[Archived] Interventions visant l’arrêt tabagique chez les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants : Commentaires sur les articles de McBride et Melvin

Deborah J. Hennrikus, Ph.D., Harry A. Lando, Ph.D.

Department of Epidemiology, UMN Twin Cities, États-Unis

Septembre 2003

Introduction

Il y a plusieurs points sur lesquels Melvin et McBride s’entendent dans leurs articles sur ce thème. Premièrement, les programmes d’arrêt tabagique intensifs et ciblés pendant les périodes pré et postnatale sont justifiés. Deuxièmement, les interventions cliniquement prouvées visant l’arrêt tabagique existent, mais elles devraient être adaptées à la population ciblée et des travaux sont nécessaires afin de s’assurer qu’elles sont systématiquement appliquées dans les milieux cliniques. Troisièmement, certaines pistes d’intervention potentiellement efficaces n’ont pas reçu suffisamment d’attention; davantage de recherche sur ces approches et de travaux

©2003-2026 ABILIO | TABAC ET GROSSESSE

visant à développer des programmes d'arrêt tabagique novateurs destinés à cette population sont nécessaires.

Sujet

Ces articles soulignent l'importance de diminuer l'usage du tabac chez les femmes avant ou pendant la grossesse et de prévenir la rechute pendant la période postnatale. C'est important pour la santé du bébé de cesser de fumer avant ou pendant la grossesse. C'est aussi l'occasion pour la mère de transformer l'arrêt tabagique temporaire (pour la santé du fœtus en développement) en arrêt définitif, ce qui est bénéfique pour sa santé et celle de ceux qui l'entourent. Il ne fait aucun doute que les efforts visant à promouvoir l'arrêt tabagique pendant la grossesse sont susceptibles d'être à la fois efficaces et bénéfiques. La consommation maternelle de cigarettes pendant la grossesse est associée à des taux significatifs de morbidité et de mortalité infantiles et l'exposition à la fumée secondaire pendant l'enfance (une perspective probable si la mère continue à fumer) a des effets graves sur la santé.[1,2] Plusieurs femmes tiennent compte des messages concernant ces risques, mais une proportion significative continue à fumer pendant la grossesse et les taux de rechute sont élevés. Une étude récente effectuée auprès de 115 000 femmes aux États-Unis indique que 46 % des fumeuses cessent spontanément de fumer immédiatement avant ou pendant la grossesse, mais que 60 % de celles qui cessent rechutent dans les six mois qui suivent la naissance de leurs enfants.[3]

Problèmes

Le taux élevé de rechute après la naissance de l'enfant ou à la fin de l'allaitement est un problème clé souligné par les auteures. Les autres problèmes sont la probabilité que les femmes qui continuent à fumer enceinte sont plus sévèrement dépendantes et qu'elles sont aussi susceptibles d'avoir moins de ressources personnelles et sociales pour les aider à arrêter et à éviter la rechute. Les taux les plus bas d'arrêt tabagique pendant la grossesse se trouvent parmi les femmes qui ont de plus faibles niveaux d'éducation et de revenus.[3] Ces femmes sont plus susceptibles d'avoir des problèmes sociaux significatifs et de recevoir des soins à des endroits qui disposent de moins de ressources.

Contexte de la recherche

Les recensions des écrits récentes sur les interventions visant l'arrêt tabagique pendant la grossesse suggèrent qu'une période de counseling relativement courte accompagnée de matériel

écrit peuvent augmenter les taux d'arrêt tabagique de façon significative.[4,5] Il est moins clair de savoir comment ces interventions, même brèves, peuvent être systématiquement incorporées dans des contextes de prestations de soins déjà surchargés, particulièrement au moment où la mère reçoit déjà une quantité importante d'information sur la santé. Les lieux de prestation de soins ont l'avantage d'être accessibles et d'entretenir des relations continues avec la population ciblée, mais les études dans lesquelles les prestataires de soins de santé étaient responsables du counseling en matière d'arrêt tabagique pendant les soins habituels ont remarqué de graves problèmes de mise en oeuvre.[6,7] À savoir, peu d'interventions novatrices visant à prévenir les rechutes postnatales ou à intégrer les soins dans les périodes pré et postnatales ont été décrites dans la documentation sur la recherche.

Questions clés pour la recherche

Les auteurs ont identifié un certain nombre de questions importantes pour la recherche, incluant les suivantes :

- Comment relier efficacement les interventions avant la conception, pendant la grossesse et pendant le post-partum, (incluant les interventions visant l'exposition à la fumée secondaire)? Ce lien augmenterait probablement l'arrêt tabagique pendant la grossesse et découragerait la rechute postnatale.
- Comment impliquer les partenaires intimes et les autres appartenant au cercle social de la femme dans ses efforts pour arrêter de fumer?
- Comment réussir à incorporer les interventions efficaces dans les lieux de prestations de soins obstétriques et pédiatriques?

Récents résultats de recherche

Le développement d'interventions novatrices visant l'arrêt tabagique pendant la grossesse est le sujet de l'initiative récente *Smoke-Free Families* fondée par la Robert Wood Johnson Foundation. Plusieurs interventions testées n'ont pas significativement augmenté les taux d'arrêt tabagique, mais il y a eu des résultats positifs. Par exemple, Donatelle et ses collègues ont trouvé que le recours à des incitations à cesser de fumer et l'implication d'un membre du réseau social du sujet pour fournir du soutien lors de l'arrêt tabagique pouvaient avoir une influence sur les taux de cessation.[8] Une autre voie prometteuse dans la documentation sur la recherche inclut l'accent sur l'exposition à la fumée secondaire. Les études récentes se sont penchées sur l'efficacité du

counseling visant à diminuer l'exposition du bébé à la fumée secondaire après sa naissance. Il y a eu quelques preuves selon lesquelles cette assistance se traduit par des diminutions de l'exposition et quelques suggestions voulant que les réductions de la consommation de cigarettes dans le but de diminuer l'exposition à la fumée secondaire peut conduire à l'arrêt tabagique.[9-11] D'autres importants domaines en émergence sont les approches de réduction des dangers pour les femmes qui ne sont pas capables d'arrêter[12] et le recours aux moyens pharmacologiques pour l'arrêt tabagique pendant et après la grossesse.[13] Ces domaines peuvent être importants pour les femmes qui sont très dépendantes ou qui manquent de motivation pour arrêter de fumer.

Conclusions

Les auteurs soulignent la nécessité de développer la recherche sur les interventions novatrices et de consacrer de l'attention à l'amélioration de la mise en œuvre de lignes directrices existantes, basées sur des preuves et destinées aux interventions en matière d'arrêt tabagique dans des environnements cliniques. Les cibles clefs pour ces efforts devraient être les populations à risque particulier de continuer à fumer et de rechute : les femmes qui sont très dépendantes et celles qui appartiennent à des groupes à faibles revenus sous-desservis. La courte durée de la grossesse et les conséquences de la consommation de tabac pendant cette période ajoutent une dimension spéciale aux questions habituellement soulevées sur la mise en œuvre de lignes directrices dans des contextes cliniques. Combien d'efforts devrait-on entreprendre pour motiver les précontemplateurs à envisager l'arrêt tabagique? La responsabilité du counseling visant l'arrêt tabagique devrait-elle incomber en grande partie aux prestataires de soins de santé ou devrait-il y avoir des programmes spécialisés? Comment les femmes peuvent-elles être encouragées à révéler leurs habitudes de consommation de cigarettes à leurs prestataires de soins de santé? Comment assurer la mise en œuvre systématique de lignes directrices? Les lignes directrices de mise en œuvre pendant la grossesse et la période postnatale posent aussi des questions uniques. Quels moyens pharmacologiques visant l'arrêt tabagique sont appropriés pendant cette période? Comment intégrer le plus efficacement possible les conseils de cessation pendant les périodes prénatales et de post-partum?

Implications pour les politiques et pour les services

Davantage de recherche sur les programmes novateurs

Les interventions comportant des incitatifs et du soutien social se sont montrées prometteuses. Davantage de travaux sur ces dernières et sur d'autres méthodes novatrices sont nécessaires, spécialement pour les femmes à faibles revenus.

Davantage d'information sur l'efficacité et la sécurité des moyens pharmacologiques visant l'arrêt tabagique

La substitution de nicotine semble poser un risque relativement minimal, mais il est nécessaire d'effectuer davantage de recherche sur l'utilisation et sur la sécurité de tous les médicaments de cessation, à la fois pour les mères et pour les femmes qui allaitent.

Une plus grande intégration de programmes d'arrêt tabagique et de prévention de la rechute pendant la grossesse et la période postnatale

Comment les interventions peuvent-elles traiter la diminution possible de la motivation après la naissance du bébé? Un meilleur lien est nécessaire entre les conseils sur l'arrêt tabagique de la part des prestataires de services de première ligne, d'obstétrique et des pédiatres.

Davantage d'insistance sur l'importance de diminuer l'exposition des enfants à la fumée secondaire

L'insistance sur l'exposition à la fumée secondaire pourrait aider à intégrer les interventions pré et post-partum. Les préoccupations concernant la fumée secondaire pourraient constituer une motivation importante pour encourager les mères à demeurer abstinentes. Malgré une importante déclaration politique de l'*American Academy of Pediatrics* sur les dangers reliés à l'exposition à la fumée secondaire pour les enfants,[14] beaucoup de pédiatres sont réticents à aborder la question de l'exposition à la fumée secondaire avec les parents.[15]

Davantage de ressources devraient être fournies aux infrastructures médicales qui desservent les populations à faibles revenus pour s'occuper de ce problème

Les lignes directrices en matière de pratique clinique suggèrent des interventions étendues ou davantage d'interventions qui vont au-delà du conseil minimal, chaque fois que possible, pour les fumeuses enceintes. Cependant, les infrastructures de santé sont souvent à court de ressources. Des investissements supplémentaires sont nécessaires, particulièrement pour les endroits qui desservent des populations à faibles revenus. L'arrêt tabagique a été cité comme étant la « norme suprême » des interventions préventives,[16] et le retour sur l'investissement du

traitement des fumeuses enceintes est pratiquement immédiat.

Références

1. Centers for Disease Control and Prevention. Medical-care expenditures attributable to cigarette smoking during pregnancy--United States, 1995. *MMWR - Morbidity & Mortality Weekly Report* 1997;46(44):1048-1050.
2. National Cancer Institute. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: The report of the California Environmental Protection Agency*. Bethesda, Md: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 1999. *Smoking and Tobacco Control Monograph* no. 10. NIH Pub. No. 99-4645. Disponible sur le site: http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/10/index.html. Page consultée le 17 septembre, 2003.
3. Colman GJ, Joyce T. Trends in smoking before, during, and after pregnancy in ten states. *American Journal of Preventive Medicine* 2003;24(1):29-35.
4. Melvin CL, Dolan-Mullen P, Windsor RA, Whiteside HP, Goldenberg RL. Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tobacco Control* 2000;9(suppl 3):80-84.
5. Mullen PD. Maternal smoking during pregnancy and evidence-based intervention to promote cessation. *Primary Care; Clinics in Office Practice* 1999;26(3):577-589.
6. Lando HA, Valanis BG, Lichtenstein E, Curry SJ, McBride CM, Pirie PL, Grothaus LC. Promoting smoking abstinence in pregnant and postpartum patients: A comparison of two approaches. *American Journal of Managed Care* 2001;7(7):685-693.
7. Windsor RA, Whiteside HP Jr., Solomon LJ, Prows SL, Donatelle RJ, Cinciripini PM, McIlvain HE. A process evaluation model for patient education programs for pregnant smokers. *Tobacco Control* 2000;9(suppl 3):29-35.
8. Donatelle RJ, Prows SL, Champeau D, Hudson D. Randomised controlled trial using social support and financial incentives for high risk pregnant smokers: Significant Other Supporter (SOS) program. *Tobacco Control* 2000;9(suppl 3):67-69.
9. Emmons KM, Hammond SK, Fava JL, Velicer WF, Evans JL, Monroe AD. A randomized trial to reduce passive smoke exposure in low-income households with young children. *Pediatrics* 2001;108(1):18-24.
10. Hovell MF, Meltzer SB, Zakarian JM, Wahlgren DR, Emerson JA, Hofstetter CR, Leaderer BP, Meltzer EO, Zeiger RS, O'Connor RD, Mulvihill MM, Atkins CJ. Reduction of environmental tobacco-smoke exposure among asthmatic-children: A controlled trial. *Chest* 1994;106(2):440-446.
11. Hovell MF, Meltzer SB, Wahlgren DR, Matt GE, Hofstetter CR, Jones JA, Meltzer EO, Bernert JT, Pirkle JL. Asthma management and environmental tobacco smoke exposure reduction in Latino children: a controlled trial. *Pediatrics* 2002;110(5):946-956.
12. Windsor RA, Li CQ, Boyd NR Jr., Hartmann KE. The use of significant reduction rates to evaluate health education methods for pregnant smokers: a new harm reduction behavioral indicator? *Health Education & Behavior* 1999;26(5):648-662.
13. Benowitz NL, Dempsey DA, Goldenberg RL, Hughes JR, Dolan-Mullen P, Ogburn PL, Oncken C, Orleans CT, Slotkin TA, Whiteside HP, Yaffe S. The use of pharmacotherapies for smoking cessation during pregnancy. *Tobacco Control* 2000;9(suppl 3):91-94.
14. Etzel RA, Balk SJ, Bearer CF, Miller MD, Shea KM, Simon PR, Falk H, Miller RW, Rogan W, Hendrick JG. Environmental tobacco smoke: A hazard to children. *Pediatrics* 1997;99(4):639-642.

15. Perez-Stable EJ, Juarez-Reyes M, Kaplan CP, Fuentes-Afflick E, Gildengorin V, Millstein SG. Counseling smoking parents of young children: Comparison of pediatricians and family physicians. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2001;155(1):25-31.

16. Eddy DM. David Eddy ranks the tests. *Harvard Health Letter* July 1992;(special suppl.):10-11.