

TABAC ET GROSSESSE

Programmes d'arrêt tabagique destinés aux femmes enceintes et aux mères de jeunes enfants

Colleen McBride, Ph.D.

Social and Behavioral Research Branch National Human Genome Research Institute National Institutes of Health, États-Unis

Octobre 2012, Éd. rév.

Introduction

Healthy People 2020 s'est donné comme objectif de ramener le taux de fumeurs adultes à 12 % en 2020 aux États-Unis.¹ Les tendances actuelles indiquent une augmentation des taux d'arrêt tabagique chez les femmes enceintes.² Des preuves indiquent aussi que les mères de jeunes enfants pourraient être particulièrement réceptives aux interventions visant l'arrêt tabagique.³ Malheureusement, 19 % des femmes en âge de procréer (18 à 44 ans) continuent à fumer et peu de femmes qui ont cessé de fumer pendant la grossesse continuent à s'abstenir de fumer après l'accouchement.⁴ Si l'on veut profiter au maximum de l'étape de la parentalité pour promouvoir l'arrêt tabagique et réussir à réduire la prévalence de la consommation de tabac, il sera nécessaire de faire des efforts intensifs et ciblés en matière d'intervention.

Sujet

Les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants, surtout celles à faibles revenus et qui sont peu scolarisées, constituent un groupe cible extrêmement important vers lequel diriger ces efforts, d'une part parce que leurs taux de consommation de tabac sont les plus élevés, d'autre part parce que le fait de cesser de fumer présente des avantages pour leur santé et celle de leurs enfants.⁵ De plus, les femmes qui en sont à l'étape de la grossesse ont de nombreux contacts avec le système de santé et avec d'autres prestataires de services (par exemple, l'école et les services de garde) qui pourraient les encourager à cesser de fumer et les soutenir dans leur démarche.

Problèmes

- **Il est décevant de constater les taux élevés de rechute post-partum parmi la proportion considérable des femmes qui cessent de fumer pendant la grossesse.** La grossesse et le fait d'être parent incitent fortement de nombreuses femmes à cesser de fumer. En effet, des enquêtes auprès de la population générale indiquent que presque la moitié des femmes enceintes dit avoir cessé de fumer pendant la grossesse.^{2,6} Ces taux d'arrêt tabagique sont considérablement plus élevés que ceux atteints grâce à des interventions formelles auprès de femmes adultes qui ne sont pas enceintes. Malheureusement, la majorité des femmes qui cessent de fumer pendant la grossesse rechute après la naissance de l'enfant.
- **La consommation de tabac du conjoint diminue les probabilités que la femme enceinte ou qui a des enfants cesse de fumer et reste abstinente.** Le fait de vivre avec un conjoint qui fume est un prédicteur constant de consommation continue de tabac pendant la grossesse et de rechute post-partum.^{7,8,9} De plus, on a démontré que la consommation de tabac du partenaire influence le type et le niveau de soutien fourni.¹⁰ Malgré les preuves concernant les bienfaits possibles de l'arrêt tabagique du couple et bien que l'on considère que les efforts du conjoint pour cesser de fumer en même temps que la femme constituent un soutien important, on n'a pas mis l'accent sur l'arrêt tabagique du partenaire.
- **Les interventions efficaces visant l'arrêt tabagique et destinées aux femmes enceintes fortement dépendantes de la nicotine et à celles qui présentent de multiples obstacles sociaux et psychologiques à l'arrêt tabagique font défaut.** Des questions importantes restent en suspens pour ce qui est des thérapies de substitut de nicotine disponibles sur demande en pharmacie (y compris la gomme, le timbre et la

pastille). Il en va de même pour les façons d'encourager les femmes à se conformer au traitement pour faciliter l'arrêt tabagique pendant la grossesse. Les systèmes de distribution disponibles présentent des avantages et des limites liés à l'exposition fœtale à la nicotine et à l'adhésion au traitement par la mère. Pourtant, d'après les preuves scientifiques, les thérapies fournies sur demande en pharmacie maintiennent ou même diminuent l'exposition fœtale à la nicotine, préviennent l'exposition au monoxyde de carbone et pourraient favoriser l'arrêt tabagique de la mère.¹¹ On manque de lignes directrices cliniques pour conseiller les femmes sur le recours à ces thérapies de substitut de nicotine pour cesser de fumer pendant la grossesse et le début du post-partum.

Des preuves indiquent aussi que des obstacles psychosociaux à l'arrêt tabagique tendent à se concentrer chez certains groupes de femmes.^{7,12,13} Par exemple, les femmes qui souffrent de dépression sont susceptibles de connaître des obstacles cooccurrents, comme par exemple un partenaire qui fume, de faibles revenus et des habitudes de vie stressantes qui peuvent rendre l'arrêt tabagique particulièrement difficile.⁷ Ces femmes pourraient avoir besoin d'interventions plus intensives et de soutien continu. On pourrait mettre à profit les liens cliniques entre les soins obstétricaux et pédiatriques afin de fournir des services de soutien continu à l'arrêt tabagique aux femmes enceintes et aux nouvelles mères. Il est nécessaire de mettre en place des systèmes de suivi et d'intervention auprès des femmes lors de cette transition. Malgré les avantages possibles de cette approche visant à aider les femmes à rester abstinentes à long terme, il y a peu de programmes d'arrêt tabagique opérationnels qui font le pont entre les soins obstétricaux et pédiatriques.¹⁴

- **Les approches familiales qui relient la consommation de tabac des parents à la santé des enfants et à l'initiation des jeunes au tabac ont reçu peu d'attention.** Presque 40 % des enfants aux États-Unis et au Canada sont exposés à la fumée secondaire.^{15,16} De plus, la consommation des parents est un prédicteur constant de l'expérimentation des jeunes et de leur initiation à la cigarette.¹⁷ Les preuves indiquent que les parents ne veulent pas que leurs enfants commencent à fumer et que ce qui motive les parents fumeurs à envisager d'arrêter est leur préoccupation à l'égard de leurs enfants.¹⁸ Il est nécessaire de mettre en place des programmes d'interventions qui abordent la consommation de cigarette sous l'angle familial, particulièrement dans les foyers où l'un des parents ou les deux fument. Un des défis importants sera d'incorporer ces interventions à des services existants afin de pouvoir continuer à les dispenser.

- **Les systèmes cliniques durables visant à dépister les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants qui fument et à les conseiller dans leur démarche pour arrêter de fumer ne sont pas généralisés.** Les services de soutien à l'arrêt tabagique n'ont pas été intégrés de façon cohérente dans les milieux de soins cliniques, particulièrement dans ceux qui desservent les populations à faibles revenus.¹⁴ Il faudrait prendre en compte la création de nouveaux modèles de services de soutien continu adaptés aux milieux dépourvus de ressources, comme les cliniques publiques.

Contexte de la recherche

Bien que la diminution des taux de consommation de tabac chez cet important groupe cible présente des avantages potentiels sur le plan de la santé publique, étonnamment, il y a eu peu de recherches visant à identifier des interventions préventives optimales pour cesser de fumer ou pour éviter la rechute chez les femmes enceintes et chez les mères. On a effectué des méta-analyses sur des essais cliniques visant l'arrêt tabagique chez les femmes enceintes et en post-partum,¹⁹ cependant, aucun résumé d'analyses équivalentes n'est disponible pour ce qui est des interventions ciblant les mères de jeunes enfants.

Bien que les thérapies de substitut à la nicotine soient prometteuses, seul un petit nombre d'essais cliniques à petite échelle a évalué leur utilisation auprès de femmes enceintes et de nouvelles mères très dépendantes à la nicotine. Il y a aussi peu d'évaluations en matière d'interventions visant le couple ou la famille à ce jour.

Questions clés pour la recherche

- Comment intégrer les interventions efficaces en matière d'arrêt tabagique et de maintien de cet arrêt dans les milieux de soins obstétricaux et pédiatriques?
- Quelle est la meilleure façon d'impliquer les conjoints et autres fumeurs du foyer dans des interventions visant l'arrêt tabagique et son maintien? Et comment intégrer ces interventions dans les services en place (par exemple, milieux de soins, écoles, etc.)?
- Comment maintenir les niveaux de motivation prépartum des femmes à cesser de fumer jusqu'à la période post-partum? Les liens entre les services de santé peuvent-ils faciliter ce processus?

- Quelle information essentielle permettrait aux femmes de prendre une décision éclairée sur les thérapies de substitut à la nicotine pendant la grossesse et immédiatement après?
- Comment communiquer l'information sur le lien entre la consommation de tabac chez l'adulte et les problèmes de santé de l'enfant (par exemple, l'exposition à la fumée secondaire) de façon à motiver les adultes à cesser de fumer et à dissuader les enfants de commencer à fumer?

Résultats récents de la recherche

Femmes enceintes : conformément aux lignes directrices de la pratique clinique,²⁰ les interventions à composantes multiples sont les plus efficaces et comprennent généralement des conseils donnés par un professionnel, du matériel écrit d'aide personnelle et des conseils par téléphone.

^{21,22,23} Cependant, une méta-analyse récente d'essais cliniques visant l'arrêt tabagique destinés aux femmes enceintes et post-partum indique que l'intensité des interventions évaluées est extrêmement variable.¹⁹ Les interventions se sont déroulées pendant la grossesse,^{21,22} et dans certains cas, on a étendu les activités de l'intervention jusqu'au post-partum²³ ou encore on s'est centré exclusivement sur cette période.²⁴

La plupart des interventions visant l'arrêt tabagique pendant la grossesse se sont révélées plus efficaces que les interventions traditionnelles. Cependant, la plupart de ces programmes ont été évalués dans des milieux de soins intégrés.^{21,23,24} Les évaluations de programmes dispensés dans des cliniques publiques situées dans des quartiers pauvres^{22,25,26} n'ont pas permis de constater des avantages cohérents par rapport aux soins traditionnels. On a aussi démontré que les interventions amélioreraient l'état de santé à la naissance.¹⁹ Malheureusement, les interventions n'ont pas montré d'avantages significatifs en matière de prévention des rechutes.¹⁹

Mères de jeunes enfants : la stratégie employée pour réduire l'exposition des enfants à la fumée secondaire a été d'intervenir auprès des mères qui fument afin de les inciter à cesser de fumer.
^{27,28,29,30} Les parents des enfants qui font de l'asthme ont fréquemment été des groupes cibles pour ces études.^{29,30} Bien que, d'après les rapports d'auto-déclarations fournis par les parents, la topographie de la consommation de tabac se soit améliorée, par exemple, ne pas fumer dans la même pièce que celle où est l'enfant, ces interventions ont connu des succès mitigés en ce qui concerne l'augmentation des taux d'arrêt tabagique.^{27,29} On a avancé l'hypothèse selon laquelle le message quelque peu contradictoire selon lequel on pouvait réduire l'exposition à la fumée secondaire en limitant la proximité du fumeur pourrait conduire à saper les efforts visant à arrêter

de fumer.²⁷ Plus récemment, on a utilisé une approche communautaire pour réduire la consommation de tabac chez les femmes à faibles revenus et en âge de procréer.³¹ Cette approche est prometteuse en ce sens qu'elle a réduit la prévalence générale de la consommation de cigarette de 2 pour cents et qu'elle a diminué la consommation quotidienne de tabac chez les femmes dans les communautés où s'est déroulée l'intervention.

Conclusions

Il est nécessaire de promouvoir l'arrêt tabagique auprès des femmes enceintes et des mères afin de réduire la prévalence générale de la consommation de tabac et des autres problèmes de santé qui y sont reliés. Pour le moment, le contexte de la grossesse et du post-partum, moment où les femmes qui fument sont réceptives aux incitations à cesser de fumer, n'est pas suffisamment exploité pour inciter ces femmes à cesser de fumer de façon permanente. On devrait accorder davantage d'attention au développement d'interventions qui abordent la consommation de tabac sous l'angle familial et qui incluent les conjoints et les enfants au sein du foyer afin d'éliminer la consommation de tabac des membres de la famille. On devrait aussi amener le système de santé et les ressources communautaires à s'intéresser à ce problème de santé publique important. On devrait accorder plus d'attention à l'établissement de liens entre les soins prénatals et pédiatriques, ce qui permettrait de fournir les services continus et le soutien essentiels pour maintenir l'arrêt tabagique à long terme. Cependant, il sera aussi important d'impliquer la communauté afin d'influencer les normes sociales concernant l'arrêt tabagique.

Implications

Il est très important d'éliminer la consommation de tabac chez les femmes enceintes et chez les mères pour plusieurs aspects des politiques sur le développement de l'enfant. La réduction de l'exposition du fœtus et de l'enfant en développement à la fumée du tabac diminuera les naissances de petit poids, le syndrome de la mort subite du nourrisson et la morbidité. Aux États-Unis, les coûts annuels reliés à consommation de tabac en matière néonatale sont évalués à 367 millions de dollars.³² La réduction de la fumée secondaire améliorera la santé des enfants à court et à long terme et réduira la probabilité que ces enfants deviennent eux-mêmes des fumeurs. Étant donné que les enfants n'ont pas le pouvoir de négocier des foyers exempts de fumée, on devrait renforcer et élargir les politiques sur l'air à l'intérieur dans tous les endroits où il est possible de le faire afin de réduire l'exposition dans les lieux publics et dans les services de garde et renforcer l'abstinence de la cigarette comme comportement normatif. Les organisations

pédiatriques devraient envisager de commanditer les campagnes de santé publique destinées aux familles afin d'augmenter la sensibilisation et de modifier les normes concernant l'importance des foyers exempts de tabac pour le bien-être de la famille. Enfin, comme recommandé par d'autres,³³ les assurances devraient couvrir les traitements d'arrêt tabagique afin de surmonter les obstacles que représentent les coûts reliés à leur utilisation.

Références

1. U.S. Department of Health and Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy people 2020. Available at: <http://www.healthypeople.gov/>. Accessed October 1, 2012.
2. Cnattingius, S. The epidemiology of smoking during pregnancy: Smoking prevalence, maternal characteristics and pregnancy outcomes. *Nicotine & Tobacco Research*. 2004; 6(S2): S125-S140.
3. Emmons KM, Wong M, Hammond SK, Velicer WF, Fava JL, Monroe AD, Evans JL. Intervention and policy issues related to children's exposure to environmental tobacco smoke. *Preventive Medicine* 2001;32(4):321-331.
4. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease. A report of the Surgeon General. Atlanta, Ga: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2010. Available at: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2010/. Accessed October 1, 2012.
5. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use. A report of the Surgeon General. Atlanta, Ga: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2000. Available at: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2000/index.htm. Accessed October 1, 2012.
6. 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.
7. Kahn RS, Certain L, Whitaker RC. A reexamination of smoking before, during, and after pregnancy *American Journal of Public Health* 2002;92(11):1801-1808.
8. Ratner PA, Johnson JL, Bottorff JL, Dahinten S, Hall W. Twelve-month follow-up of a smoking relapse prevention intervention for postpartum women. *Addictive Behaviors* 2000;25(1):81-92.
9. Hemsing MA, Greaves L, O'Leary R, Chan K, Okali C. Partner Support for Smoking Cessation During Pregnancy: A Systematic Review. *Nicotine & Tobacco Research* 2012. 14(7): 767-776.
10. McBride CM, Curry SJ, Grothaus LC, Nelson JC, Lando H, Pirie PL. Partner smoking status and pregnant smoker's perceptions of support for and likelihood of smoking cessation. *Health Psychology* 1998;17(1):63-69.
11. Dempsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy *Drug Safety* 2001;24(4):277-322.
12. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE and J Leonardi-Bee. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; 9.
13. Nguyen SN, Von Kohorn I, Schulman-Green D, Colson ER. The Importance of Social Networks on Smoking: Perspectives of Women Who Quit Smoking During Pregnancy. *Maternal and Child Health Journal* 2012;16:1312-1318.
14. Zapka JG, Pbert L, Stoddard AM, Ockene JK, Goins KV, Bonollo D. Smoking cessation counseling with pregnant and postpartum women: A survey of community health center providers. *American Journal of Public Health* 2000;90(1):78-84.

15. Schuster MA, Franke T, Pham CB. Smoking patterns of household members and visitors in homes with children in the United States. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2002;156(11):1094-1100.
16. Ashley MJ, Ferrence R. Reducing children's exposure to environmental tobacco smoke in homes: issues and strategies. *Tobacco Control* 1998;7(1):61-65.
17. Greenlund KJ, Johnson CC, Webber LS, Berenson GS. Cigarette smoking attitudes and first use among third- through sixth-grade students: The Bogalusa heart study. *American Journal of Public Health* 1997;87(8):1345-1348.
18. Jarvis MJ. The association between having children, family size and smoking cessation in adults. *Addiction* 1996;91(3):427-434.
19. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003(1):CD001055.
20. U.S. Department of Health and Human Services. Clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008 Update. Available at: <http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/docs/contenu/treating-tobacco-use-and-dependence.pdf> Accessed December 1, 2017.
21. Ershoff DH, Quinn VP, Boyd NR, Stern J, Gregory M, Wirtschafter D. The Kaiser Permanente prenatal smoking-cessation trial: When more isn't better, what is enough? *American Journal of Preventive Medicine* 1999;17(3):161-168.
22. Secker-Walker RH, Solomon LJ, Flynn BS, Skelly JM, Mead PB. Smoking relapse prevention during pregnancy: A trial of coordinated advice from physicians and individual counseling. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;15(1):25-31.
23. McBride CM, Curry SJ, Lando HA, Pirie PL, Grothaus LC, Nelson JC. Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy. *American Journal of Public Health* 1999;89(5):706-711.
24. 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.
25. Windsor RA, Cutter G, Morris J, Reese Y, Manzella B, Bartlett EE, Samuelson C, Spanos D. The effectiveness of smoking cessation methods for smokers in public health maternity clinics: a randomized trial. *American Journal of Public Health* 1985;75(12):1389-1392.
26. Kendrick JS, Zahniser SC, Miller N, Salas N, Stine J, Gargiullo PM, Floyd RL, Spierto FW, Sexton M, Metzger RW, Stockbawer JW, Hannon WH, Dalmat ME. Integrating smoking cessation into routine public prenatal care: The Smoking Cessation in Pregnancy Project. *American Journal of Public Health* 1995;85(2):217-222.
27. 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.
28. Groner JA, Ahijevych K, Grossman LK, Rich LN. The impact of a brief intervention on maternal smoking behavior. *Pediatrics* 2000;105(1 Pt 3):267-271.
29. Wahlgren DR, Hovell MF, Meltzer SB, Hofstetter CR, Zakarian JM. Reduction of environmental tobacco smoke exposure in asthmatic children: A 2-Year Follow-up. *Chest* 1997;111(1):81-88.
30. McIntosh NA, Clark NM, Howatt WF. Reducing tobacco-smoke in the environment of the child with asthma: A cotinine-assisted, minimal-contact intervention. *Journal of Asthma* 1994;31(6):453-462.
31. Secker-Walker RH, Flynn BS, Solomon LJ, Skelly JM, Dorwaldt AL, Ashikaga T. Helping women quit smoking: Results of a community intervention program. *American Journal of Public Health* 2000;90(6):940-946.
32. Adams EK, Miller VP, Ernst C, Nishimura BK, Melvin C, Merritt R. Neonatal health care costs related to smoking during pregnancy. *Health Economics* 2002;11(3):193-206.
33. Ibrahim JK, Schauffler HH, Barker DC, Orleans CT. Coverage of tobacco dependence treatments for pregnant women and for children and their parents. *American Journal of Public Health* 2002;92(12):1940-1942.