



Le traitement du tabagisme chez les femmes enceintes et les parents

CATHY L. MELVIN, Ph.D.

University of North Carolina, ETATS-UNIS

(Publication sur Internet le 19 juin 2003)

Thème

Tabagisme et grossesse

Introduction

Depuis 1975, des études toujours plus nombreuses confirment l'efficacité des interventions cliniquement éprouvées pour convaincre l'ensemble des fumeurs de renoncer à long terme, sinon définitivement, à l'usage du tabac.¹ Parvenir à l'abstinence chez les fumeuses enceintes et les parents fumeurs est particulièrement important, car l'habitude de fumer constitue un danger pour leur santé, pour l'issue de la grossesse et pour leur progéniture. En général, le traitement des parents fumeurs est le même que celui des autres fumeurs, mais le cas des femmes enceintes appelle certaines considérations. Compte tenu des méfaits associés à l'exposition à la fumée de tabac secondaire (FTS), il importe d'intervenir tant auprès des parents qu'auprès des soignants des jeunes enfants pour qu'ils arrêtent de fumer.

Objet

Jusqu'à maintenant, les interventions auprès des femmes enceintes ont surtout cherché à déterminer :

- a) comment obtenir des taux de désaccoutumance plus élevés pendant la grossesse;
- b) comment empêcher la rechute postnatale; et
- c) déterminer les effets de la désaccoutumance sur l'issue de la grossesse.

Peu d'interventions ont visé plus particulièrement les fumeuses enceintes et les parents fumeurs dans le but de réduire l'exposition des jeunes enfants à la FTS. Cependant, les interventions conçues pour les fumeuses en tant que groupe peuvent également servir à obtenir la désaccoutumance chez les parents et, avec quelques modifications, chez les femmes enceintes. Des taux de désaccoutumance plus élevés se traduiront par des taux réduits d'exposition à la FTS chez les femmes enceintes, les nourrissons et les enfants.

Problèmes

Les problèmes clés dans ce domaine sont les suivants :

1. *L'identification des fumeurs en général, et des fumeuses enceintes en particulier*

Les fumeurs hésitent souvent à parler de leur tabagisme au personnel soignant et à être identifiés comme fumeurs.² La pression sociale pour que les femmes enceintes s'abstiennent de fumer pendant la grossesse est telle qu'elles peuvent être moins disposées à avouer qu'elles fument, et donc être plus souvent classées incorrectement comme non-fumeuses. Plusieurs études qui ont vérifié les déclarations sur le tabagisme des femmes enceintes fumeuses et non fumeuses au moyen d'une analyse biochimique ont révélé des pourcentages élevés de déclarations inexactes (28 % et 35 %).^{3,4} Même si la validation biochimique du tabagisme auto-déclaré demeure « l'étalon d'or » en matière d'identification des fumeurs, elle est rarement appliquée en dehors des essais cliniques pour des raisons de coûts et d'éthique. Le recours à une question structurée à choix multiples pour évaluer le tabagisme chez les femmes enceintes a permis d'augmenter jusqu'à 50 % l'exactitude des auto-déclarations.² En y répondant, les femmes peuvent dire qu'elles « ne fument jamais », « ont récemment arrêté » (en apprenant qu'elles étaient enceintes ou pendant qu'elles essayaient de devenir enceintes) ou « continuent à fumer » (tout en diminuant leur consommation depuis qu'elles ont appris qu'elles étaient enceintes). Ces catégories permettent aux femmes de visualiser leur comportement de fumeuses dans le contexte de leur grossesse et sont conçues de manière à exclure les réponses qui pourraient dépeindre les femmes enceintes qui fument comme des personnes irresponsables. Malgré l'amélioration de la qualité des réponses obtenues par le biais de cette technique, de nouvelles approches d'identification du tabagisme chez les personnes qui fument, qu'elles soient enceintes ou non, sont nécessaires.

2. *La quantification de l'exposition à la fumée de tabac secondaire des femmes enceintes, des fœtus, des nourrissons et des jeunes enfants et la mesure de ses effets sur la morbidité chez ces derniers*

Nous avons besoin de méthodes de quantification de l'exposition à la FTS qui sont exactes, non intrusives et économiques et qui peuvent être employées partout où il se trouve des femmes enceintes, des nouveaux-nés et des enfants.

3. *L'établissement des liens entre l'exposition à diverses concentrations de FTS et les conséquences pour les mères (dont les fausses-couches) et pour les nouveaux-nés et les enfants.*

Contexte de la recherche

Toutes les études incluses dans les méta-analyses visant à déterminer les meilleures pratiques de désaccoutumance des fumeuses enceintes et des fumeurs en général ont été des essais à répartition aléatoire avec groupe témoin. Ces méta-analyses sont résumées dans *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline*.¹

Questions clés pour la recherche

Les aspects du traitement des femmes enceintes fumeuses qu'on doit étudier plus avant sont :

- les questions d'ordre éthique posées par le recours :
 1. à la validation biochimique du tabagisme;

2. à la rétroaction biochimique pour accroître la probabilité de la désaccoutumance; et
 3. aux mesures incitatives pour amener les fumeuses enceintes à ne pas recommencer à fumer;
- l'élucidation des raisons qui amènent certaines personnes à cesser de fumer spontanément;
 - la caractérisation des traitements efficaces pour les fumeuses très dépendantes, les personnes qui arrêtent spontanément et les femmes qui arrêtent de fumer pendant leur grossesse;
 - la détermination de la durée de contact la plus efficace, le nombre de séances et la durée des interventions visant à amener les femmes enceintes à renoncer à la cigarette;
 - l'efficacité de diverses interventions qui font appel au counseling, aux thérapies de modification du comportement et aux techniques de motivation (p. ex., la rétroaction physiologique sur les effets négatifs du tabagisme et les aspects positifs de la cessation);
 - l'innocuité et l'efficacité de la pharmacothérapie anti-tabac pendant la grossesse chez les femmes enceintes et leurs fœtus et chez les femmes qui ont accouché et qui allaitent et leurs enfants;
 - les effets de la consommation simultanée de tabac et de médicaments contre la dépendance à l'égard du tabac;
 - l'efficacité des interventions ciblées ou individualisées pendant la grossesse; et
 - les stratégies permettant de faire le lien entre les interventions (dont des interventions pédiatriques) avant la conception, pendant la grossesse et en période post-partum.

Les principaux besoins de recherche sur la réduction de l'exposition à la FTS concernent la mise au point:

- de moyens d'évaluation biochimique de la FTS qui sont à la fois exacts, économiques et non intrusifs; et
- de méthodes permettant d'établir le lien entre la FTS et diverses issues médico-sanitaires et comportementales, tout en tenant compte des variables de confusion et en cernant les mécanismes sous-jacents qui expliquent les liens observés.

Résultats récents de la recherche

Les effets du tabagisme

Le tabagisme demeure la principale cause évitable des issues de grossesse défavorables. L'élimination du tabagisme pendant la grossesse réduirait de 20 % le nombre d'enfants ayant un faible poids à la naissance et de 10 % le nombre de nouveaux-nés qui meurent chaque année aux États-Unis.⁵ Les femmes qui fument courent un risque accru d'avoir une grossesse ectopique, un avortement spontané, une rupture prématurée des membranes, un décollement prématuré du placenta, un placenta praevia et un accouchement avant terme.⁵ Le risque de mortalité périnatale – mortinatalité et mortalité néonatale – et le risque du syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN) sont également plus élevés chez les enfants des femmes qui ont fumé pendant la grossesse.⁵

Ces enfants tendent à être petits pour leur âge gestationnel et à avoir un poids à la naissance inférieur à la moyenne.⁵ Par ailleurs, les fumeuses sont moins portées à allaiter leurs enfants.⁵

Les enfants exposés à la FTS courent un risque plus élevé de SMNS, d'otite moyenne, d'asthme ou d'exacerbation d'un état asthmatique, de bronchite, de pneumonie, de respiration sifflante et de maladies des voies respiratoires inférieures.^{5,6}

L'efficacité des interventions ciblant les personnes qui fument

Les études sur le traitement du tabagisme militent en faveur de l'adoption généralisée du **dépistage** du tabagisme et du **traitement** pour tous les fumeurs.¹ On doit offrir un traitement à tout patient qui fume la cigarette. On doit proposer aux patients qui ne veulent pas essayer d'arrêter de fumer une brève intervention destinée à les motiver davantage.¹ Trois types de counseling et de thérapies de modification du comportement devraient être proposés à tous les patients qui essaient d'arrêter de fumer :

- des conseils pratiques (résolution de problèmes / acquisition d'aptitudes pour apprendre des expériences de sevrage antérieures, prévoir les facteurs de déclenchement de l'envie de fumer ou les situations éprouvantes et savoir comment se comporter à l'égard d'autres fumeurs membres du ménage);
- un soutien social dans le cadre du traitement (soutien intra-traitement de la part du soignant ou d'une source externe telle qu'une ligne d'aide au décrochage);
- de l'aide à trouver un soutien social à l'extérieur du traitement (soutien hors traitement de la part de la famille, des amis et des collègues).¹

On doit proposer des pharmacothérapies anti-tabac efficaces à tous les patients qui essaient d'arrêter de fumer, sauf en cas de contre-indication. En fait de pharmacothérapies de première ligne sur lesquelles on peut compter pour augmenter les taux de désaccoutumance à long terme, il y a le bupropion SR, la gomme à la nicotine, l'inhalateur à nicotine, l'aérosol-doseur de nicotine et le timbre à nicotine. La liste des pharmacothérapies de deuxième ligne considérées comme efficaces comprend la clonidine et la nortriptyline, qui sont à envisager si les pharmacothérapies de première ligne ne produisent pas les effets escomptés.¹

Le traitement des femmes enceintes qui fument

On doit offrir aux fumeuses enceintes des interventions psychosociales qui vont plus loin que le simple conseil d'arrêter de fumer, et leur proposer du matériel d'aide à la cessation adapté à la grossesse.¹ Même si les plus grands bienfaits de l'abstinence seront procurés au début de la grossesse, ils se manifestent aussi en arrêtant à n'importe quel moment de la grossesse.¹ Ainsi, les cliniciens devraient proposer des interventions de désaccoutumance efficaces aux fumeuses enceintes dès la première visite prénatale et tout au long de la grossesse. On recommande aussi d'utiliser une question structurée pour améliorer la qualité des auto-déclarations. Les pharmacothérapies sont à envisager seulement lorsque la femme enceinte ne parvient pas à arrêter par d'autres moyens, et que la probabilité de sa désaccoutumance et de ses bienfaits potentiels l'emportent sur les risques de la pharmacothérapie et de la possibilité qu'elle continue à fumer. Si on décide de procéder à une thérapie de substitution de la nicotine, le clinicien devra songer à

prescrire des doses se situant dans la plage inférieure des limites de dose efficace et à privilégier un moyen d'administration qui assure une exposition intermittente plutôt que continue au médicament (p. ex. la gomme à nicotine à la place du timbre à la nicotine).¹ Étant donné qu'aucun de ces médicaments n'a été soumis à des essais d'efficacité pour le traitement du tabagisme chez les femmes enceintes, le ratio des risques et des bienfaits n'est pas connu.

Une approche de counseling en cinq étapes a été adaptée aux recommandations pour les femmes enceintes qui fument (voir l'encadré).^{7,8} Son efficacité chez les femmes de divers groupes ethniques et raciaux est égale, mais elle plus faible chez les femmes enceintes qui fument beaucoup (c-à-d., plus d'un paquet par jour).⁹ L'élimination du tabagisme pendant la grossesse pourrait prévenir plusieurs milliers de naissances d'enfants à faible poids et plusieurs centaines de décès de nourrissons chaque année aux États-Unis et faire économiser plus de six dollars pour chaque dollar dépensé, soit plus du double des économies de coûts totaux attribuées à tous les autres soins prénatals.¹⁰

Les cinq étapes

Demander à la femme de décrire son rapport au tabac en employant une question à choix multiples pour accroître le degré d'exactitude des réponses.

Conseiller à la femme de cesser de fumer en communiquant des messages clairs, sans ambiguïté et personnalisés sur les conséquences du tabagisme et les bienfaits de la désaccoutumance pour elle et son fœtus.

Évaluer sa volonté d'essayer d'arrêter dans les 30 jours qui suivent.

Aider la femme à renoncer au tabac en suggérant fortement le recours à des méthodes de résolution de problèmes et autres techniques de sevrage; en lui assurant un soutien dans le cadre du traitement; en l'aidant à organiser un soutien chez ses parents, ses amis et ses collègues; et en lui remettant du matériel d'aide à la désaccoutumance adapté aux femmes enceintes.

Prévoir le suivi en fixant d'autres rendez-vous pour évaluer son rapport au tabac, en l'encourageant à arrêter si elle continue à fumer et, au besoin, en la dirigeant vers une source de soins plus intensifs.

Conclusions

Il existe des preuves épidémiologiques solides que le tabagisme maternel pendant la grossesse peut conduire à des issues défavorables pour les femmes enceintes et leurs fœtus, nourrissons et enfants. Les femmes qui cessent de fumer avant ou pendant la grossesse réduisent leur risque de conséquences reproductives négatives. Les enfants qui vivent dans des milieux sans fumée sont également moins vulnérables à la mortalité et à la morbidité.

Les programmes de désaccoutumance au tabac inspirés des résultats des études les plus récentes sont efficaces chez les femmes enceintes qui fument et les fumeurs en général. Selon la plus récente analyse de la documentation, les interventions psychosociales prolongées et celles qui allaient au-delà du conseil minimal d'arrêter de fumer de la part du médecin ont presque triplé les taux de désaccoutumance chez les fumeuses enceintes.¹

Le counseling et les pharmacothérapies accordés aux fumeuses ont également permis de doubler ou tripler les taux de désaccoutumance à long terme.¹

En dépit de ces résultats prometteurs, la plupart des femmes qui arrêtent de fumer pendant la grossesse recommencent après, et les essais cliniques d'interventions visant à prévenir la rechute n'ont pas donné de résultats significatifs. Les programmes de désaccoutumance au tabac pour les mères de jeunes enfants n'ont pas non plus obtenu beaucoup de succès à long terme.^{5,11,12} Le peu d'efficacité de ces interventions et programmes laisse supposer que les nourrissons et les jeunes enfants courent le risque de développer des affections liées à l'exposition à la FTS et que ces femmes risquent d'exposer des fœtus à la fumée de tabac lors de grossesses ultérieures.

Ces limitations mises à part, les méthodes empiriquement éprouvées de traitement des femmes enceintes et des parents fumeurs qui existent déjà devraient être largement appliquées. Au moins 35 % des femmes qui cessent de fumer pendant qu'elles sont enceintes ne recommencent pas, améliorant ainsi non seulement leur propre état de santé mais aussi celui de leurs enfants et des autres membres de la famille.¹³ Le rendement de l'investissement pour les systèmes de santé est important et tangible à court terme.

Implications pour l'élaboration des politiques et la prestation des services

Il existe des traitements efficaces qui devraient être offerts aux femmes enceintes et aux parents fumeurs. Les bienfaits sanitaires et économiques pour les individus, les familles et la société sont importants et efficaces eu égard aux coûts. Si les programmes de désaccoutumance au tabac sont déployés correctement et universellement, moins d'enfants mourront au cours de leur première année d'existence et moins d'enfants souffriront en grandissant de morbidités et d'autres affections liées au tabagisme.

Parmi les politiques institutionnelles qui facilitent l'adoption d'interventions thérapeutiques anti-tabac, notons:

- la mise en oeuvre d'un système d'identification des fumeurs partout où on offre des soins de santé;
- la promotion des interventions de la part des soignants appuyée par du matériel de sensibilisation, des ressources et de la rétroinformation;
- l'affectation exclusive de membres du personnel aux traitements de la dépendance à l'égard du tabac et (ou) aux envois en consultation;
- l'évaluation et l'amélioration de la qualité des services offerts;
- l'inclusion de traitements anti-tabac efficaces (counselling et pharmacothérapie) dans les services remboursés par les régimes d'assurance-santé (aux États-Unis);
- le remboursement des cliniciens et des spécialistes qui prescrivent des traitements anti-tabac efficaces.¹

RÉFÉRENCES

1. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline* Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services. Public Health Service; 2000.
2. Mullen PD, Carbonari JP, Tabak ER, Glenday MC. Improving disclosure of smoking by pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1991;165(2):409-413.
3. Windsor RA. Healthcare delivery issues and systems. *Presentation at the Consensus Conference on Smoking Cessation in Pregnancy*, Health Resources and Services Administration; April 9-10, 1998; Rockville, MD.
4. Windsor RA, Woodby LL, Miller TM, Hardin JM, Crawford MA, DiClemente CC. Effectiveness of Agency for Health Care Policy and Research clinical practice guideline and patient education methods for pregnant smokers in Medicaid maternity care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000;182(1 pt 1):68-75.
5. United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General. *Women and Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General; 2001:296.
6. California Environmental Protection Agency, Office of Environmental Health Hazard Assessment. *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke: Final Report*. Sacramento, CA: Office of Environmental Health Hazard Assessment; 1997.
7. Melvin CL, Dolan-Mullen P, Windsor RA, Whiteside HP Jr, Goldenberg RL. Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tobacco Control* 2000;9(suppl III):iii80–iii84.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Smoking cessation during pregnancy* Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2000. *ACOG Educational Bulletin*, No. 260.
9. Mullen PD. Maternal smoking during pregnancy and evidence-based intervention to promote cessation. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 1999;26(3):577-589.
10. Marks JS, Koplan JP, Hogue CJR, Dalmat ME. A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of smoking cessation for pregnant women. *American Journal of Preventive Medicine* 1990;6(5):282-289.
11. Greenberg RA, Strecher VJ, Bauman KE, et al. Evaluation of a home-based intervention program to reduce infant passive smoking and lower respiratory illness. *Journal of Behavioral Medicine* 1994;17(3):273-290.
12. Wall MA, Severson HH, Andrews JA, Lichtenstein E, Zoref L. Pediatric office-based smoking intervention: impact on maternal smoking and relapse. *Pediatrics* 1995;96(4 pt 1):622-628.
13. Fingerhut LA, Kleinman JC, Kendrick JS. Smoking before, during, and after pregnancy. *American Journal of Public Health* 1990;80(5):541-544.

Pour citer ce document :

Melvin CL. Le traitement du tabagisme chez les femmes enceintes et les parents. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [sur Internet]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants; 2003:1-8. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/MelvinFRxp.pdf>. Page consultée le [insérer la date].

Copyright © 2003