[Archived] Programmes d’arrêt tabagique pour les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants : Commentaires sur les articles de McBride et de Melvin

Virginia P. Quinn, Ph.D.

Extended Learning Institute Faculty Northern Virginia Community College, États-Unis

Septembre 2003

Introduction

Les articles de Colleen McBride et de Cathy Melvin décrivent l’impact significatif de la fumée du tabac sur le développement du fœtus, du nourrisson et de l’enfant. Les articles soulignent l’occasion importante que la grossesse et l’état de parent représentent pour promouvoir l’abstinence à long terme et réussir à réduire la prévalence de la consommation de tabac. Les auteurs décrivent des interventions efficaces en matière d’arrêt tabagique et réclament leur large diffusion dans les systèmes de santé, d’éducation et dans les organismes communautaires. Ils identifient les sous-groupes à risque qui ont des besoins spéciaux d’aide, incluant les femmes

©2003-2026 ABILIO | TABAC ET GROSSESSE

enceintes et les mères à faibles revenus et dont le niveau d'éducation est limité. Les articles traitent des obstacles organisationnels et sociétaux qui doivent être surmontés pour rendre les traitements de cessation disponibles à tous les fumeurs. Les articles détaillent les lacunes de la documentation de recherche et suggèrent de nouvelles voies et occasions visant à augmenter l'efficacité des traitements reliés au tabac pour les femmes enceintes et pour les familles qui ont des enfants. Les auteurs décrivent aussi un plan complet de développement de politiques et de services destinés à s'occuper des importants coûts économiques et de santé qui résultent de la consommation de tabac maternelle et parentale.

Sujet

Trente-cinq pour cent des femmes en âge de procréer (18-44) fument des cigarettes.[1] La consommation maternelle de cigarettes pendant et après la grossesse menace gravement la santé du fœtus, du nourrisson et de l'enfant.[2,3] Une augmentation de l'arrêt tabagique et de l'abstinence à long terme conduisent à de meilleurs résultats de grossesse et à la réduction de l'exposition des enfants à la fumée secondaire.[2,3] La grossesse et le fait d'être parent augmentent la motivation à modifier les comportements de consommation de cigarettes.[4,5] Les contacts multiples avec les systèmes scolaires, de santé et les autres organisations communautaires fournissent des occasions d'intervenir auprès des femmes enceintes et des mères qui fument. Les articles de cette section décrivent les traitements actuels d'arrêt tabagique, fondés sur des preuves scientifiques, et les façons de les modifier pour les fumeuses enceintes. Les auteurs soulignent l'importance d'effectuer davantage de recherche pour améliorer l'efficacité des interventions et pour augmenter leur diffusion auprès des femmes enceintes et des parents qui fument.

Problèmes

Les auteurs identifient des problèmes significatifs qui doivent être abordés afin de réduire les dangers liés au tabac pour la santé des fœtus, des nourrissons et des enfants. L'identification exacte des fumeurs est un problème fondamental. Les fumeurs sont souvent réticents à discuter de leurs habitudes de consommation de tabac avec les prestataires de soins,[6] et plusieurs essais se sont traduits par des taux élevés de mensonge chez les femmes enceintes quand l'état de consommation de tabac qu'elles avaient déclaré a été confirmé de façon biochimique.[7,8] Tel que mentionné dans ces articles, l'évaluation biochimique est la norme suprême de l'identification de l'état de consommation de tabac. Cependant, des facteurs éthiques et liés aux coûts empêchent

son adoption à grande échelle dans les contextes prénataux ou pédiatriques. On a démontré que le recours à un questionnaire d'évaluation structuré et à choix multiple a amélioré la divulgation, [6] mais des stratégies plus efficaces avantageraient à la fois les femmes enceintes et les parents qui fument.

Les autres problèmes discutés dans ces articles incluent le manque d'interventions efficaces visant à aider les femmes qui cessent de fumer pendant la grossesse à demeurer abstinentes pendant la période post-partum.[9,10] De plus, de nombreuses questions concernant le traitement des fumeuses enceintes très dépendantes restent à résoudre, particulièrement en ce qui a trait à la pharmacothérapie de substitution de nicotine.[11] De meilleures méthodes visant à quantifier l'exposition à la fumée secondaire sont nécessaires pour des fins de recherche et d'intervention. L'intégration de services de cessation dans les services obstétriques et pédiatriques est incomplète.[12] Les approches de traitement du tabac basées sur la famille ou le partenaire sont sous-étudiées.

Contexte de la recherche

Comme mentionné dans les articles cités plus haut, les recommandations de traitement d'arrêt tabagique chez les fumeuses enceintes reposent sur des essais contrôlés à répartition aléatoire inclus dans les méta-analyses résumées dans *Treating Tobacco Use and Dependence: A Clinical Practice Guideline*.[11] Les méta-analyses de cessation post-partum ont été effectuées,[13] mais aucune analyse équivalente n'est disponible pour les interventions ciblant les parents qui fument.

Questions clefs pour la recherche

Les Dres. McBride et Melvin posent des questions clefs pour la recherche sur la réduction de la prévalence de la consommation maternelle de cigarettes et de l'exposition des enfants à la fumée secondaire :

1. Quelles sont les questions éthiques liées à l'utilisation de tests biochimiques et aux incitatifs visant à motiver les fumeuses enceintes à demeurer abstinentes?
2. Comment réduire la prévalence de la consommation de cigarettes pendant la grossesse et celle de l'exposition des enfants à la fumée secondaire en impliquant les partenaires et les membres de la famille dans les interventions visant la cessation?

3. Quelle est l’efficacité des diverses composantes du counselling, des thérapies comportementales et des interventions motivationnelles?
4. Dans quelles conditions les thérapies de substitution de nicotine peuvent-elles être incorporées dans des interventions ciblant les fumeuses enceintes très dépendantes?
5. Comment mettre en œuvre les interventions liées au tabagisme dans des contextes obstétriques et pédiatriques, et ces liens instaurés au sein des systèmes de santé peuvent-ils aider les femmes qui cessent de fumer pendant la grossesse à demeurer abstinentes après l’accouchement?
6. Comment utiliser l’association entre la consommation de cigarettes par les adultes et les dangers qui en résultent pour les enfants afin de motiver la cessation chez l’adulte et réduire l’exposition à la fumée secondaire?

Résultats récents résultats de recherche

La consommation de tabac pendant la grossesse demeure la cause la plus importante de problèmes à la naissance qu’il est possible de prévenir,[2,11] et les enfants exposés à la fumée secondaire sont à risque de taux élevés de mortalité et de morbidité.[2,3] Les services d’arrêt tabagique sont rentables et permettent d’économiser, chez les fumeuses enceintes, plus de 6 $ pour chaque dollar dépensé.[11,14] En réponse aux preuves, les lignes directrices de pratique clinique recommandent l’adoption à grande échelle de pratiques de dépistage et de traitement de la consommation de tabac.[11,15,16] Il existe un consensus selon lequel on devrait offrir aux fumeuses enceintes des interventions psychosociales qui vont au-delà du conseil minimal et qui incluent du matériel d’auto assistance spécifique.[11,16] Les bénéfices de l’intervention pour les fumeuses enceintes très dépendantes n’ont pas été démontrés[17] et les résultats sont contradictoires dans les environnements à faibles revenus.[18,19] Jusqu’à présent, les interventions visant à prévenir les rechutes pendant la grossesse et pendant la période post-partum n’ont pas réussi.[9,10,20,21] Les interventions chez les mères qui fument ont montré des améliorations auto-déclarées de la topographie de la consommation de cigarettes, mais des résultats mitigés pour ce qui est de promouvoir la cessation.[22,23] L’influence des partenaires sur l’état de consommation de tabac des femmes enceintes et des mères a été démontré,[24] mais les interventions qui incluent les partenaires doivent encore être testées.

Conclusions

Les preuves épidémiologiques montrent que la consommation de tabac maternelle pendant la grossesse et l'exposition des enfants à la fumée secondaire sont associées à des conséquences significatives sur la santé.[2,11] Les traitements rentables qui doublent ou qui triplent le taux de cessation sont disponibles[11] et devraient être fournis aux fumeuses enceintes et aux parents qui fument. La grossesse et le fait d'être parent augmentent la motivation des fumeurs à arrêter; cependant, il nous reste à profiter pleinement de cette occasion à travers la prestation systématique de services de cessation de consommation de tabac.[12,25]

Des questions importantes pour la recherche doivent être élucidées afin d'augmenter l'efficacité des traitements visant la cessation, particulièrement chez les sous-groupes de fumeuses enceintes, comme celles qui sont très dépendantes de la nicotine ou celles qui sont confrontées à des obstacles sociaux et psychologiques multiples. Peu d'études d'intervention ont été effectuées auprès de parents qui fument et nous manquons de connaissances sur les moyens optimaux de motiver les parents et sur la façon d'aborder l'arrêt tabagique par le biais d'interventions basées sur la famille. Enfin, il nous reste à développer des liens qui fournissent une continuité dans les traitements reliés à la consommation de tabac dans des contextes de soins de santé et entre les systèmes de santé et les ressources communautaires.

Implications pour les politiques et les services

Les auteurs fournissent un plan étendu en matière de développement de politiques et de services pour aborder une menace significative à la santé publique par le biais de la prestation de programmes d'arrêt tabagique destinés aux femmes enceintes et aux mères de jeunes enfants. Ils demandent que les endroits où les soins de santé sont dispensés développent des systèmes d'identification des consommateurs de tabac; encouragent les cliniciens à fournir des services d'arrêt tabagique efficaces par de l'éducation, des incitatifs, une surveillance de la performance, et que soient inclus des traitements reliés au tabac dans les services couverts par les plans d'assurance santé. La mise en œuvre de programmes de contrôle complet du tabac se traduira par des résultats comme une diminution de la mortalité chez le nourrisson et moins d'enfants souffrant de maladies reliées à la consommation du tabac. Étant donné le fardeau important en terme de santé et d'économie, les ressources communautaires et les établissements sociaux devraient être inclus dans les campagnes de santé publique afin de modifier les perceptions sur les risques associés à la consommation du tabac par les mères et les parents. La recherche est nécessaire afin d'évaluer les nouvelles interventions de prévention en matière de cessation et de rechute, ainsi que les stratégies visant à promouvoir l'adoption à grande échelle de programmes

efficaces.

Références

1. US Department of Health and Human Services. *Reducing tobacco use. A report of the Surgeon General.* Atlanta, Ga: US 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. Disponible sur le site: http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2000/index.htm . Page consultée le 8 octobre 2003.
2. US Department of Health and Human Services. *Women and smoking. A report of the Surgeon General.* Atlanta, Ga: US 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; 2001. Disponible sur le site: http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_forwomen/index.htm. Page consultée le 8 octobre 2003.
3. National Cancer Institute. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: The report of the California Environmental Protection Agency.* Smoking and tobacco control monograph no. 10. Bethesda, Md: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 1999. NIH Pub No. 99-4645. Disponible sur le site: http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/10/index.html. Page consultée le 16 septembre, 2003.
4. 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.
5. Jarvis MJ. The association between having children, family size and smoking cessation in adults. *Addiction* 1996;91(3):427-434.
6. 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.
7. Windsor RA. Health care delivery issues and systems. Communication présentée au: Consensus workshop on smoking cessation in pregnancy, Health Resources and Services Administration; April 1998; Rockville, Md.
8. Windsor RA, Woodby LA, 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):68-75.
9. 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.
10. 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.
11. U.S. Department of Health and Human Services. *Clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence.* Rockville, Md: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2000. Disponible sur le site: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf. Page consultée le 16 septembre, 2003.
12. 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.
13. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003(1):CD001055.
14. 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.

15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Smoking cessation during pregnancy. *ACOG Educational Bulletin* September 2000; 260.

16. 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(Supp 3):80-84.

17. 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.

18. Kendrick JS, Zahniser SC, Miller, N, Salas N, Stine J, Gargiullo PM, Floyd RL, Spierto FW, Sexton M, Metzger RW, Stockbauer 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.

19. 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 PublicHealth* 1985;75(12):1389-1392.

20. Ershoff DH, Quinn VP, Mullen PD. Relapse prevention among women who stop smoking early in pregnancy: a randomized clinical-trial of a self-help intervention. *American Journal of Preventive Medicine* 1995;11(3):178-184.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. 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.

25. Rigotti NA, Quinn VP, Stevens, VJ, Solberg LI, Hollis JF, Rosenthal AC, Zapka JG, France E, Gordon N, Smith S, Monroe M. Tobacco-control policies in 11 leading managed cared organizations: progress and challenges. *Effective Clinical Practice* 2002;5(3):130-136.