



Tabac

PORTAIL D'INFORMATION PÉRINATALE

AUTEURES 2011 et 2016

Sylvie Lévesque, INSPQ
Michèle Tremblay, INSPQ

COLLABORATRICES 2011 et 2016

Ann Royer, Université Laval
Claire Jutras, DSP des Laurentides

CHARGÉE DE PROJET

Pascale Turcotte, INSPQ

SOUS LA COORDINATION DE

Jean-François Labadie, INSPQ

MISE EN PAGE ET RELECTURE

Sophie Michel, INSPQ
Anouk Sugàr, INSPQ

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Un comité scientifique assure la rigueur et le consensus des pratiques. Il est composé de représentants des organisations suivantes :

Association des obstétriciens et gynécologues du Québec

Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;

Ordre des pharmaciens du Québec

Ordre professionnel des diététistes du Québec

Ordre des psychologues du Québec

Ordre des sages-femmes du Québec

Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec

Protocoles infirmiers pour l'intervention téléphonique
Info-Santé

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

COMITÉ DE VALIDATION

Un comité de validation assure la pertinence du contenu pour les intervenants et les professionnels en périnatalité.

L'utilisation des fiches par les professionnelles et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux du Québec est autorisée aux conditions prévues dans la page « Reproduction et droits d'auteurs » du Portail d'information prénatale, à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/a-propos/reproduction-et-droits-d-auteurs>.

Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec, qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php> ou en écrivant un courriel à droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Table des matières

1	Au sujet du tabagisme pendant la période périnatale	3
1.1	Définir le tabagisme	3
1.2	Quelques chiffres	3
2	Qui est plus susceptible de fumer?.....	3
3	Conséquences possibles sur la santé	4
3.1	Conséquences pour la femme enceinte	4
3.2	Conséquences pour la grossesse	4
3.3	Conséquences pour l'enfant.....	5
3.4	Pistes d'explication.....	5
4	Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement	6
4.1	Conséquences possibles pour la santé.....	6
4.1.1	Conséquences pour la femme enceinte	6
4.1.2	Conséquences pour la grossesse	7
4.1.3	Conséquences pour l'enfant.....	7
4.2	Réduction de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement	7
5	Modifier la consommation tabagique : ce qu'il faut savoir.....	8
5.1	Réduction des méfaits	8
5.2	Sevrage.....	8
5.3	Pharmacothérapie.....	10
5.3.1	Thérapies de remplacement de la nicotine.....	10
5.3.2	Bupropion et varénicline	11
5.3.3	Que peut prendre la femme enceinte ou allaitante?	11
5.3.4	Cigarette électronique.....	12
5.3.5	Cigarette électronique et femmes enceintes	13
5.4	Rechute.....	14
5.5	Environnement social.....	14
6	Tabagisme et allaitement.....	15
7	Diriger vers des ressources.....	15
8	Pour accompagner les parents	16
9	Ressources et liens utiles	18
10	Lexique	21
11	Références.....	23
Annexe 1	Tabagisme et pathologie périnatales	29
Annexe 2	Prise de poids – Reconnaître une vraie faim.....	35
Annexe 3	Intervention individuelle en arrêt tabagique.....	39

1 Au sujet du tabagisme pendant la période périnatale

1.1 Définir le tabagisme

Le tabagisme pendant la période périnatale réfère à la consommation de produits du tabac durant la grossesse et la période post-partum. L'exposition de la femme enceinte et de l'enfant à la fumée de tabac dans l'environnement au cours de cette période est également abordée dans cette fiche.

1.2 Quelques chiffres

Selon l'*Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité* menée en 2006-2007 (1) :

- une femme québécoise sur dix aurait fumé lors des trois derniers mois de sa grossesse;
- une femme sur cinq aurait fumé avant la grossesse ou avant d'apprendre qu'elle était enceinte;
- une femme sur cinq aurait vécu avec un fumeur pendant sa grossesse, ce qui l'a possiblement exposée à la fumée de tabac;
- près d'une femme sur deux qui ne fumait plus au cours du troisième trimestre aurait recommencé à fumer après l'accouchement.

L'usage réel du tabac pourrait être plus grand que ce qu'indiquent ces données. En effet, selon plusieurs auteurs, la stigmatisation sociale entourant le tabagisme durant la grossesse inciterait plusieurs femmes à ne pas parler de leur usage de tabac (1-4).

Enfin, une étude américaine menée en 2010 indique que parmi différentes substances consommées avant la grossesse comme l'alcool, le tabac ou les drogues, le tabac est celle qui risque le plus d'être encore consommée durant la grossesse (5).

2 Qui est plus susceptible de fumer?

Certaines femmes sont plus susceptibles de fumer lors de leur grossesse. Les facteurs ci-dessous seraient associés à une plus grande prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes (1, 2, 4, 6-10) :

- le jeune âge, particulièrement entre 15 et 24 ans;
- la multiparité : les femmes sont plus susceptibles de fumer durant leurs grossesses subséquentes que pendant leur première grossesse;
- un bas niveau de scolarité;
- un faible niveau de revenu;
- un haut niveau de dépendance au tabac : les femmes qui fument plus de 20 cigarettes par jour sont beaucoup plus susceptibles de continuer à fumer que celles qui en fument moins de 5 par jour;
- un niveau élevé de stress ou une dépression;
- la cohabitation avec des fumeurs, dont le conjoint;
- la consommation d'alcool ou de drogues;
- le fait de vivre ou d'avoir vécu de la violence conjugale.

3 Conséquences possibles sur la santé

On peut être tenté de croire que les futurs parents connaissent bien les effets du tabagisme sur la santé de la mère et du bébé. Pourtant, certaines études démontrent le contraire (11). Les femmes savent que fumer est dommageable pour leur santé et celle de leur bébé à naître, mais elles ignorent les effets précis du tabagisme et comment ils se produisent. Les prochaines pages expliquent ces conséquences.

Précisons d'abord qu'il est **recommandé de ne pas fumer du tout durant la grossesse**. En effet, on ne peut pas affirmer que si la femme enceinte fume moins d'une certaine quantité de cigarettes par jour, cela correspond à un seuil sécuritaire ne présentant aucun risque pour la santé de l'enfant à naître.

3.1 Conséquences pour la femme enceinte

Chez les femmes enceintes, comme dans le reste de la population, l'usage de tabac augmente les risques de présenter (3) :

- des problèmes respiratoires;
- des problèmes cardiovasculaires;
- différents types de cancers.

3.2 Conséquences pour la grossesse

Le tabagisme réduit la concentration plasmatique de certaines vitamines, notamment de folate, de vitamine B6 et de vitamine C (12). Or, ces nutriments sont essentiels à la santé de la femme enceinte, car ils renforcent son système immunitaire et contribuent au développement du bébé à naître. Notons cependant que l'effet du tabac est rapidement réversible, et que les concentrations de vitamines augmentent après seulement quelques jours d'arrêt tabagique (12).

Comparativement à une femme qui ne fume pas, une femme qui fume durant sa grossesse est plus à risque (3, 7, 13–17) :

- de vivre un avortement spontané;
- d'avoir une grossesse ectopique;
- de présenter un placenta prævia;
- d'avoir un décollement du placenta;
- d'avoir une rupture prématurée des membranes;
- d'accoucher de façon prématurée, c.-à-d. avant la 37^e semaine (l'accouchement prématuré est la principale cause de mortalité et de morbidité chez les nouveau-nés);
- d'avoir un bébé présentant un retard de croissance intra-utérin;
- de vivre une mortinaissance ou une mortalité néonatale.

3.3 Conséquences pour l'enfant

Les bébés nés de mères qui ont fumé pendant leur grossesse sont plus à risque (3, 14, 16, 18) :

- de présenter un faible poids à la naissance^a, c'est-à-dire de naître avec un poids inférieur à 2,5 kg ou 5,5 livres, ce qui augmente le risque de problèmes pour la santé et le développement;
- d'avoir un poids inférieur en moyenne de 200 à 300 grammes au poids de bébés nés de mères non fumeuses. Cet effet est dose-dépendant : chez les mères fumant plus de 20 cigarettes par jour, le poids du bébé a environ 450 grammes de moins, tandis que chez les femmes fumant moins de 5 cigarettes par jour, il a environ 100 grammes de moins;
- de succomber au syndrome de mort subite du nourrisson.

La consommation maternelle de tabac durant la grossesse pourrait aussi avoir une influence à plus long terme sur l'enfant. Ainsi, l'enfant dont la mère a fumé durant la grossesse serait plus susceptible de présenter (3, 19–22) :

- un tempérament difficile;
- des difficultés d'apprentissage et des troubles du langage, possiblement liés à un dérèglement du processus auditif;
- un trouble de déficit de l'attention et d'hyperactivité (TDAH);
- des troubles du comportement;
- de l'asthme;
- une consommation de produits du tabac et de drogues.

3.4 Pistes d'explication

In utero, le fœtus est exposé aux substances chimiques de la fumée de tabac, dont la nicotine et le monoxyde de carbone, par passage transplacentaire. Cela peut se produire par inhalation directe, lorsque la femme enceinte fume, ou par inhalation indirecte, lorsque la femme est exposée à la fumée de tabac dans son environnement.

On ne comprend pas très bien les mécanismes précis par lesquels le tabagisme est nuisible au fœtus, mais il existe différentes pistes d'explication (3, 4, 23) :

- Le **monoxyde de carbone** se lie à l'hémoglobine, réduisant la capacité du sang à transporter l'oxygène. Il y a alors une diminution de la concentration d'oxygène (hypoxie) dans les tissus fœtaux. Cette hypoxie contribuerait au retard de croissance du fœtus.
- La **nicotine** est la substance responsable de la dépendance. Elle provoque une constriction des vaisseaux sanguins de l'utérus et du placenta, réduisant la circulation du sang vers le placenta et diminuant la quantité d'oxygène et d'éléments nutritifs qui se rendent au fœtus. Le lien entre ce mécanisme et le retard de croissance du fœtus a été suggéré, mais est remis en question.

^a Pour plus de détails sur les naissances de bébés de faible poids, consulter la fiche de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) sur ce sujet, en visitant le https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/f001_naissances_de_faible_poids.pdf.

- La **nicotine** pourrait interférer avec le développement normal du cerveau chez le fœtus, entraînant une réduction du nombre de cellules et la présence de lésions cellulaires dans des aires précises du cerveau.
- Certains **composés chimiques** de la fumée de tabac réduiraient la concentration de vitamine C dans le sang, nécessaire à la synthèse du collagène, augmentant ainsi le risque de rupture prématurée des membranes. La concentration de **folate** est aussi diminuée chez les femmes enceintes qui fument (pour plus d'information sur l'importance des folates pour la femme enceinte, voir la rubrique « L'acide folique » dans la fiche *Alimentation et gain de poids*).

Le tableau de l'annexe 1 présente des éléments d'information sur les risques du tabagisme associés à différentes pathologies rencontrées durant la période périnatale, de même que des pistes d'explication avancées par les chercheurs.

4 Exposition à la fumée de tabac dans l'environnement

La fumée de tabac dans l'environnement est un produit complexe qui regroupe plus de 7000 composés chimiques générés lorsque la cigarette brûle (24). Ces composés peuvent être présents dans l'air de la maison, mais aussi dans la poussière et sur diverses surfaces, et ce, même si les cigarettes ont été fumées des jours ou des semaines auparavant (25).

Il a été démontré que (26) :

- la fumée de tabac se répand d'une pièce à l'autre, même si la porte est fermée;
- les systèmes de ventilation dans la cuisine ou la salle de bain ne sont pas efficaces pour éliminer la fumée de tabac; ils sont conçus pour limiter l'accumulation de monoxyde de carbone et réduire l'odeur de la fumée;
- ouvrir une fenêtre dans une pièce ou dans une voiture n'est pas suffisant pour éliminer la fumée; d'ailleurs, le fait d'ouvrir la fenêtre peut entraîner un courant de retour de l'air et faire revenir la fumée;
- fumer dans un espace restreint, comme une voiture, augmente énormément la concentration de substances chimiques nocives produites par la fumée de tabac (27).

4.1 Conséquences possibles pour la santé

4.1.1 CONSÉQUENCES POUR LA FEMME ENCEINTE

Chez les femmes enceintes comme dans l'ensemble de la population, la fumée de tabac dans l'environnement augmente les risques de présenter (28) :

- des problèmes respiratoires;
- des problèmes cardiovasculaires;
- différents types de cancers.

4.1.2 CONSÉQUENCES POUR LA GROSSESSE

Les femmes enceintes qui ne fument pas mais qui sont exposées à la fumée de tabac durant leur grossesse ont un risque légèrement accru :

- d'avoir un bébé de faible poids à la naissance, c.-à-d. d'un poids inférieur à 2,5 kg ou 5,5 livres (28).
- d'avoir un bébé dont le poids est inférieur de 60 grammes en moyenne au poids des bébés de mères non exposées à la fumée de tabac (29).

4.1.3 CONSÉQUENCES POUR L'ENFANT

Les effets de la fumée de tabac dans l'environnement sont plus nocifs chez les enfants que chez les adultes. En effet, puisque leurs poumons sont en pleine croissance et de plus petite taille que ceux d'un adulte, les enfants respirent plus rapidement et inhalent davantage de substances chimiques nocives (26).

Durant les premières années de vie, les enfants passent beaucoup de temps à l'intérieur de la maison, et sont très souvent près de leurs parents ou des proches qui en ont la responsabilité. Ainsi, quand ces personnes fument, les enfants sont à proximité de la fumée de tabac dégagée. De plus, les jeunes enfants qui rampent, jouent sur le sol et portent fréquemment leurs mains et des objets à leur bouche sont exposés aux substances toxiques libérées par la fumée de tabac qui se déposent dans la poussière, sur le sol, les tissus, les vêtements, les objets et les meubles environnants (25).

Comparé à un enfant qui vit dans un environnement sans fumée, un enfant exposé à la fumée de tabac est plus susceptible de présenter (14, 28) :

- le syndrome de mort subite du nourrisson : tout comme le tabagisme maternel durant la grossesse, l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement constitue un des principaux facteurs de risque connus du syndrome de mort subite du nourrisson;
- des infections de l'oreille, dites otites moyennes;
- de l'asthme;
- des infections respiratoires, comme la pneumonie et la bronchite.

4.2 Réduction de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement

Pour la santé de la femme enceinte et celle de l'enfant à naître, il est recommandé de ne pas exposer la femme enceinte à la fumée de tabac. L'application d'une interdiction de fumer dans la maison permet de réduire l'exposition aux substances toxiques de la fumée de tabac (25).

À titre d'exemple, voici quelques règles qui pourraient être instaurées (26, 30) :

- les occupants et les visiteurs ne doivent fumer aucun produit du tabac dans la maison;
- l'endroit désigné pour fumer doit être éloigné de la maison;
- les portes et les fenêtres de la maison doivent être fermées lorsque quelqu'un fume à l'extérieur.

En novembre 2015, le gouvernement du Québec adoptait plusieurs mesures en vue de renforcer la loi actuelle sur le tabac, dont une interdiction de fumer en voiture en présence de jeunes de moins de

16 ans. Étant donné que les substances chimiques nocives contenues dans la fumée du tabac persistent longtemps dans un habitacle fermé comme celui d'une automobile, il serait avisé de s'abstenir en tout temps d'y fumer.

5 Modifier la consommation tabagique : ce qu'il faut savoir

La femme enceinte qui veut cesser de fumer doit le faire en premier lieu pour elle, ce qui aura aussi un effet sur la santé de son bébé. Notons que la motivation pour cesser de fumer peut changer au cours de la grossesse (4); par exemple, elle peut s'intensifier lorsque la femme sent le fœtus bouger.

Pour certaines femmes, le processus de renoncement au tabac peut s'avérer plus difficile en raison de conditions socioéconomiques précaires, parce que le tabagisme n'est pas leur unique préoccupation de santé durant leur grossesse ou encore parce qu'elles sont très dépendantes au tabac (4). Arrêter de fumer peut également représenter un défi lorsque le conjoint de la femme enceinte fume.

Renoncer au tabac représente un défi personnel pour les futurs parents. Pour plusieurs d'entre eux, la grossesse constitue une occasion d'arrêter de fumer (11, 31, 32), notamment en raison des torts possibles causés à la santé du bébé par la fumée de tabac. Il importe cependant de considérer le tabac comme une dépendance à vaincre pour soi-même, et pas seulement lors de la grossesse ou pour la santé du bébé à naître.

5.1 Réduction des méfaits

Ce ne sont pas toutes les femmes qui pourront ou qui voudront arrêter complètement de fumer lors de leur grossesse. Certaines viseront simplement à réduire le nombre de cigarettes fumées chaque jour. Il est important de réaliser, toutefois, que les femmes enceintes qui choisissent de réduire leur consommation de tabac plutôt que de cesser de fumer complètement ont tendance à modifier leur façon de fumer afin de combler leurs besoins de nicotine. Ainsi, elles peuvent prendre plus de bouffées, inhaler plus profondément et fumer complètement leurs cigarettes (33). Cela les amène à absorber à peu près la même quantité de substances toxiques et induit un sentiment de sécurité trompeur.

5.2 Sevrage

Lorsqu'une personne cesse de fumer, elle ressent habituellement des symptômes de sevrage dus à l'absence de nicotine, la substance chimique responsable de la dépendance. Voici certains de ces symptômes :

- forte envie de fumer;
- irritabilité, frustration, colère;
- anxiété, fièvre;
- humeur dépressive;
- difficultés de concentration;
- insomnie;
- augmentation de l'appétit (34).

Ces symptômes apparaissent au cours des 24 premières heures suivant le renoncement au tabac, avec un pic d'intensité au cours de la première semaine. Puis, ils diminuent en intensité sur une période d'environ deux ou trois semaines. Pour des fumeurs très dépendants, les symptômes peuvent être plus sévères et durer plus longtemps. En plus des symptômes de sevrage, certains ex-fumeurs peuvent ressentir d'autres effets associés à l'arrêt tabagique, comme la toux ou la constipation. Le tableau 1 présente les principaux symptômes associés au renoncement au tabac, leur durée et des moyens pour les surmonter.

Tableau 1 Principaux symptômes associés à l'arrêt tabagique et moyens de les surmonter (35–38)

Symptômes	Durée	Actions à entreprendre
Forte envie de fumer	Environ 2 semaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se rappeler qu'une forte envie de fumer dure environ de 2 à 3 minutes. ▪ Inspirer profondément et lentement. ▪ Se concentrer sur l'objectif que l'on poursuit, c.-à-d. cesser de fumer pour préserver sa santé et celle de son bébé. ▪ Tenter de se changer les idées, faire quelque chose que l'on aime, s'éloigner de la situation qui cause la forte envie, etc. ▪ Planifier une activité qui remplacera l'acte de fumer : marcher, faire du sport, du tricot, du yoga, etc.
Irritabilité, frustration, colère, anxiété, fébrilité	Environ 4 semaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se répéter que c'est normal d'éprouver ces sentiments. ▪ Demander aux gens qui nous entourent d'être compréhensifs. ▪ Pratiquer une technique de relaxation ou de méditation. ▪ Faire des activités que l'on aime, s'organiser pour rire le plus souvent possible.
Humeur dépressive	Environ 4 semaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chercher du soutien auprès des proches et des professionnels de la santé. ▪ Pratiquer une technique de relaxation ou de méditation. ▪ Faire des activités qui font vraiment plaisir.
Difficultés de concentration	Environ 2 semaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planifier ses activités en conséquence. ▪ Prévoir plusieurs pauses lors de tâches qui exigent de la concentration. ▪ Éviter un surplus de stress durant les premières semaines.

Tableau 1 Principaux symptômes associés à l'arrêt tabagique et moyens de les surmonter (suite)

Symptômes	Durée	Actions à entreprendre
Insomnie	Jusqu'à 3 semaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Éviter de prendre des excitants (café, cola, thé, chocolat, boissons énergisantes). ▪ Faire une marche après le repas. ▪ Pratiquer une technique de relaxation. ▪ Prendre un bain, boire un verre de lait, regarder un film drôle. ▪ Éviter les écrans (cellulaires, ordinateurs, tablettes et téléviseurs) au moins 1 heure avant le coucher.
Augmentation de l'appétit	Quelques semaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se demander s'il s'agit vraiment de la faim ou plutôt l'envie d'avoir quelque chose dans la bouche (voir annexe 2). ▪ Occuper ses mains et sa bouche. ▪ Grignoter souvent, mais en petites quantités, des fruits ou des légumes. ▪ S'assurer de consommer une source de protéines à chaque repas. ▪ Boire beaucoup d'eau. ▪ Bouger plus. Voir la fiche <i>Activité physique et de mieux-être</i>. ▪ Discuter avec le professionnel de la santé qui suit la grossesse en cas de préoccupation par rapport au gain de poids gestationnel et consulter une nutritionniste au besoin.
Toux	3 à 4 semaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Boire beaucoup d'eau pour faciliter l'expectoration du mucus.
Constipation	3 à 4 semaines	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consommer des aliments à grains entiers, des légumes et des fruits, des noix, des graines et des légumineuses. ▪ Boire beaucoup d'eau. ▪ Faire de l'activité physique. Voir la fiche <i>Activité physique et de mieux-être</i>.

5.3 Pharmacothérapie

Les aides pharmacologiques permettent d'atténuer les symptômes de sevrage lors du renoncement au tabac. Elles se divisent en deux catégories de médicaments :

- 1) les thérapies de remplacement de la nicotine;
- 2) le bupropion et la varénicline.

5.3.1 THÉRAPIES DE REMPLACEMENT DE LA NICOTINE

Les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) utilisent des produits pharmacologiques qui libèrent suffisamment de nicotine dans le sang pour permettre au fumeur de contrôler ses symptômes de sevrage lors de l'arrêt tabagique. Les TRN contiennent toutefois des quantités de nicotine plus faibles qu'une cigarette et ne créent pas de dépendance. Et surtout, elles ne

comprennent pas toutes les substances présentes dans la fumée de tabac (39). Les TRN regroupent les produits suivants :

- le timbre transdermique de nicotine, ou *patch*, qu'on colle à la peau;
- la gomme de nicotine;
- la pastille de nicotine;
- l'inhalateur de nicotine, qui ressemble à une cigarette en plastique;
- le vaporisateur buccal de nicotine.

Dans le cas du timbre, la nicotine est absorbée par la peau, alors que pour la gomme, la pastille, l'inhalateur et le vaporisateur, la nicotine est absorbée par les muqueuses de la bouche.

5.3.2 BUPROPION ET VARÉNICLINE

Le bupropion (commercialisé sous le nom de Zyban^{MD}) est un médicament initialement conçu pour traiter la dépression. Il ne contient pas de nicotine, et accroît l'aptitude des gens à s'abstenir de fumer en diminuant l'envie de fumer et en atténuant les symptômes de sevrage. Il agit sur les neurotransmetteurs du système nerveux central, mais son mécanisme d'action précis n'est pas bien compris (39).

La varénicline (commercialisée sous le nom de Champix^{MD}) a deux actions : 1) elle agit comme la nicotine, ce qui aide à soulager les symptômes de sevrage; 2) elle agit contre la nicotine en prenant sa place, ce qui permet de réduire les effets de plaisir liés au tabagisme et donc de diminuer l'envie de fumer (39).

5.3.3 QUE PEUT PRENDRE LA FEMME ENCEINTE OU ALLAITANTE?

Peu d'études rigoureuses ont évalué l'innocuité et l'efficacité de la pharmacothérapie chez les femmes enceintes (40). La plus récente revue Cochrane publiée sur le sujet, en décembre 2015, recense huit études randomisées avec groupe témoin sur les TRN, une seule sur le bupropion (faible échantillon) et aucune sur la varénicline (6).

Selon cette recension d'études, l'utilisation de la TRN augmenterait les taux de renoncement au tabac en fin de grossesse d'environ 40 % (6). Toutefois, lorsque les trois études comportant des groupes témoins sans placebo sont exclues de l'analyse, cette augmentation serait de l'ordre de 28 % et serait tout juste significative. Les auteurs font état d'un faible taux d'observance au traitement. Par ailleurs, lorsqu'on compare les femmes enceintes ayant pris une TRN à celles des groupes témoins, ces études ne permettent pas d'observer une plus grande proportion de complications telles que l'avortement spontané, l'accouchement prématuré, le bébé de faible poids ou l'admission en unité néonatale intensive.

Malgré le manque de données concluantes, le Canada, l'Angleterre et l'Australie ont publié des lignes directrices qui convergent quant à l'utilisation de la pharmacothérapie chez les femmes enceintes. Ainsi, la femme enceinte qui ne réussit pas à cesser de fumer sans médication pourrait envisager, dans un deuxième temps, le recours à une TRN de courte durée d'action (gomme, pastille, inhalateur ou vaporisateur) (41–43). En effet, bien que la femme enceinte et son bébé soient exposés à de la nicotine lors de la prise de TRN, ils le sont à des quantités moindres que si la femme continue à fumer. Et surtout, ils ne sont pas exposés aux nombreuses substances nocives se trouvant dans la fumée de tabac (6, 23).

Le tableau 2 présente les différentes options pour la femme enceinte ou allaitante qui souhaite cesser de fumer.

Tableau 2 Pharmacothérapie chez les femmes enceintes ou allaitantes (41–44)

	Recommandations	Commentaires
1^{er} choix	Cesser de fumer sans avoir recours à la pharmacothérapie.	
2^e choix	Pour les femmes enceintes ou qui allaitent ne parvenant pas à cesser de fumer sans aide pharmacologique, les doses intermittentes de TRN (gomme, pastille, inhalateur ou vaporisateur) seraient préférables aux doses continues comme le timbre.	Conseils à la femme qui utilise une TRN : <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'abstenir de fumer des cigarettes, puisqu'elle consommerait alors une dose plus élevée de nicotine; ▪ Retirer le timbre de nicotine la nuit.

La varénicline et le bupropion ne sont pas recommandés, que ce soit lors de la grossesse ou de l'allaitement, étant donné le manque de données à propos de leur innocuité et de leur efficacité (40, 43, 44).

Les professionnels peuvent consulter le centre IMAGE du CHU Sainte-Justine pour obtenir de l'information supplémentaire sur la pharmacothérapie lors de la grossesse ou de l'allaitement (voir Onglet « Ressources et liens »).

5.3.4 CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

La cigarette électronique est un produit muni d'une pile et d'un microprocesseur qui diffuse une solution liquide sous forme d'aérosol que l'utilisateur inhale puis expire. La solution liquide est composée principalement de propylène-glycol, de glycérol et d'arômes. Le liquide peut aussi inclure de la nicotine (45).

Au Canada, les cigarettes électroniques avec nicotine, les cartouches de solution de nicotine et les produits connexes relèvent de la Loi sur les aliments et drogues. Une autorisation doit être obtenue de Santé Canada pour la mise en marché de ces produits, après l'analyse des données scientifiques démontrant leur innocuité et leur efficacité. Étant donné qu'aucun de ces produits n'a reçu d'autorisation de mise en marché jusqu'à présent, la vente de la cigarette électronique avec nicotine est interdite au Canada. Ainsi, la cigarette électronique actuellement vendue au Canada n'est soumise à aucune norme de fabrication, d'étiquetage, ni de contrôle de la qualité.

Apparue sur le marché mondial depuis un peu plus de 10 ans, la cigarette électronique est l'objet de grandes controverses au sein de la communauté scientifique. En effet, en raison du nombre limité d'études rigoureuses, il est impossible (46) :

- d'estimer les effets sur la santé d'une exposition à long terme à l'aérosol de la cigarette électronique;
- de connaître son efficacité comme aide à l'arrêt tabagique;
- de statuer sur le risque que présente la cigarette électronique dans l'initiation des jeunes au tabac;

- de recommander une marque en particulier de cigarette électronique ou de liquide (il y en a des centaines).

Toutefois, selon des études récentes :

- la cigarette électronique serait beaucoup moins dommageable pour la santé des fumeurs que la cigarette de tabac (47–49);
- l'utilisation de la cigarette électronique avec nicotine augmenterait les chances des fumeurs d'être abstinents du tabac après six mois comparativement à l'usage de modèles sans nicotine; les taux d'arrêt tabagique seraient similaires à ceux obtenus avec les timbres de nicotine (50);
- l'usage de la cigarette électronique avec nicotine serait associé à une réduction du nombre de cigarettes fumées (50).

Ainsi, utiliser la cigarette électronique avec nicotine dans le but d'arrêter ou de diminuer sa consommation de tabac (en vue d'un arrêt ultérieur) pourrait être une option à envisager pour les fumeurs.

Les recherches des prochaines années permettront de prouver si, effectivement, la cigarette électronique avec nicotine est efficace comme outil d'aide à l'arrêt tabagique. Nous serons aussi en mesure de savoir si la cigarette électronique est un produit qui incite les jeunes à devenir dépendants à la nicotine et aux produits du tabac. Entre-temps, le gouvernement du Québec a décidé d'assujettir la cigarette électronique aux dispositions de la Loi concernant la lutte contre le tabagisme, la rendant donc beaucoup moins accessible aux jeunes de moins de 18 ans (interdictions : de vente aux mineurs, d'étalage dans la plupart des points de vente, d'usage dans les lieux publics, de publicité, etc.).

5.3.5 CIGARETTE ÉLECTRONIQUE ET FEMMES ENCEINTES

À ce jour, aucune étude menée chez les femmes enceintes n'a permis de statuer sur l'innocuité et l'efficacité de la cigarette électronique (6). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) déconseille son utilisation chez les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer, en raison des conséquences possibles de la nicotine sur le développement du cerveau du fœtus (51).

Un avis d'experts à l'intention des professionnels de la santé, publié en 2014 par l'Office français de prévention du tabagisme, déconseille la cigarette électronique aux femmes enceintes (52). On recommande plutôt l'utilisation des produits de remplacement de la nicotine.

En Angleterre, on suggère aux professionnels de la santé de ne pas décourager l'utilisation de la cigarette électronique chez les femmes enceintes qui auraient choisi cette option, surtout si cela les aide à prévenir une reprise de l'usage du tabac (53).

L'inquiétude quant à l'usage de cigarettes électroniques contenant de la nicotine pendant la grossesse et l'allaitement s'apparente à celle qui est liée à la TRN. Toutefois, certaines substances aromatisantes se trouvant dans l'aérosol des cigarettes électroniques pourraient être associées à des dommages aux cellules souches embryonnaires (54), ce qui inviterait à être prudent quant à l'utilisation d'une cigarette électronique.

5.4 Rechute

Environ 25 % des femmes enceintes qui ont renoncé au tabac durant la grossesse rechuteront avant d'avoir accouché (4). Comme le troisième trimestre est crucial pour la prise de poids du bébé (28), la femme enceinte devrait être encouragée à cesser de fumer de nouveau et être soutenue dans une démarche de renoncement au tabac, tout comme les personnes de son entourage.

De plus, on estime que de 70 % à 90 % des mères qui cessent de fumer pendant la grossesse recommencent au cours de l'année suivant la naissance du bébé (4). Cela peut paraître étonnant, vu la longue période d'abstinence correspondant à la durée de la grossesse. Certains chercheurs avancent comme explication que les efforts de renoncement au tabac des femmes enceintes sont essentiellement motivés par un facteur externe, le bien-être du fœtus ou du bébé (4).

Plusieurs facteurs prédisposent à la rechute, comme les difficultés liées à la naissance de l'enfant, les situations de stress, les problèmes de couple, la présence d'un conjoint fumeur, la dépression post-partum, l'absence de soutien social, la décision de ne pas allaiter ou de sevrer rapidement son bébé, la consommation d'alcool et la prise de poids (4, 14, 55).

Pour diminuer les risques de rechute, la femme peut utiliser des stratégies en cas de stress ou d'envie de fumer, comme :

- le soutien d'un membre de l'entourage;
- des façons de relaxer ou de faire passer l'envie;
- la pratique d'activités physiques;
- le recours à des aides pharmacologiques;
- l'aide de diverses ressources, par exemple un suivi en personne dans un centre d'abandon du tabagisme (CAT), du soutien par téléphone (ligne j'Arrête : 1 866 527-7383) ou par messages textes (l'inscription se fait en visitant le SMAT.ca).

5.5 Environnement social

Les gestes du ou de la partenaire et de l'entourage peuvent être très encourageants pour la femme enceinte qui essaie d'arrêter de fumer. En effet, certains hommes fumeurs encouragent les tentatives de renoncement au tabac de leurs conjointes enceintes fumeuses en diminuant leur propre consommation de tabac en leur présence ou en allant fumer à l'extérieur. Il est vrai cependant que chez certains couples, les cigarettes partagées représentent des moments d'intimité qu'il ne faut pas négliger; ces couples pourront être invités à imaginer des rituels de remplacement, qu'ils pourront intégrer à leur routine quotidienne.

Il ne faut pas présumer que toutes les femmes sont capables ou ont la possibilité de discuter de leur consommation de tabac avec leur partenaire ou leur entourage sans risquer de créer des conflits (56). Certains hommes réproouvent le fait que leurs conjointes enceintes continuent à fumer, ce qui provoque davantage de conflits au sein des couples (4). C'est pourquoi certains chercheurs et organismes suggèrent d'intervenir directement auprès du conjoint et des autres membres de la famille fumeurs, séparément de la femme enceinte (40, 57).

6 Tabagisme et allaitement

L'allaitement maternel est le mode d'alimentation optimal suggéré pour tous les nourrissons (14), et ce, même si la mère fume. Bien que les substances chimiques de la fumée de tabac passent dans le lait maternel (58, 59), l'effet protecteur d'un allaitement maternel de longue durée surpasse les méfaits du tabagisme (60, 61).

Pour contribuer à réduire l'exposition du nourrisson aux substances de la fumée de tabac, il est suggéré de suivre les précautions suivantes :

- ne pas fumer durant la tétée, afin de minimiser l'exposition du nourrisson à la nicotine et à la fumée de tabac;
- fumer après avoir donné le sein et, idéalement, attendre de deux à trois heures avant la tétée suivante pour permettre à la plus grande partie des substances toxiques de la fumée de tabac qui se trouvent dans le lait maternel de s'éliminer (14, 41, 62). Cependant, si le bébé manifeste des signes de faim avant la fin de cette période, la mère est encouragée à allaiter plutôt que de le faire attendre;
- envisager le recours à une TRN, ce qui exposerait le nourrisson uniquement à de la nicotine, et ce, en quantité moindre que si la mère continue à fumer (23).

7 Diriger vers des ressources

Au Québec, il existe plusieurs ressources gratuites pour soutenir les fumeurs dans leur démarche d'abandon du tabac :

- plusieurs centres d'abandon du tabagisme (CAT), qui offrent des services individuels et de groupe;
- une ligne téléphonique offrant du counseling personnalisé;
- un site Internet interactif;
- un service de soutien par messages textes (l'inscription se fait en visitant le smat.ca).

Les professionnels sont encouragés à diriger les femmes enceintes ou leurs conjoints fumeurs qui le souhaitent vers ces ressources spécialisées, qui pourront leur offrir une évaluation et un suivi appropriés.

Plusieurs études rigoureuses ont démontré que l'intervention psychosociale qui vise à soutenir la femme enceinte dans une démarche de renoncement au tabac est efficace (63). Tout professionnel qui accompagne une femme enceinte durant sa grossesse doit donc s'enquérir de son usage de tabac, lui conseiller de cesser de fumer et lui offrir du soutien.

Pour obtenir les liens vers les ressources gratuites mentionnées ci-dessus et pour se familiariser avec l'intervention individuelle en arrêt tabagique, les professionnels sont invités à consulter la section « Ressources et liens utiles », où des lectures complémentaires sont proposées, de même que l'annexe 3, qui présente une démarche d'intervention auprès de la femme enceinte.

8 Pour accompagner les parents



Voici quelques questions qui peuvent vous permettre d'accompagner les futurs parents dans leur préparation. Les questions sont formulées simplement afin d'explorer avec les futures mères et les futurs pères, leurs connaissances et leurs préoccupations dans le contexte d'un suivi individuel ou lors d'une rencontre prénatale de groupe. Elles sont suivies de quelques pistes de réponses pour compléter l'information dont ils ont besoin. Il est à noter que cette section ne constitue pas un résumé de la fiche.

Selon vous, quelles sont les recommandations concernant le tabac pendant la grossesse?

Il est recommandé de ne pas fumer de tabac durant la grossesse. Le tabac peut nuire à la grossesse et affecter la santé du bébé, en augmentant, entre autres, le risque de retard de croissance, d'accouchement prématuré et de syndrome de mort subite du nourrisson.

Aucune quantité de cigarettes n'est sécuritaire pendant la grossesse. Plus la femme enceinte fume, plus grands sont les risques pour la santé du bébé. C'est pourquoi le fait de ne pas fumer du tout pendant la grossesse protège le plus possible la santé du bébé.

Quelles sont les recommandations quant à l'exposition à la fumée de tabac pendant la grossesse?

Il est recommandé aux femmes enceintes de ne pas s'exposer à la fumée de tabac des gens qui fument. Le fait d'être exposée à la fumée de tabac dans l'environnement peut avoir des effets négatifs sur la grossesse et sur la santé du bébé.

Ne pas exposer la femme enceinte à cette fumée est le meilleur moyen de protéger sa santé et celle de son bébé. Si des gens dans l'entourage de la femme enceinte fument, il serait préférable qu'ils ne le fassent pas en sa présence, ni dans la maison ou la voiture, mais qu'ils choisissent plutôt un endroit à l'extérieur, à l'écart et éloigné.

De quelles informations avez-vous besoin concernant la cessation tabagique pendant la grossesse?

Pour la santé de la femme enceinte et celle de son bébé, il est conseillé de cesser de fumer sans aide pharmacologique. Les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN), sous forme de timbre, gomme, pastille, inhalateur ou vaporisateur buccal, contiennent de la nicotine. Elles ne sont pas conseillées pendant la grossesse car le bébé serait exposé à la nicotine contenue dans ces produits.

Toutefois, si la femme enceinte n'arrive pas à arrêter de fumer sans médicament, elle peut utiliser les TRN, car la quantité de nicotine que l'on y trouve est plus faible que celle qui est contenue dans la fumée de tabac. Et surtout, cela permet de protéger la santé de la femme enceinte et celle de son bébé des 7000 composés chimiques contenus dans la fumée de tabac que l'on ne trouve pas dans les TRN. Il est conseillé à la femme enceinte de consulter un professionnel de la santé si elle souhaite les utiliser.

Quant à la cigarette électronique, nous ignorons si elle est un outil d'aide à l'arrêt tabagique efficace et sécuritaire. Comme c'est un produit récent, il n'y a pas suffisamment d'études sérieuses pour qu'il soit possible de recommander son utilisation chez les femmes enceintes.

Quels sont vos besoins de soutien pour arrêter de fumer?

La femme enceinte est encouragée à demander de l'aide si elle veut cesser de fumer. Puisqu'arrêter de fumer est souvent difficile, être accompagnée ou soutenue durant ce processus facilite les choses.

Le ou la partenaire, la famille ou les amis peuvent aider et encourager la femme enceinte à arrêter de fumer, leur soutien est précieux! Si le ou la partenaire fume aussi, il ou elle pourrait essayer d'arrêter en même temps.

Les futurs parents sont encouragés à demander l'aide de ressources spécialisées qui ont déjà aidé beaucoup de personnes dans cette situation. Les futurs parents peuvent être accompagnés dans cette démarche.

Selon vous, quelles sont les recommandations concernant le tabac pendant l'allaitement?

Même si la mère fume, il lui est recommandé d'allaiter son bébé. L'allaitement est le meilleur mode d'alimentation pour les bébés même si la mère fume, car les bienfaits de l'allaitement surpassent les méfaits du tabac sur la santé du bébé.

Pour que le lait contienne le moins possible de substances qui pourraient causer du tort au bébé, il est suggéré de prendre les précautions suivantes :

- ne pas fumer durant la tétée, pour ne pas exposer le bébé à la fumée de tabac;
- fumer après avoir donné la tétée, et, idéalement, attendre de deux à trois heures avant la tétée suivante pour permettre au corps d'éliminer la plus grande partie des substances toxiques de la fumée de tabac. Cependant, si le bébé a faim avant la fin de cette période, la mère peut l'allaiter plutôt que de le faire attendre;
- envisager le recours à une TRN, ce qui exposerait le bébé uniquement à de la nicotine, et ce, en quantité moindre que si la mère fume.

9 Ressources et liens utiles



Les adresses, noms d'organismes ou documents mentionnés dans cette section ont retenu l'attention des auteurs et collaborateurs de cette fiche en raison de leur pertinence. Toutefois, il ne s'agit nullement d'une liste exhaustive, et les contenus développés n'engagent ni la responsabilité des différents partenaires ni celle de l'Institut national de santé publique du Québec.

Ressources pour arrêter de fumer

Centres d'abandon du tabagisme (CAT)

Accessibles sans frais dans toutes les régions du Québec, les centres d'abandon du tabagisme offrent de l'accompagnement individuel ou de groupe, en personne ou par téléphone, à toute personne qui désire renoncer au tabac.

Pour savoir où se trouvent les centres : 1 866 JARRETE (1 866 527-7383) ou www.jarrete.qc.ca.

SMAT : Service de Messagerie texte pour Arrêter le Tabac

Service de messages textes pendant 24 semaines. Les personnes inscrites reçoivent régulièrement des messages textes offrant de l'information, des astuces et de l'encouragement pour arrêter de fumer. Elles peuvent aussi utiliser des mots-clés afin de recevoir du soutien momentané du SMAT lors de situations difficiles. Inscription gratuite au www.smat.ca.

Ligne téléphonique j'Arrête

Ligne gratuite d'information et de soutien : 1 866 JARRETE (1 866 527-7383).

Ligne téléphonique Poumon-9

Service gratuit d'aide à l'arrêt tabagique : 1 888 768-6669, poste 232.

Sites Internet pour arrêter de fumer

J'arrête

Site interactif pour s'aider à se libérer du tabac : www.jarrete.qc.ca (version anglophone aussi disponible : www.tobaccofreequebec.ca/iquitnow).

Défi J'arrête, j'y gagne!

Campagne de promotion de la santé à l'intention des personnes qui désirent cesser de fumer : www.defitabac.qc.ca.

Famille sans fumée

Site Internet offrant de l'information sur l'exposition à la fumée de tabac, des trucs et astuces pour ne pas fumer dans la maison et la voiture : www.famillesansfumees.ca.

Expecting to Quit

Site Internet du *Centre of Excellence for Women's Health* qui présente les meilleures pratiques de renoncement au tabac conçues pour les femmes enceintes ou en période postnatale. Disponible en anglais seulement : <https://bccewh.bc.ca/webinars-and-courses/courses/expecting-to-quit/>.

Santé Canada

Le site Internet de Santé Canada présente de l'information sur le tabagisme et les produits du tabac, l'étiquetage, les effets du tabagisme, la fumée de tabac dans l'environnement, la prévention et l'abandon du tabagisme : www.canada.ca/fr/services/sante/publications/vie-saine.html#tab

Pregnets

Site Internet ontarien qui offre de l'information à jour sur l'abandon du tabac chez les femmes enceintes. Financé par le ministère de la Santé de l'Ontario. Disponible en anglais seulement : www.nicotinedependenceclinic.com/en/pregnets.

National Health Service (NHS)

Le site Internet de ce ministère britannique sur le renoncement au tabac inclut une section spéciale sur l'usage du tabac chez la femme enceinte. On y trouve de l'information concernant l'effet du tabagisme sur la santé de la femme enceinte et de son enfant, de même que des témoignages de femmes enceintes ayant réussi à cesser de fumer. Disponible en anglais seulement : www.nhs.uk/smokefree/why-quit/smoking-in-pregnancy.

Sites Internet pour obtenir de l'information sur le tabagisme

Société canadienne du cancer

Organisme bénévole national dont la mission est l'éradication du cancer et l'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées par le cancer : www.cancer.ca/ (onglets « Prévention et dépistage », puis « Tabagisme et tabac »).

Association pulmonaire du Québec

Organisme sans but lucratif qui intervient dans le domaine de la santé respiratoire : www.poumonquebec.ca/.

Pour se renseigner davantage sur l'intervention individuelle

Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Cette direction régionale de santé publique met à la disposition des professionnels de la santé un outil d'aide à la pratique destiné aux professionnels de la santé et des services sociaux, intitulé Des professionnels actifs pour traiter le tabagisme et sa dépendance. Ce guide présente notamment les grandes lignes du counseling bref pour l'abandon du tabac : www.santemontreal.qc.ca/recherche/?q=tabac§ionField=section_professionnels

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

L'OIIQ a publié en 2006 un document d'orientation pour la pratique infirmière sur le counseling en abandon du tabac. On peut trouver ce document, Counseling en abandon du tabac. Orientations pour la pratique infirmière – Pour le bien-être et la santé des populations, à l'adresse suivante : www.inspq.qc.ca/tabagisme/lutte-contre-le-tabagisme/regards-sur-un-partenariat-fructueux

En 2016, l'OIIQ a publié la Directive clinique à l'intention de l'infirmière autorisée à prescrire une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN). Ce document est disponible à l'adresse suivante : www.oiiq.org/publications/repertoire/directive-clinique-therapie-remplacement-de-la-nicotine

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Le MSSS a publié en 2015 le Guide de pratiques visant à soutenir l'abandon du tabagisme à l'intention des conseillers en centres d'abandon du tabagisme et à la ligne j'Arrête.

On peut trouver ce guide à l'adresse suivante :

www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-006-02W.pdf

Ressources pour obtenir de l'information sur le traitement pharmacologique de la dépendance au tabac

Centre IMAGE

Le centre IMAGE (Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse) offre un service téléphonique d'information gratuit aux professionnels de la santé du Québec sur l'innocuité et les risques liés aux médicaments durant la grossesse et l'allaitement. Il est géré par des pharmaciennes du CHU Sainte-Justine ayant également une pratique clinique en périnatalogie. La deuxième édition du livre *Grossesse et allaitement : guide thérapeutique*, publiée en 2013 sous la direction de trois pharmaciennes de l'équipe, constitue un complément écrit exhaustif aux activités téléphoniques du centre IMAGE. Le site Web publie les actualités et offre principalement des capsules d'information et des résumés des articles les plus récents dans le domaine :

www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pharmacie/Centre-IMAGE

En tout temps, les messages peuvent être laissés sur la boîte vocale. Les appels sont retournés dans les plus brefs délais. Le centre IMAGE est accessible du lundi au vendredi de 9 h à 12 h et de 13 h à 16 h au 514 345-2333.

10 Lexique

Accouchement prématuré :

Accouchement qui se produit avant 37 semaines de grossesse.

Avortement spontané ou fausse couche :

Décès d'un embryon ou d'un fœtus qui survient au cours des 20 premières semaines de grossesse.

Dépendance :

Envie répétée et irrésistible de consommer une substance pour ressentir ses effets ou pour éviter l'inconfort de son absence.

Dose-dépendant :

Effet lié à la dose consommée.

Folate :

Vitamine contenue principalement dans les légumes verts feuillus, les légumineuses et les abats, nécessaire pour la fabrication de l'ADN, le renouvellement cellulaire, la fermeture du tube neural et la formation des globules rouges. L'acide folique est la forme synthétique du folate et se trouve dans les aliments enrichis et les suppléments vitaminiques.

Grossesse ectopique :

Grossesse se déroulant en dehors de la cavité utérine de l'utérus, soit dans une des trompes de Fallope, dans l'ovaire ou dans la cavité péritonéale.

Hémoglobine :

Principal constituant des globules rouges et substance riche en fer qui assure la fixation de l'oxygène des poumons et sa redistribution dans les différents organes.

Hypoxie :

Diminution de la concentration d'oxygène.

Mortalité néonatale :

Mortalité d'un nourrisson au cours des 28 premiers jours de vie.

Mortinaissance :

Naissance d'un enfant mort-né.

Neurotransmetteurs :

Molécules chimiques qui assurent la transmission de l'influx nerveux d'un neurone à l'autre.

Passage transplacentaire :

Passage à travers le placenta, dans le sens mère-fœtus ou l'inverse.

Placenta prævia :

Placenta qui se développe de façon irrégulière sur la partie inférieure de l'utérus.

Produits du tabac :

Produits fabriqués entièrement ou partiellement à partir de feuilles de tabac et destinés à être fumés, sucés, chiqués ou prisés. Ils contiennent tous de la nicotine, qui entraîne une forte dépendance. Ces produits excluent la cigarette électronique et les autres produits électroniques de nicotine, et ce, même si, selon la Loi concernant la lutte contre le tabagisme, la cigarette électronique est soumise aux mêmes règles que les produits du tabac.

Retard de croissance intra-utérin :

Complication de la grossesse définie par une croissance insuffisante du fœtus à un âge gestationnel donné (croissance inférieure au 10^e percentile).

Sevrage :

Après l'arrêt ou la réduction de la consommation d'une substance, état de manque qui se manifeste par divers symptômes physiques.

Syndrome de mort subite du nourrisson :

Décès inexplicable et subit d'un nourrisson, apparemment en bonne santé, et âgé entre 1 et 12 mois.

11 Références

- (1) Agence de la santé publique du Canada. *Ce que disent les mères : l'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2009. Rapport no 978-0-662-09941-3.
- (2) Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. *Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2013* [En ligne]. Ottawa : Agence de santé publique du Canada; 2013 [cité le 28 avr. 2016]. Disponible : <http://public.ebib.com/choice/PublicFullRecord.aspx?p=4181066>
- (3) US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking—50 years of progress: a report of the surgeon general. Dans : *Citeseer*; 2014 [cité le 28 avr. 2016]. Disponible : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.653.9865>
- (4) Greaves L, Poole N, Okoli CTC, Hemsing N, Qu A, Bialystok L, et collab. *Le renoncement au tabac durant la grossesse : Un examen des pratiques exemplaires de renoncement au tabac conçues pour les filles et les femmes pendant la grossesse et la période postnatale*. 2011 [cité le 28 avr. 2016]; Disponible : <http://www.grea.ch/system/files/2012/renoncementautabacetsgrossesse2012.pdf>
- (5) Massey SH, Lieberman DZ, Reiss D, Leve LD, Shaw DS, Neiderhiser JM. Association of clinical characteristics and cessation of tobacco, alcohol, and illicit drug use during pregnancy. *Am J Addict*. 2010;20:143-50.
- (6) Coleman T, Chamberlain C, Davey M-A, Cooper SE, Leonardi-Bee J. *Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy*. Dans : The Cochrane Collaboration, rédacteur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [En ligne]. Chichester, UK : John Wiley & Sons, Ltd; 2015 [cité le 28 avr. 2016]. Disponible : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010078.pub2>
- (7) Sven. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine Tob Res*. 2004;6(Suppl 2):S125-40.
- (8) Paquet G, Hamel D. *Conditions socioéconomiques et santé, section II - Inégalités sociales et santé des tout-petits : à la recherche de facteurs protecteurs*. Dans : Institut de la Statistique du Québec, rédacteur. *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) - De la naissance à 29 mois*. Québec; 2003.
- (9) DiClemente CC, Dolan-Mullen Patricia, Windsor Richard. The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tob Control*. 2009;9(suppl 3):iii16-21.
- (10) Klesges LM, Johnson K, Ward KD, Barnard M. Smoking cessation in pregnant women. *Obstet Gynecological Clin N Am*. 2001;28(2):269-82.
- (11) Guyon L, Chayer L, Audet C, April N. *Prévention du tabagisme chez les femmes enceintes : résumé*. Montréal; 2008.
- (12) Ulvik A, Ebbing M, Hustad S, Midttun O, Nygard O, Vollset SE, et collab. Long-and short-term effects of tobacco smoking on circulating concentrations of B vitamins. *Clin Chem*. 2010;56(5):755.

- (13) Wisborg K; K; HB; OF; SJ. Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am J Epidemiol*. 2001;154(4):322-7.
- (14) Haute autorité de santé. Conférence de consensus. Grossesse et tabac. Lille, 7-8 octobre 2004. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2005;33:1029-48.
- (15) US Department of Health and Human Services. *Women and smoking: a report of the surgeon general* [En ligne]. Rockville: US Department of Health and Human Services; 2001. Disponible : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5112a4.htm>
- (16) Collet M, Beillard C. Conséquences du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort fœtale in utero. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (Paris). 2005;34:135-45.
- (17) Salihu HM, Sharma PP, Getahun DH, Maryam PS, Russell S, Alio AP, et collab. Prenatal tobacco use and risk of stillbirth: a case-control and bidirectional case crossover study. *Nicotine Tob Res*. 2008;10(1):159-66.
- (18) Matsuo H. *The health consequences of low birth weight: literature review and critique*. Vol. 23. Université catholique de Louvain, Département des sciences de la population et du développement (SPED); 2005. 58 p.
- (19) Slotkin TA. If nicotine is a developmental neurotoxicant in animal studies, dare we recommend nicotine replacement therapy in pregnant women and adolescents? *Neurotoxicol Teratol*. 2008;30(1):1-19.
- (20) Dauphin J, Gendreau PL. Grossesse et tabac : pourquoi et comment faut-il intervenir? *Rev Psychoéducation*. 2004;33(2):381-412.
- (21) Pickett KE, Wood C, Adamson J, DeSouza L, Wakschlag LS. Meaningful differences in maternal smoking behaviour during pregnancy: implications for infant behavioural vulnerability. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:318-24.
- (22) Simons E, To T, Moineddin R, Stieb D, Dell SD. Maternal second-hand smoke exposure in pregnancy is associated with childhood asthma development. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2014;2(2):201-7.
- (23) Benowitz NL, Dempsey DA. Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy. *Nicotine Tob Res*. 2004;6(Suppl 2):S189-S202.
- (24) US Department of Health and Human Services, others. *How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General*. Atlanta GA US Dep Health Hum Serv Cent Dis Control Prev Natl Cent Chronic Dis Prev Health Promot Off Smok Health. 2010;2.
- (25) Matt GE, Quintana PJE, Hovell MF, Bernert JT, Song S, Novianti N, et collab. Households contaminated by environmental tobacco smoke: sources of infant exposures. *Tob Control*. 2004;13(1):29-37.
- (26) Santé Canada. *Faites de votre maison et de votre voiture des environnements sans fumée : un guide pour protéger votre famille contre la fumée secondaire*. Ottawa; 2006.
- (27) Ott W, Klepeis N, Switzer P. Air change rates of motor vehicles and in-vehicle pollutant concentrations from secondhand smoke. *J Expo Sci Environ Epidemiol*. 2008;18(3):312-325.

- (28) US Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta : GA : US Department of Health and Human Services; 2006.
- (29) Salmasi G, Grady R, Jones J, McDonald SD. Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Acta Obstet Gynecol*. 2010;89:423-41.
- (30) Johansson AK, Hermansson G, Ludvigsson J. How should parents protect their children from environmental tobacco-smoke exposure in the home? *Pediatrics*. 2004;113:e291-5.
- (31) French GM, Groner JA, Wewers ME, Ahijevich K. Staying smoke free: an intervention to prevent postpartum relapse. *Nicotine Tob Res*. 2007;9(6):663-70.
- (32) Reitzel LR, Vidrine JI, Li Y, Mullen PD, Velasquez MM, Cinciripini PM, et collab. The influence of subjective social status on vulnerability to postpartum smoking among young pregnant women. *Am J Public Health*. 2007;97(8):1476-82.
- (33) Gonseth S, Jacot-Sadowski I, Cornuz J. Réduction des risques liés à la consommation de tabac. Recommandations d'un panel d'experts suisses. *Bull Médecins Suisses*. 2010;91(41):1621-4.
- (34) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®) [En ligne]. *American Psychiatric Pub*; 2013 [cité le 28 avr. 2016]. Disponible : [https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=-JivBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT18&dq=American+psychiatric+association+\(2013\).+Diagnostic+and+statistical+manual+of+mental+disorders,+fifth+edition,+DSM-5&ots=cdTL74OMtc&sig=QujwRlxSwbUYsUHMdXcan65PXI8](https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=-JivBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT18&dq=American+psychiatric+association+(2013).+Diagnostic+and+statistical+manual+of+mental+disorders,+fifth+edition,+DSM-5&ots=cdTL74OMtc&sig=QujwRlxSwbUYsUHMdXcan65PXI8)
- (35) Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, rédacteur. *Guide pour l'intégration de la promotion de la santé dans la pratique clinique des professionnels et un exemple d'application : le soutien à la cessation tabagique*. [En ligne]. 2010 [cité le 28 avr. 2016]. Disponible : <https://www.google.ca/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Guide+pour+l%E2%80%99int%C3%A9gration+de+la+promotion+de+la+sant%C3%A9+dans+la+pratique+clinique+des+professionnels+et+un+exemple+d%E2%80%99application+%3A+le+soutien+%C3%A0+la+cessation+tabagique>.
- (36) Lacroix C, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Québec), Direction de santé publique. *Deux : magazine santé pour les femmes enceintes et les nouvelles mamans*. [Montréal] : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2008.
- (37) Conseil québécois sur le tabac et la santé, Société canadienne du cancer (division du Québec), Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Arrêter de fumer : les symptômes de sevrage que vous pourriez peut-être ressentir* [En ligne]. J'Arrête; 2003. Disponible : <http://www.jarrete.qc.ca/fr/fiches/sevrage.html>
- (38) Santé Canada. *Premiers jours sans fumée* [En ligne]. 2010. Disponible : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/quit-cesser/now-maintenant/first-premier/index-fra.php>
- (39) Tremblay M, Ben Amar M. Les interventions efficaces pour aider les fumeurs à renoncer au tabac. *Drogue Santé Société*. 2007;6(1):241-81.
- (40) OMS. *Recommandations de l'OMS pour la prévention et la prise en charge de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée secondaire durant la grossesse*. Version abrégée. [En

- ligne]. 2014. Disponible : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/201662/1/WHO_NMH_PND_14.3_fre.pdf
- (41) Government of Western Australia, Department of Health. *Clinical guidelines and procedures for the management of nicotine dependent inpatients*. - Recherche Google [En ligne]. 2011. Disponible : <https://www.google.ca/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Clinical+guidelines+and+procedures+for+the+management+of+nicotine+dependent+inpatients>.
- (42) CAN-ADAPTT. *Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme*. Toronto, Canada : Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques cliniques en matière de renoncement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique, Centre de toxicomanie et de santé mentale. 2011.
- (43) National Institute for Health and Clinical Excellence. *How to stop smoking in pregnancy and following childbirth*. 2010 p. 1-58.
- (44) Société des gynécologues obstétriciens du Canada. *Consommation de substances actives durant la grossesse*. Directive clinique. [En ligne]. 2011. Disponible : <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui256CPG1104F.pdf>
- (45) Poirier H, Institut national de santé publique du Québec, Bibliothèque numérique canadienne (Firme). *La cigarette électronique : état de situation* [En ligne]. 2013 [cité le 4 mai 2016]. Disponible : <http://site.ebrary.com/id/10785282>
- (46) Montreuil, A., Tremblay, M., Gamache, L. Projet de loi 44, *Loi concernant la lutte contre le tabagisme : mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux* [En ligne]. 2015 [cité le 4 mai 2016]. Disponible : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2481593>
- (47) Hajek P, Etter J-F, Benowitz N, Eissenberg T, McRobbie H. Electronic cigarettes: review of use, content, safety, effects on smokers and potential for harm and benefit. *Addiction*. 2014;109(11):1801-10.
- (48) Farsalinos KE, Polosa R. Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review. *Ther Adv Drug Saf*. 2014;5(2):67-86.
- (49) Blaser J, Cornuz J. *Experts' consensus on use of electronic cigarettes : a Delphi survey from Switzerland*. *BMJ Open*. 2015;5(4):e007197.
- (50) McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce J, Hajek P. *Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction*. Dans : The Cochrane Collaboration, rédacteur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [En ligne]. Chichester, UK : John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cité le 4 mai 2016]. Disponible : <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010216.pub2>
- (51) OMS. *Inhalateurs électroniques de nicotine : Rapport de l'OMS* [En ligne]. 2014 p. 17. Disponible : http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-fr.pdf
- (52) Office français de prévention du tabagisme. *Adaptations de la prise en charge de l'arrêt du tabac avec la cigarette électronique? Avis d'experts*. [En ligne]. 2014 [cité le 4 mai 2016]. Disponible : <http://www.ofta-asso.fr/docatell/Avis%20experts%20e-cigarette%20300414VF.pdf>
- (53) Smoking in pregnancy challenge group. *Use of electronic cigarettes in pregnancy. A guide for midwives and other healthcare professionals*.; 2016 [cité le 15 juin 2016]. Disponible : <http://www.smokefreeaction.org.uk/SIP/files/eCigSIP.pdf>

- (54) Bahl V, Lin S, Xu N, Davis B, Wang Y, Talbot P. Comparison of electronic cigarette refill fluid cytotoxicity using embryonic and adult models. *Reprod Toxicol*. 2012;34(4):529-37.
- (55) Mullen PD. How can more smoking suspension during pregnancy become lifelong abstinence? Lessons learned about predictors, interventions, and gaps in our accumulated knowledge. *Nicotine Tob Res*. 2004;6(S2):S217-38.
- (56) Bottorff JL. *Meilleures pratiques en matière de cessation tabagique pendant la grossesse et le post-partum*. Dans : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants, rédacteur. Atelier sur la consommation de tabac pendant la grossesse. 2005. p. 1-42.
- (57) Bottorff JL, Kalaw C, Johnson JL, Stewart M, Greaves L, Carey J. Couple dynamics during women's tobacco reduction in pregnancy and postpartum. *Nicotine Tob Res*. 2006;8(4):499-509.
- (58) Ben Amar M, Legaré N. *Le tabac à l'aube du 21e siècle : mises à jour des connaissances*. Montréal, QC : Centre québécois de lutte aux dépendances; 2006.
- (59) 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. 2004 *Surgeon General's Report - The Health Consequences of smoking* [En ligne]. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services; 2004. Disponible : http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/index.htm
- (60) Lepage M, Dumas L, Renaud L. *Lutter contre le tabac et promouvoir l'allaitement au Québec : un défi*. Santé Publique [En ligne]. 2005;4(17):637-47. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-4-page-637.htm>
- (61) Société française de tabacologie [En ligne]. Nguyen D, Berlin I. *Allaitement maternel chez les femmes fumeuses : connaissances actuelles*; 2007. Disponible : http://societe-francaise-de-tabacologie.com/misesaupoint/SFT_allaitement_tabac.pdf
- (62) Fontaine B. *Comment prendre en charge les femmes fumeuses? Tabagisme et allaitement : quelles techniques d'aide à l'arrêt du tabac proposer aux mères?* *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2005;34:3S209-12.
- (63) Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, Caird JR, Perlen SM, Eades SJ, et collab. *Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(10):CD001055.
- (64) Laverdière F, Québec (Province), Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire. *Politique de périnatalité 2008-2018 un projet porteur de vie* [En ligne]. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux; 2008 [cité le 8 juin 2016]. Disponible : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/67395>
- (65) Gouvernement du Canada SC. *Taux de mortalité infantile, par province et territoire (Les deux sexes)*; 2015 [cité le 8 juin 2016]. Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l02/cst01/health21a-fra.htm>
- (66) Gilbert N. *La mort subite du nourrisson au Canada : un état de la situation*. 2012.

Annexe 1 Tabagisme et pathologie périnatales

Tableau 3 Tabagisme et pathologies périnatales (3, 7, 24, 64–66)

Pathologie selon l'évolution de la grossesse	Prévalence	Augmentation de la probabilité ou du risque* de la pathologie si tabagisme chez la femme enceinte	Pistes d'explication se trouvant les plus souvent dans la littérature
Avortement spontané	30 %	Preuve suggestive, mais non suffisante d'une relation causale entre le tabagisme et l'avortement spontané.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Altération de la qualité de l'ovocyte et du développement de l'embryon par la fumée de tabac et/ou la nicotine. ▪ Hypoxie due au monoxyde de carbone. ▪ Développement anormal de l'embryon, nécrose du placenta, interférence sur l'implantation de l'embryon par le cadmium.
Grossesse ectopique	1 % – 2 %	Probabilité augmentée de : 1,8 – 1,9.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modification par la nicotine et le cadmium de la physiologie de la trompe de Fallope entraînant une altération du transport de l'ovocyte vers l'utérus.
Placenta prævia	0,4 %	Risque augmenté de : 1,3 – 3.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypoxie chronique causée par le monoxyde de carbone entraînant un élargissement du placenta qui recouvrirait ainsi le col de l'utérus.
Décollement du placenta	0,5 % – 2 %	Risque augmenté de : 1,4 – 1,9.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Altérations inflammatoires et dégénératives du placenta. ▪ Changements athéromateux des vaisseaux du placenta ▪ Diminution de la vitamine C causant des problèmes de synthèse du collagène, fragilisant ainsi les membranes fœtales.
Rupture prématurée des membranes	4,5 %	Risque augmenté de : 2 – 3.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminution sérique du cuivre et de la vitamine C, importants pour la synthèse et le maintien du collagène, réduisant ainsi les propriétés élastiques des membranes fœtales.
Accouchement prématuré	7,8 % en 2006 au Québec. 25 % des accouchements prématurés seraient médicalement requis.	Probabilité augmentée de : 1,3.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Associé au placenta prævia, au décollement du placenta ou à la rupture prématurée des membranes. ▪ Infection intra-utérine augmentée. ▪ Production augmentée des prostaglandines dans les membranes fœtales. ▪ Contractilité de l'utérus augmentée. ▪ Rôle potentiel de la nicotine : l'augmentation du risque d'accouchement prématuré chez les femmes consommant du tabac sans fumée serait du même ordre de grandeur que celui observé chez les femmes fumant du tabac. ▪ Rôle possible des nitrosamines et des hydrocarbures aromatisés polycycliques (HAP).

Tableau 3 Tabagisme et pathologies périnatales (suite)

Pathologie selon l'évolution de la grossesse	Prévalence	Augmentation de la probabilité ou du risque* de la pathologie si tabagisme chez la femme enceinte	Pistes d'explication se trouvant les plus souvent dans la littérature
Retard de croissance intra-utérin	8 % en 2013 au Québec.	Probabilité augmentée de : 1,5 – 2,5.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hypoxie chronique causée par le monoxyde de carbone. ▪ Contribution modeste de la nicotine. ▪ Rôle possible du cadmium et des HAP.
Bébé de faible poids à la naissance	5,8 % en 2009 au Québec.	Probabilité augmentée de : 1,5 – 2,5.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Principalement dû au retard de croissance intra-utérin et dans une moindre mesure à l'accouchement prématuré.
Malformations congénitales	3 % (ensemble des malformations congénitales).	<p>Probabilité augmentée de fente labiale avec ou sans fente palatine de : 1,3.</p> <p>Preuve suggestive, mais non suffisante d'une relation causale entre le tabagisme et le pied-bot, le gastrochisis ou une malformation cardiaque.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rôles possibles du monoxyde de carbone, du cadmium et de la nicotine.
Mortinaissance	0,3 % – 0,8 %	Probabilité augmentée de : 1,4 – 1,6.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secondaire au retard de croissance intra-utérin, à des problèmes de placenta, à un accouchement prématuré. ▪ Réponses physiologiques anormales du fœtus à une hypoxie, dues à la nicotine**.
Mortalité néonatale (28 premiers jours de vie)	0,5 % en 2012 au Québec.	Probabilité augmentée de : 1,2.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secondaire au retard de croissance intra-utérin, à des problèmes de placenta, à un accouchement prématuré. ▪ Réponses physiologiques anormales du nourrisson à une hypoxie, dues à la nicotine**.
Syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)	Inférieur à 0,1 % en 2000-2009 au Québec.	Probabilité augmentée de : 1,8 – 3,1.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réponses physiologiques anormales du nourrisson à une hypoxie, dues à la nicotine**. ▪ Depuis la recommandation de coucher le nourrisson sur le dos et la promotion de l'allaitement maternel, la prévalence du SMSN a nettement diminué. Le tabagisme serait maintenant le principal facteur de risque identifié du SMSN (20 % – 30 % des cas).

* Le terme *probabilité* est utilisé quand les études rapportent des rapports de cotes (*odds ratios*), alors que le terme *risque* est utilisé quand ce sont des risques relatifs (*relative risks*) qui sont rapportés.

** Les mécanismes par lesquels la nicotine influence les réponses physiologiques du fœtus ou du nourrisson à une hypoxie sont complexes et se basent principalement sur des modèles animaux :

- La stimulation des récepteurs cholinergiques par la nicotine causerait des erreurs dans le développement des cellules, y compris la différenciation précoce et l'apoptose. Comme les récepteurs continuent d'émerger après l'organogénèse (1er trimestre), les périodes de vulnérabilité fœtale s'étendent aux 2e et 3e trimestres;
- Les récepteurs cholinergiques dans les noyaux du tronc cérébral contrôlent la réponse cardiaque et pulmonaire de même que le niveau de vigilance;
- Une exposition à la nicotine chez les bébés rats diminue la réponse respiratoire à une hypercapnie/hypoxie au cours des premiers jours de vie, possiblement à cause des effets sur le sinus carotidien. Les nourrissons prématurés de mères fumeuses font plus d'apnée obstructive et ont moins de réponses d'éveil secondaire à une apnée;
- Enfin, une exposition à la nicotine pendant la grossesse chez les rats cause une différenciation précoce des cellules chromaffines des surrénales, ce qui entraîne une perte de la réponse normale des surrénales à une hypoxie et donc une absence de libération de catécholamines, causant ainsi une réponse cardiaque diminuée.

Annexe 2

Prise de poids – Reconnaître une vraie faim

PRISE DE POIDS – RECONNAÎTRE UNE VRAIE FAIM

Il peut être facile de confondre l'envie de fumer avec la faim. Il importe d'apprendre à distinguer une vraie faim d'un faux signal de faim. Cet apprentissage permet d'éviter de compenser le manque de cigarettes par la consommation superflue de nourriture.

Signaux de faim	Faux signaux de faim	Signaux de satiété
<ul style="list-style-type: none"> • Estomac qui gargouille • Sensation de vide dans l'estomac, parfois accompagnée de petites crampes • Baisse d'énergie • Difficulté à se concentrer 	<ul style="list-style-type: none"> • Envie de manger un aliment en particulier (cette envie est stimulée par la vue, par l'odeur d'aliments appétissants, etc.) • Envie de manger parce qu'on se sent seul, stressé, fatigué • Envie de manger pour se récompenser 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensation d'être rassasié sans être trop plein • Diminution de l'envie de manger • Augmentation de l'énergie • Disparition des signaux de la faim

À partir des travaux de CAPSANA, 2013

Tableau extrait de la page 111 du document suivant :
www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-006-02W.pdf

Annexe 3
Intervention individuelle en arrêt tabagique



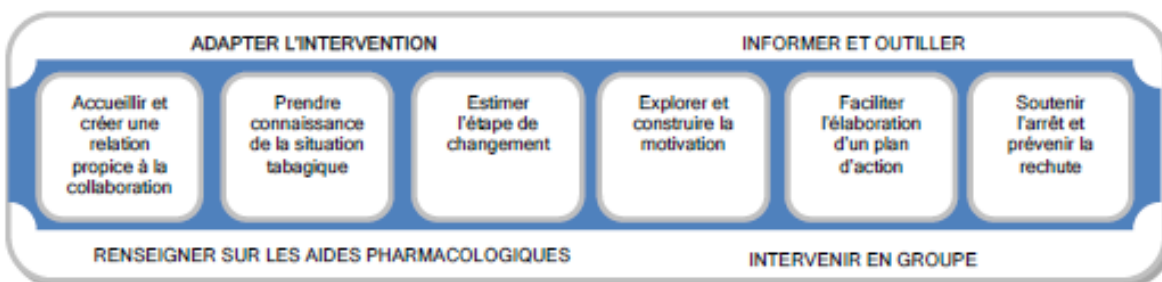
Plusieurs approches sont proposées pour intervenir auprès des individus qui souhaitent cesser de fumer. La section « Ressources et liens utiles » donne accès à des propositions d'intervention.

Le tableau suivant présente un exemple d'intervention inspirée de la littérature scientifique et de la pratique clinique. Ces étapes sont un parcours suggéré; en tout temps, le jugement clinique du professionnel est un élément essentiel pour évaluer les besoins de la femme enceinte et ajuster l'intervention.

Étapes de l'intervention individuelle	Stratégies à favoriser et information à transmettre
1. S'enquérir du statut tabagique.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utiliser des questions ouvertes avec des propositions de situations, au lieu de questions fermées « oui/non ». ▪ Ne pas oublier l'entourage de la femme enceinte ou qui allaite : « Qui fume dans votre entourage? »
2. Féliciter les femmes qui ne fument pas et celles qui ont cessé de fumer ou diminué leur consommation de tabac.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconnaître et valoriser le non-usage de tabac et les efforts pour diminuer ou arrêter la consommation de tabac, car il est difficile d'arrêter de fumer.
3. Motiver les femmes enceintes à prendre la décision de cesser de fumer le plus rapidement possible.	<p>Discuter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ des effets du tabac sur la santé de la mère et celle du fœtus ainsi que des complications pouvant survenir lors de la grossesse; ▪ des bienfaits de l'arrêt tabagique, en n'excluant pas les inconvénients possibles. ▪ L'idéal est d'arrêter de fumer au début de la grossesse ou tôt durant celle-ci. Le renoncement au tabac, peu importe le moment, est toujours bénéfique.
4. Discuter des stratégies pouvant aider les femmes enceintes à cesser de fumer.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Établir les étapes pour passer à l'action : nommer les besoins auxquels répond la cigarette, déceler les situations, rituels et automatismes associés au fait de fumer, établir les stratégies pour faire face à ces difficultés éventuelles, fixer le moment d'arrêt. ▪ Discuter des tentatives antérieures de renoncement et des facteurs ayant mené à la rechute (symptômes de sevrage, stress, tabagisme des proches, etc.). ▪ Sensibiliser la femme à l'importance du soutien apporté par son réseau social et son conjoint.
5. Tout au long de la grossesse et en période post-partum, soutenir les efforts des femmes enceintes qui ont cessé de fumer.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discuter des avantages ressentis depuis le renoncement au tabac. ▪ Aborder les inconvénients vécus associés au sevrage. ▪ Sensibiliser au risque accru de recommencer à fumer après la naissance du bébé, particulièrement entre la 6e et la 12e semaine. ▪ Valoriser les efforts accomplis et le chemin parcouru.

Pages 39 et 40 du document suivant : www.publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-006-02W.pdf

4.8 ADAPTER L'INTERVENTION AUX CARACTÉRISTIQUES DE LA FEMME ENCEINTE OU QUI ALLAITE



Le counseling est le traitement de première ligne recommandé pour la femme enceinte ou qui allaite qui veut cesser de fumer.

PRENDRE LES ÉLÉMENTS SUIVANTS EN CONSIDÉRATION :

- L'approche à privilégier en matière d'abandon du tabagisme chez la femme enceinte suggère de centrer les interventions sur la femme enceinte plutôt que seulement sur le fœtus. Cette approche met en relief la valeur de la femme accompagnée et permet de susciter chez elle ses propres motivations à cesser de fumer et à demeurer abstinente. Cette approche, centrée sur la femme enceinte, est en accord avec l'approche de l'entretien motivationnel, mise de l'avant dans ce guide, et son efficacité en abandon du tabagisme est reconnue.
- La femme enceinte qui fume durant sa grossesse peut subir des pressions sociales (stigmatisation) particulièrement fortes, parfois au point qu'elle n'ose pas avouer qu'elle fume. Il importe d'être sensible à ces pressions et de lui offrir un soutien exempt de jugement afin de nourrir chez elle un sentiment de confiance et d'ouverture.
- Lorsque la femme enceinte est incapable de cesser de fumer ou qu'elle n'est pas intéressée à cesser de fumer, l'approche de réduction des méfaits est reconnue comme une pratique à promouvoir. Cette approche comporte toutefois des risques. La femme enceinte est susceptible de modifier sa façon de fumer (ex. : prendre un plus grand nombre de bouffées, inhaler plus profondément) et d'absorber à peu près la même quantité de produits toxiques.
- En dernier recours, la femme enceinte peut utiliser la TRN. Une évaluation doit préalablement être faite par un professionnel de la santé, qui assurera par la suite le suivi du traitement de la TRN. Certains auteurs recommandent que la femme enceinte privilégie l'usage de TRN par voie orale (ex. : gomme) et en doses intermittentes plutôt que continues (ex. : timbre). La TRN peut également être utilisée par la femme qui allaite. En ayant recours à la TRN, la mère et son enfant sont exposés à des niveaux moins élevés de produits chimiques que lorsque la mère continue de fumer. Les auteurs ont des opinions partagées en ce qui a trait à l'usage du bupropion chez la femme enceinte ou qui allaite.
- La paternité peut inciter le partenaire de la femme accompagnée à réfléchir au type de père qu'il souhaite devenir. En tant que futur ou nouveau père, il peut avoir besoin d'être soutenu et informé des méfaits du tabac et de la fumée secondaire.
- Jusqu'à 70 % des femmes ayant cessé de fumer pendant leur grossesse recommencent à fumer après la naissance de leur enfant. La femme qui a cessé de fumer au cours de sa grossesse est particulièrement à risque de rechute entre la 6^e et la 12^e semaine après son accouchement. Cette rechute peut avoir une ou plusieurs causes (ex. : dépression post-partum, prise de poids). Il importe donc de lui offrir un soutien accru. De plus, le fait d'allaiter son enfant pourrait l'inciter à prolonger son abstinence après la grossesse.

**AIDE-MÉMOIRE – ADAPTER L'INTERVENTION AUX CARACTÉRISTIQUES
DE LA FEMME ENCEINTE OU QUI ALLAITE**

PRATIQUES	EXEMPLES
Privilégier des interventions centrées sur la mère plutôt que seulement sur le fœtus	S'informer des circonstances entourant la grossesse : <ul style="list-style-type: none"> - grossesse prévue et désirée ou non; - santé et bien-être de la mère; - dissimulation du tabagisme.
Estimer le niveau de stress	Vérifier la présence de facteurs de stress : <ul style="list-style-type: none"> - peur de l'inconnu relativement au processus de la naissance; - peur de ne pas être une bonne mère; - manque de sommeil; - complications relatives à la grossesse ou à la naissance; - difficultés relationnelles (ex. : conflit avec le partenaire); - dépression post-partum.
Sensibiliser à l'importance du soutien du partenaire et du réseau social	Rappeler l'influence majeure du partenaire et des membres de la famille.
Offrir du counseling individuel au partenaire qui fume	Proposer des interventions individuelles au partenaire qui fume : <ul style="list-style-type: none"> - prise en compte du changement de rôle; - respect de la dynamique de couple.
Encourager la réduction des méfaits	Proposer l'approche de la réduction des méfaits lorsque la femme est incapable de cesser de fumer ou ne veut pas cesser de fumer : <ul style="list-style-type: none"> - diminution du nombre de cigarettes; - brèves périodes d'arrêt, peu importe le stade de la grossesse. <p>Informar des risques associés à cette approche (ex. : inhalation plus profonde).</p>
Promouvoir l'allaitement	Encourager l'allaitement, qui demeure le meilleur mode d'alimentation pour l'enfant.
	Sensibiliser la mère à l'importance de ne pas fumer en présence du bébé, de ne pas fumer avant ou pendant l'allaitement et d'attendre idéalement deux heures après avoir fumé avant d'allaiter à nouveau, sauf si le bébé manifeste des signes de faim.
	Sensibiliser la femme qui allaite au fait que le tabagisme peut nuire à la production de lait et que la nicotine présente dans le lait maternel peut causer de l'irritabilité, de l'insomnie et des pleurs chez le bébé.
Offrir du soutien dans la réponse aux besoins de base	Proposer des moyens mobilisateurs dans les situations de faibles revenus : <ul style="list-style-type: none"> - remise de bons d'achat (couches, céréales pour bébé, etc.).
Intensifier le suivi visant à soutenir l'arrêt et à prévenir la rechute en période postnatale	Offrir un suivi étroit à la femme qui a cessé de fumer durant sa grossesse : <ul style="list-style-type: none"> - consultation téléphonique proactive; - visites à domicile.
Travailler en collaboration	Solliciter le soutien et la collaboration de personnes-ressources de l'établissement et du RTS: <ul style="list-style-type: none"> - sage-femme, infirmière en périnatalité, professionnels des cliniques médicales, intervenants d'organismes communautaires, de ressources en allaitement, etc.

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca