de l'exposition au tabac avant la grossesse

Même un arrêt 3 mois avant la grossesse → retrouve des altérations de la méthylation de l'ADN placentaire . Etude j Lepeule.

- Asthme I. Berlin

Exposition directe prénatale

Difficulté respiratoire – risque augmenté

≤ 2 ans : OR = 1,41 95% IC = 1.20-1.67

3 – 4 ans : OR = 1,28 95% IC = 1.14-1.44

Asthme – risque augmenté

≤ 2 ans : OR = 1.85 95% IC = 1.35-2.53

5-18 ans : OR = 1.23 95% IC = 1.12 -1.36

Exposition passive prénatale

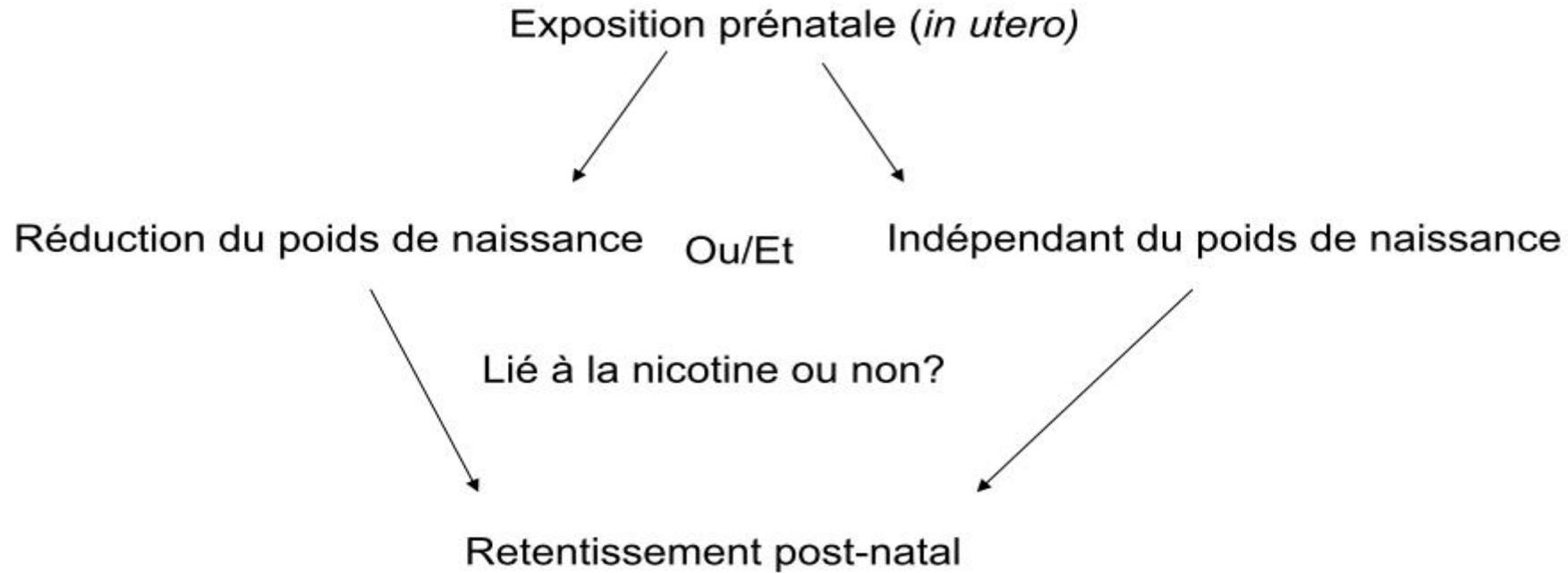
Difficulté respiratoire – risque augmenté

de 5 à 18 ans : OR = 1.52 95% IC = 1.23-1.87

Niemela and al. The effect of prenatal smoking exposure on daily smoking among teenage offspring. Addiction 2016

Immediate and durable effects of maternal tobacco consumption after placental DNA methylation in enhancer gene-containing regions. S rousseaux, e seyve, f chuffart, e bourova-Flin, m Benmerad, MA charles, A forhan, B heude, V Siroux, R Slama, j Tost, D Vaiman, S khochbin, J Lepeule and the EDEN Mother-Child Cohort Study Group

Burke H et al. Prenatal and passive smoke exposure and incidence of asthma and wheeze : systematic review and meta-analysis. Pediatr. 2012;129(4):735-44



Un dispositif de prise en charge **pré-conception** et prénatale à mettre en place

Conséquences sur l'allaitement

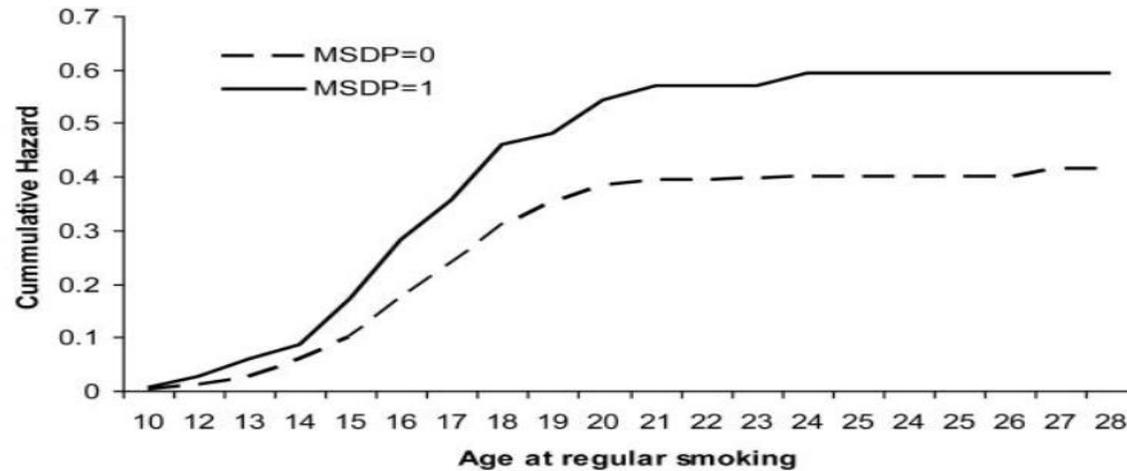
Effets du tabac sur l'allaitement :

- **Diminution de la quantité** de lait
- **Passage des composés** de la fumée de cigarette **dans le lait** : nicotine, nitrates et nitrites, pesticides, dioxines, cadmium, plomb

Intervalle entre la cigarette et la tétée	Taux de nicotine restant dans le lait
30 min à 2h	50 %
1h à 4h	25%
2h à 8h	12,5%
4h à 16h	6,25%

Tabac et parentalité

- Image des **parents fumeurs** → rend les **cigarettes accessibles** pour les enfants → **reproduction** par mimétisme
- Si **exposition in utero au tabac** → **fume régulièrement** à un âge plus jeune



MSDP: maternal smoking during pregnancy

II. GROSSESSE MOMENT PRIVILEGIE pour initier un changement

Pour Reperer

Informer

Prendre en Charge LE TABAGISME

- POURQUOI?

- **Rencontre avec de multiples professionnels de santé** : déclaration de grossesse, des échographies, l'Entretien Périnatal Précoce (repérage de situations de vulnérabilité), la préparation à la naissance, les consultations mensuelles, hospitalisation en Grossesse à risques ou en suites de couches

- **importance du repérage précoce** : chaque consultations prénatales → un moment privilégié pour parler ou reparler, même brièvement du tabac.

- LIMITES :

Période circonscrite dans le temps

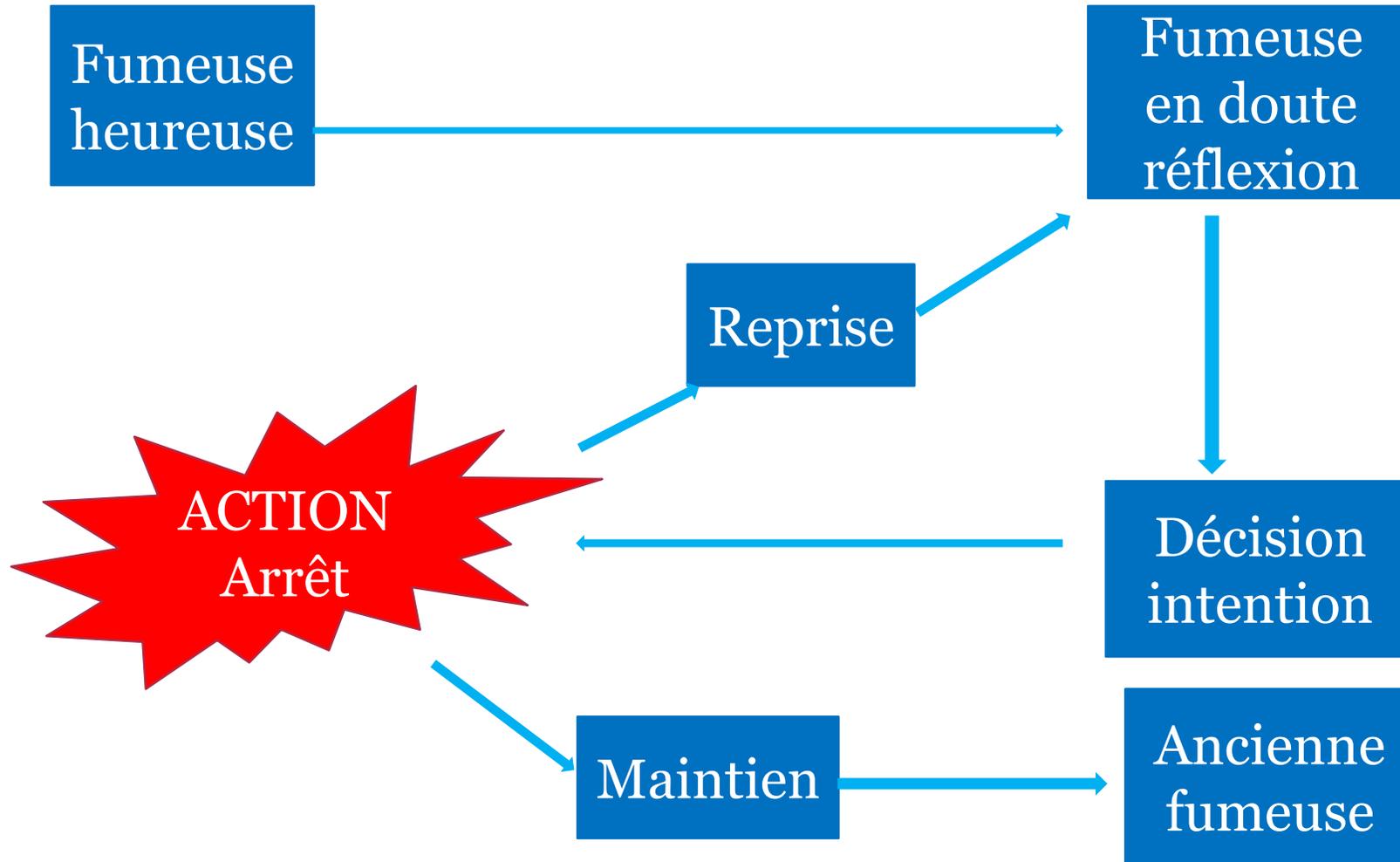
Les rechutes

Notre rôle : Accompagner le changement

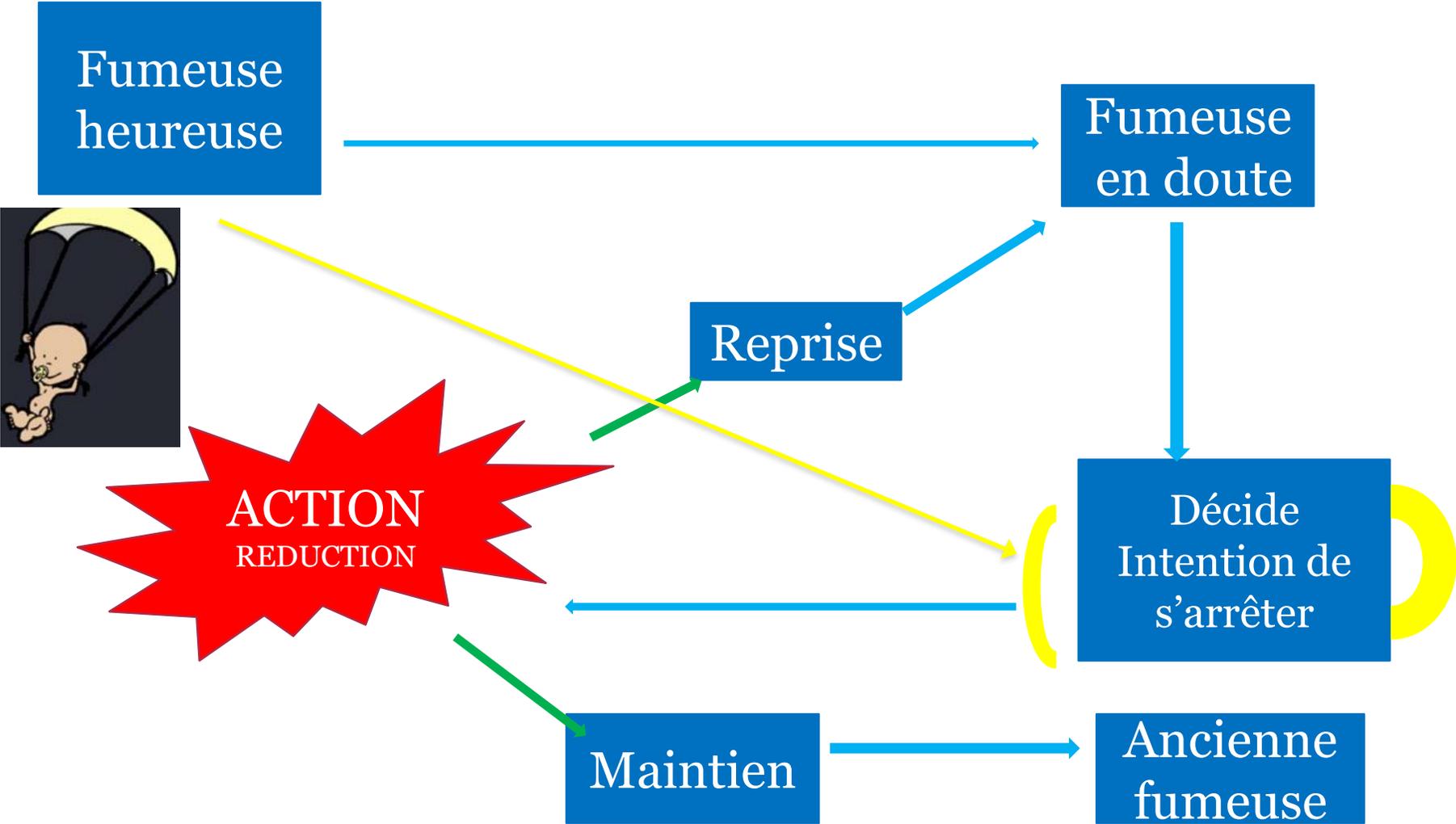
1982 PROCHASKA et Di CLEMENTE : les étapes du changement

Dans quelle intention est le patient ?

CYCLE DE PROCHASKA DI CLEMENTE:
Les stades du changement



CYCLE DE PROCHASKA FEMME ENCEINTE



Complexité de la prise en charge de la femme enceinte

- Changements statutaire, morphologique, psychique
- Ambivalence : « Motivation seulement pour le bébé »
- Conflictualité, paradoxe, J'arrêterai quand il sera là ...
- Culpabilité : L'image de la « bonne mère » s'oppose à celle de la femme enceinte fumeuse
- Prise de conscience de la dépendance
- Grossesse pas toujours planifiée ou désirée
- Temporalités de la patiente et du couple sont différentes :
 - *Désir d'arrêt → dès le désir de grossesse,*
 - *lorsque la patiente est enceinte,*
 - *dans le post partum le bébé est né (conjoint plus acteur).*

PEC spécifique des femmes enceintes

- Volonté rapide d'arrêter ou réduire sa consommation
- Cycle de Prochaska écourté
- Danger de culpabiliser la femme enceinte

Posture du soignant :

Attitude empathique, authentique, chaleureuse, Non culpabilisante

Rapport collaboratif : **Se mettre à côté du patient pour aller dans la même direction**

C'est le patient qui décide ! Nous sommes là pour accompagner son changement !

- Stade fumeuse heureuse → conseil minimal + donner une plaquette d'information
- Stade désir de changement → informations + définir ensemble un plan d'action

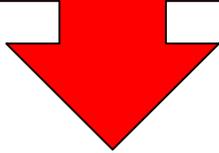
III. Outils pratiques de la consultation

Balance décisionnelle

Pourquoi vous fumez ?	Pourquoi vous souhaitez arrêter ou réduire ? Les motivations	Les craintes à la réduction ou l'arrêt ?
Habitudes, besoin, plaisir, convivialité	Le bébé ... Prix, esthétique	Le manque... prise de poids ...
Moment pour soi, souffler..	Santé ..	

Complexité de la PEC : Une Dépendance Triple

Dépendance physique et pharmacologique



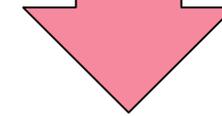
- **Action de la nicotine sur le système nerveux** → Besoin
- Non satisfaction de ce besoin → sensation de manque (irritabilité, nervosité, manque de concentration)

Dépendance psychologique



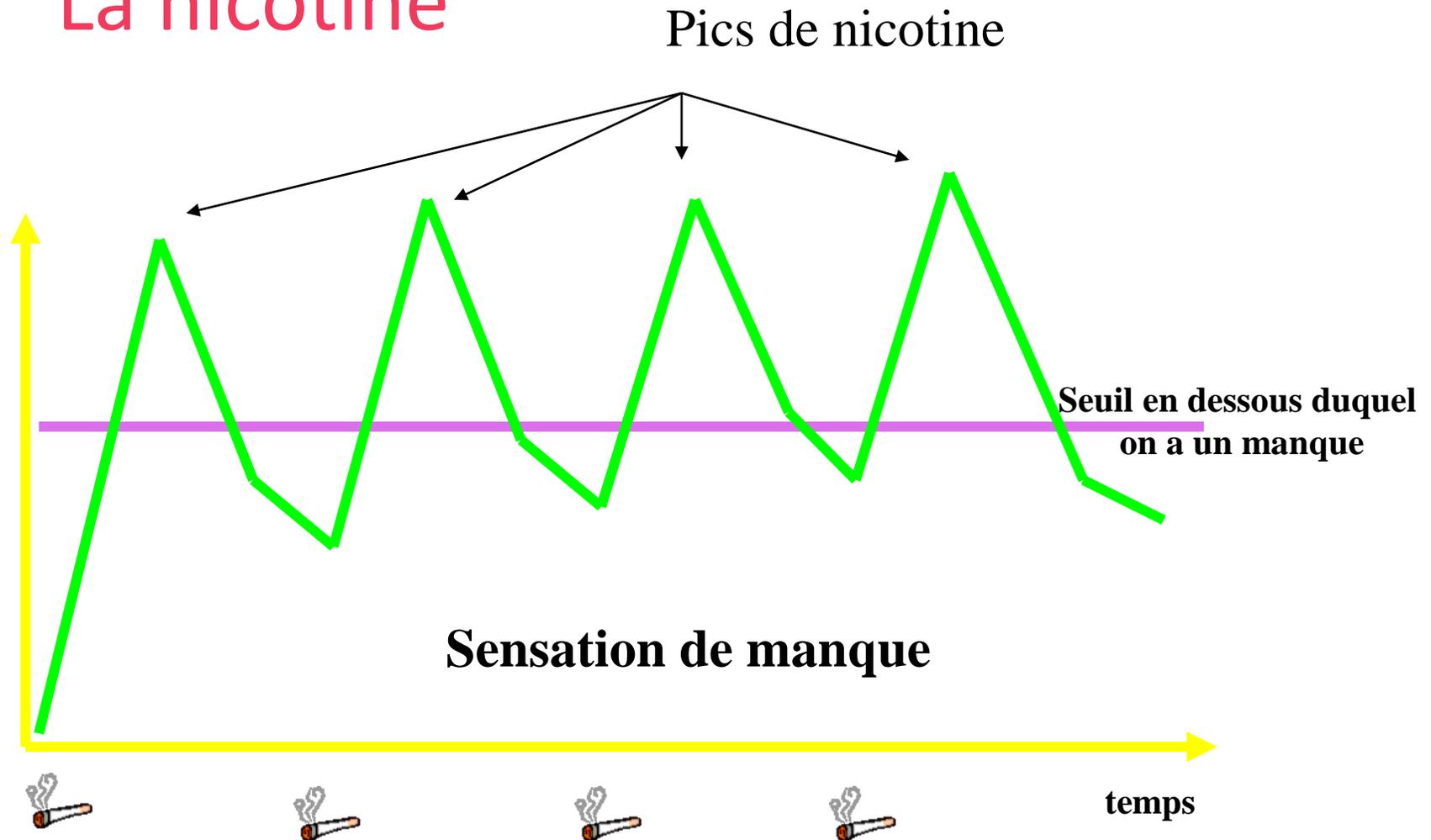
- **Gestion des émotions** (plaisir, convivialité, stress).
- Le tabac agit comme une « béquille » pour le cerveau. On ne peut plus s'en passer
- Recherche **effet psychoactif** de la nicotine : plaisir, effet anxiolytique, stimulation intellectuel, action anti dépressive, effet coupe faim.

Dépendance comportementale



- **Geste, habitudes, réflexes** (café + cigarette, téléphone + cigarette)
- Le sevrage nécessite donc un changement d'habitudes.

La nicotine

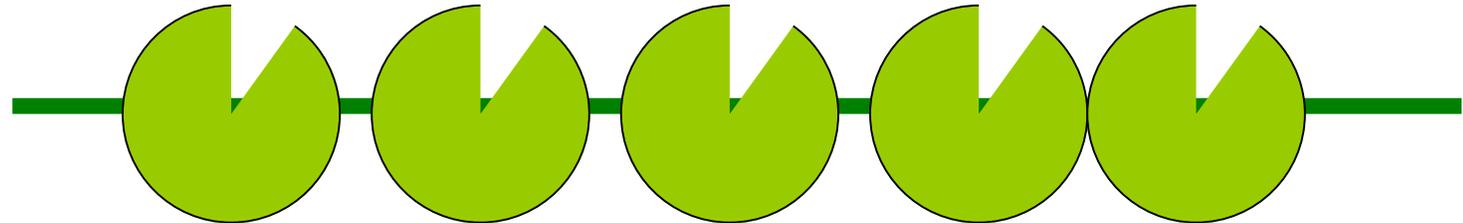


A chaque nouvelle cigarette on crée un pic de nicotine (appelé shoot)
Phénomène d'autotitration : nicotémie stable et propre à chaque fumeur

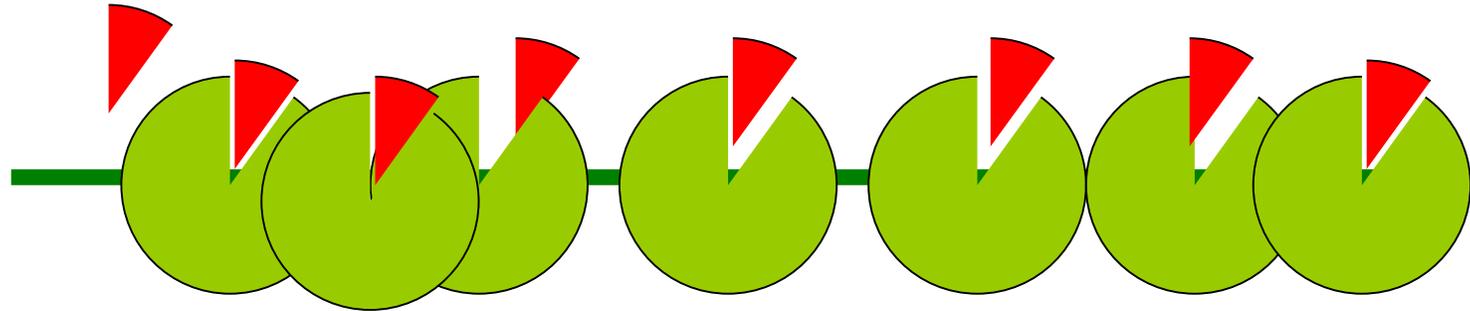
Les effets de la nicotine sur les récepteurs

BDN2003-14DEP-003

Fumeur
en manque



Nicotine
avec shoots



Les shoots de nicotine des bouffées de cigarettes:

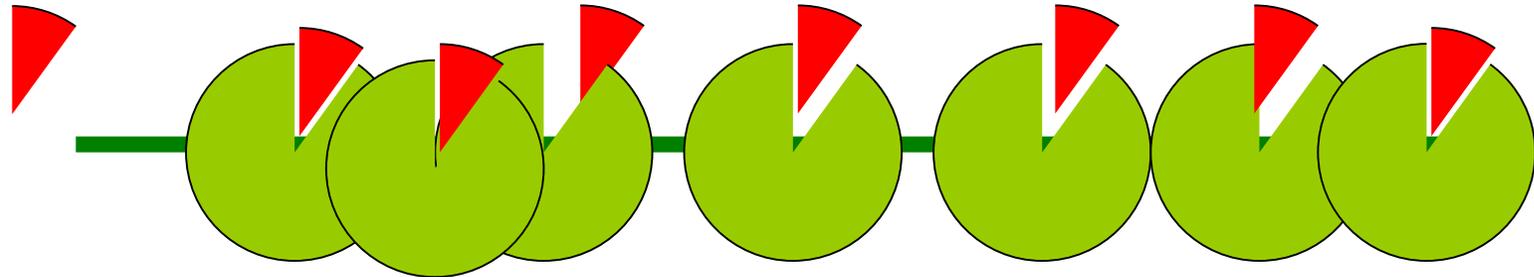
- Saturent les récepteurs et calment le manque
- Augmentent le nombre de récepteurs et les désensibilise

But du sevrage en nicotine

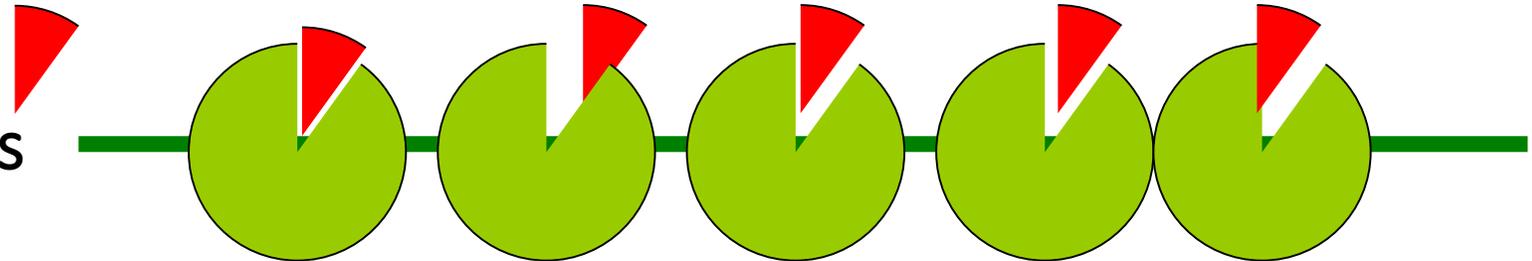
Le traitement nicotinique à 2 objectifs :

- Saturer les récepteurs et calmer le manque
- Diminuer le nombre de récepteurs et les resensibilise

Saturer les récepteurs



Diminuer le nombre des récepteurs



→ Substituts Nicotiques (SN) sont possibles pendant la grossesse

→ L'aide à l'arrêt de la consommation est bénéfique quel que soit le moment

test de **fagerstrom** : Evalue la consommation et la dépendance physique :

Fagerstrom Court : dépendance physique			
Combien de cigarettes fumez-vous/j ?		Delai entre 1 ^{ier} cig et le reveil	
< 10 cig/j	0	> 60 min	0
11 à 20	1	Entre 31 et 60 min	1
21 à 30	2	Entre 6 et 30 min	2
> 30	3	< 5 min	3
0-1	1-2	3-4	5-6
Pas de dépendance	Dépendance faible	Dépendance moyenne	Dépendance forte

Test de fagerstrom en 6 questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?
 - a. Dans les 5 minutes 3
 - b. 6 - 30 minutes 2
 - c. 31 - 60 minutes 1
 - d. Plus de 60 minutes 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?
 - a. À la première de la journée 1
 - b. À une autre 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
 - a. 10 ou moins 0
 - b. 11 à 20 1
 - c. 21 à 30 2
 - d. 31 ou plus 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
 - a. Oui 1
 - b. Non 0

Interprétation selon les auteurs :

- entre 0 et 2 : pas de dépendance ;
- entre 3 et 4 : dépendance faible ;
- entre 5 et 6 : dépendance moyenne ;
- entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Le CO testeur

1. Facile reflet de la consommation sur les derniers 24h
2. Mesure le CO en PPM : nombre de cigarettes
3. Evalue l'autotitration
4. Elément motivationnel



Mesure du CO	
CO < 3 ppm	Absence de tabagisme dans les 24h, oxygenation fœtale normale
CO de 3 à 10 ppm	Tabagisme actif ou passif risque d'hypoxie fœtale impact sur le RCF
CO > 11 ppm	Tabagisme, risque important d'hypoxie fœtale et de RCIU, augmentation du risque de RCF anormal

Remarque : la teneur de CO de la fumée **de cig roulées = 2 à 3 cig manufacturées**

Difficultés d'adaptation initiale de la posologie

1 cigarette = 1mg

→ Souvent sous-dosage

→ Tenir compte du nombre de cigarettes fumées au maximum si réduction récente

Le test de Fagerström
Dosage du CO

→ Revoir à J2 et J7

Substituts nicotiques

- Patchs 10mg, 15 mg, 25 mg/16h
- Pastilles à 1,5 mg
- Gomme à 2 mg

Substituts Nicotiniques (SN)

Substituts nicotiniques et aide au sevrage tabagique			
Co expiré	<10 ppm	11-20 ppm	> 21 ppm
fume	1-10 cig/j	11-20 cig/j	21-30 cig/j
Fagerstrom 5-6 dependance forte	Patch 10 mg/16h +/- forme orale	Patch 15 mg/16h + forme orale + avis tabacologue	Patch 25 mg/16h + forme orale avis tabacologue
Fagerstrom 3-4 Dependance moyenne	Forme orale	Patch 15 mg/16h +/- forme orale Avis tabacologue	Patch 25 mg/16h +/- forme orale Avis tabacologue
Fagerstrom 1-2 Dépendance faible	+/- forme orale	Patch 15 mg/16h +/- forme orale Avis tabacologue	Patch 25 mg/16h +/- forme orale Avis tabacologue

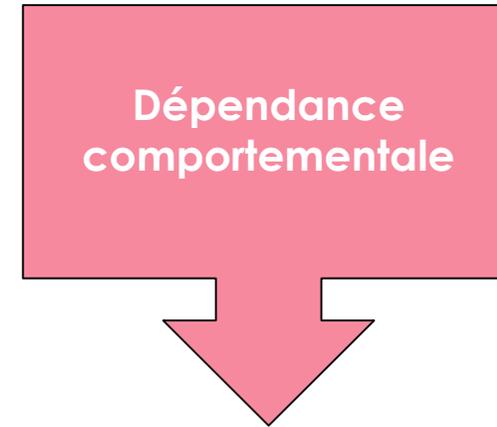
Complexité de la PEC : Une Dépendance Triple



- **Action de la nicotine sur le système nerveux** → Besoin
- Non satisfaction de ce besoin → sensation de manque (irritabilité, nervosité, manque de concentration)



- **Gestion des émotions** (plaisir, convivialité, stress).
- Le tabac agit comme une « béquille » pour le cerveau. On ne peut plus s'en passer
- Recherche **effet psychoactif** de la nicotine : plaisir, effet anxiolytique, stimulation intellectuel, action anti depressive, effet coupe faim.



- **Geste, habitudes, réflexes** (café + cigarette, téléphone + cigarette)
- Le sevrage nécessite donc un changement d'habitudes.

~~La~~ Dépendance^S Les

PHYSIQUE

**Nicotine
Anxiolytique
Antidépresseur**

PSYCHO-SOCIO-COMPORTEMENTALE

**Plaisir
Geste
Habitude
Convivialité
Rituel
Contrat Social
etc...**



Journal des cigarettes

Diagnostic et traitement de la dépendance comportementale

Date heure	Durée de l'envie ? Quantité fumée ?	Dans quelle situation ?	Quel état d'esprit ? Seul(e), détente, stimulant, plaisir ...	Que proposez-vous comme solutions ?

Pistes pour gérer les envies

Ces "urgences à fumer" durent rarement plus de **2 à 3 minutes**. Il est donc possible de les **laisser passer** en utilisant quelques trucs

- S'occuper
- Se brosser les dents.
- Faire disparaître tout ce qui pourrait rappeler le tabac : briquet, cendrier, paquet...
- Boire un grand verre d'eau
- Manger un fruit, une pomme, une carotte, un yaourt
- S'occuper les mains (dessin, bricolage, cocotte en papier...)
- Stress : exercice de cohérence cardiaque /méditation
- Sortir faire un tour en vélo, une ballade
- Prendre une douche.
- Prendre une pastille.
- Se rappeler les raisons de son arrêt.
- Parler avec son voisin ou sa voisine.
- Appeler un(e) ami(e)



Vidéo cohérence cardiaque

<https://www.youtube.com/watch?v=bM3mWlq4M8E>

IV. La cigarette électronique et la grossesse ?

- Traitements validés pour la grossesse : Les substituts nicotiques : **patches + formes orales**
- Compléter par les Thérapies Cognitivo Comportementales

Ne pas décourager l'utilisation de la cigarette électronique si elle aide au sevrage tabagique

La cig électronique pendant la grossesse



BJOG

An International Journal of
Obstetrics and Gynaecology

DOI: 10.1111/1471-0528.16110
www.bjog.org

Electronic cigarettes and obstetric outcomes: a prospective observational study

BP McDonnell,^{a,b}  P Dicker,^b CL Regan^{a,b}

^a Coombe Women and Infants University Hospital, Dublin, Ireland ^b Royal College of Surgeons in Ireland, Dublin, Ireland
Correspondence: Dr BP McDonnell, Coombe Women and Infants University Hospital, Cork Street, Dublin 8, Ireland.
Email: bmcdonnell@rcsi.ie

Accepted 23 December 2019.

Étude : étude observationnelle, prospective de la **cig E** en obstétrique : résultat sur le **poids de naissance** de bébé hôpital universitaire de Coombe (**DUBLIN**)

Compare les poids de naissance du bébé entre 4 groupes de femmes :

- femmes enceintes ayant **arrêté de fumer** avec **la cig électronique** (n=218)
- femmes enceintes **non fumeuses** (n= 108)
- femmes enceintes **fumeuses** (n= 99)
- femmes enceintes **vapo-fumeuses** (n=195)

Table 3. Other delivery and neonatal outcomes. EC users are compared to dual users, smokers, and non-smokers

Outcome	EC users (<i>n</i> = 218) <i>n</i> (%)	Dual users (<i>n</i> = 195) <i>n</i> (%) <i>P</i> -value	Smokers (<i>n</i> = 99) <i>n</i> (%) <i>P</i> -value	Non-smokers (<i>n</i> = 108) <i>n</i> (%) <i>P</i> -value
Birthweight (g)	3470 ± 555 g	3140 ± 628 g <i>P</i> < 0.001*	3166 ± 502 g <i>P</i> < 0.001*	3471 ± 504 g <i>P</i> = 0.97
Mean birth centile	47th	30th <i>P</i> < 0.001*	27th <i>P</i> < 0.001*	47th <i>P</i> = 0.97
Incidence of birthweight <10th centile	24 (11%)	60 (30.7%) <i>P</i> < 0.001*	28 (28%) <i>P</i> < 0.001*	14 (12.9%) <i>P</i> = 0.60
Mean gestation at delivery	39+3	39+0	39+2	39+4
Mean Apgar scores	9, 10	9, 10	9, 10	9, 10
NICU admission	15 (6.9%)	15 (7.6%) <i>P</i> = 0.75	6 (6%) <i>P</i> = 0.78	5 (4.6%) <i>P</i> = 0.42
Breastfeeding at discharge	106 (48.6%)	58 (29.7%) <i>P</i> < 0.001*	27 (27.2%) <i>P</i> < 0.001*	66 (61.1%) <i>P</i> = 0.03*

NICU, Neonatal Intensive Care Unit.

*Significance at *P* < 0.05.

Résultats de l'étude

Résultats sur le poids du bébé

- vapoteuses : 3470 g +/- 555g
- non fumeuses : 3471 g +/- 504 g
- fumeuses : 3166 g +/- 502 g
- Vapo-fumeuses : 3140 g +/- 628 g

Autres facteurs observés

- Bonne santé de la mère et du bébé

Conseils pratiques chez la femme enceinte

- Ne **pas décourager** l'usage de la cig E si permet d'avoir **zéro cigarette**
→ bémol : **conservation de la dépendance psycho-comportementale**
- Associer ou augmenter les substituts nicotiques
 - Si vapo-fumeuses : associe les substituts nicotiques pour être à zéro cigarette
 - Encourager la diminution progressivement la cig E →diminuer la fréquence de vapotage avant de diminuer la dose de nicotine
- **Reduction des risques** pour la protection de la santé de la mère et de l'enfant
→ La vape c'est toujours mieux que la clope !

V. Les sages-femmes tabacologues

- **Isère** :

I defay clinique Belledonne lundi 8h30/18h

F dupré clinique mutualiste mercredi 12h/20h

M Gonzales maternité de Voiron

A Noblet HCE vendredi 9h/16h

F Penasse SF de PMI Voiron

Equipe de liaison périnatalité et addiction 04-76-76-93-37

- **Savoie** :

Dorine Ley sage-femme liberale frontenex

Le Pelican Albertville 04-79-37-87 00

- **Haute Savoie** :

Aurelie Baillard mardi matin hopital saint julien 04-50-49-66-07

Mme Marie Jahan maternité d'annecy cs le mercredi 04-50-63-66-09

Mme Celine baudino Saint julien en genevois 04 50 49 65 67

Mme Anne Genevieve brunoro Centre Hospitalier Alpes Lemman (1 vacation pour pma) 0681957310

- **Rhône** : lyon

Maud Catherine Barral Hopital Femme Mere Enfant Bron 04-27-85-51-83

Catherine Laveissière Hopital de la Croix Rousse 04-72-07-28-55

Aline Jermer CH Lyon sud

Nicole Chamouch Hopital privé Natecia

- **Ain**:

Mme martinez et Mme Guignier Maternité de bourg en bresse cs le lundi tel 04-74-45-42-87

video

Cindy et Rose Marie a diffuser et a montrer en salle d 'attente
Tabac et grossesse

<https://www.youtube.com/watch?v=naaiWJ1kaPo>

Chez la sage-femme tabacologue

<https://www.youtube.com/watch?v=JJkR1timonM>

Merci pour votre
attention

