



Prévention du tabagisme chez les femmes enceintes

Résumé

Louise Guyon, Lyne Chayer, Chantale Audet et Nicole April
Institut national de santé publique du Québec

Maria De Koninck
Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

Ce feuillet présente la synthèse d'une recherche réalisée en 2005-2006 sur les représentations sociales du tabagisme chez les femmes enceintes, dont les résultats détaillés ont été publiés dans la revue *Drogues, Santé et Société* (Guyon et coll., 2007); à partir de ces résultats et d'une mise à niveau de la littérature scientifique récente, un certain nombre de pistes pour la prévention et l'intervention sont suggérées.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, scientifiques, professionnels et professionnelles de la santé et plus récemment législateurs entreprennent diverses actions en vue de réduire l'usage de tabac auprès de la population générale. Ces actions ont une portée certaine, puisque le tabagisme a considérablement diminué au cours des dix dernières années (Kairouz et coll., à paraître). Toutefois, la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes demeure préoccupante. En effet, en dépit de l'information transmise quant aux risques, pour la grossesse et l'enfant à naître, du maintien de l'usage de la cigarette pendant la phase prénatale, certaines femmes poursuivent leur habitude pendant cette période (Greaves et coll., 2003), et cette situation se retrouve plus souvent chez les mères de milieux défavorisés (Cnattingius, 2004; Graham et coll., 2006; Lumley et coll., 2006; Villalbi et coll., 2007). De plus, celles qui cessent de fumer à ce moment vont souvent recommencer après la naissance de leur enfant (Albrecht et coll., 1999; Cnattingius, 2004; Orleans et coll., 2000; Windsor et coll., 2000).

Outre le fait qu'un bon nombre de femmes enceintes continuent de fumer pendant la grossesse, leur perception des risques associés à cet usage peut varier en fonction du statut tabagique, du niveau socioéconomique, de l'état matrimonial et de l'intention d'allaiter (Haslam et Draper, 2000). De plus, même si les femmes enceintes qui fument savent que la cigarette a des effets néfastes sur le fœtus, la façon dont le tabac affecte leur grossesse et l'enfant à naître reste en grande partie méconnue pour un bon nombre d'entre elles (Lendahls et coll., 2002).



information



formation



recherche



coopération
internationale

EFFETS DU TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE

Il est reconnu que le tabagisme maternel augmente les risques de morbidité et de mortalité périnatale et peut

avoir des effets sur le développement du fœtus et le système reproducteur (Cnattingus, 2004; CalEPA, 2005).

TABLEAU 1.
Effets de l'usage du tabac pendant la grossesse

Conséquences sur le système reproducteur :	Infertilité; Grossesses ectopiques.
Complications pendant la grossesse :	Placenta praevia; Détachement prématuré du placenta (pouvant conduire à la naissance de bébés mort-nés ou qui décèdent dans les premières semaines de vie).
Conséquences pour le fœtus :	Retard de croissance intra-utérine (conduisant à la diminution du poids à la naissance).
Conséquences après la naissance :	Mort subite du nourrisson.

Source : tiré de Guérin et coll. 2006

De plus, tel que le démontre la recension de Guérin et coll. (2006), l'exposition à la fumée secondaire du tabac peut également être associée à des conséquences similaires, soit un accouchement prématuré, l'insuffisance du poids à la naissance et la mort subite du nourrisson. Toutefois, pour les problèmes qui surviennent chez les bébés, comme la mort subite du nourrisson, il est difficile de préciser s'ils sont dus à l'exposition pendant la grossesse, à l'exposition à la fumée secondaire de tabac après la naissance du bébé, ou aux deux.

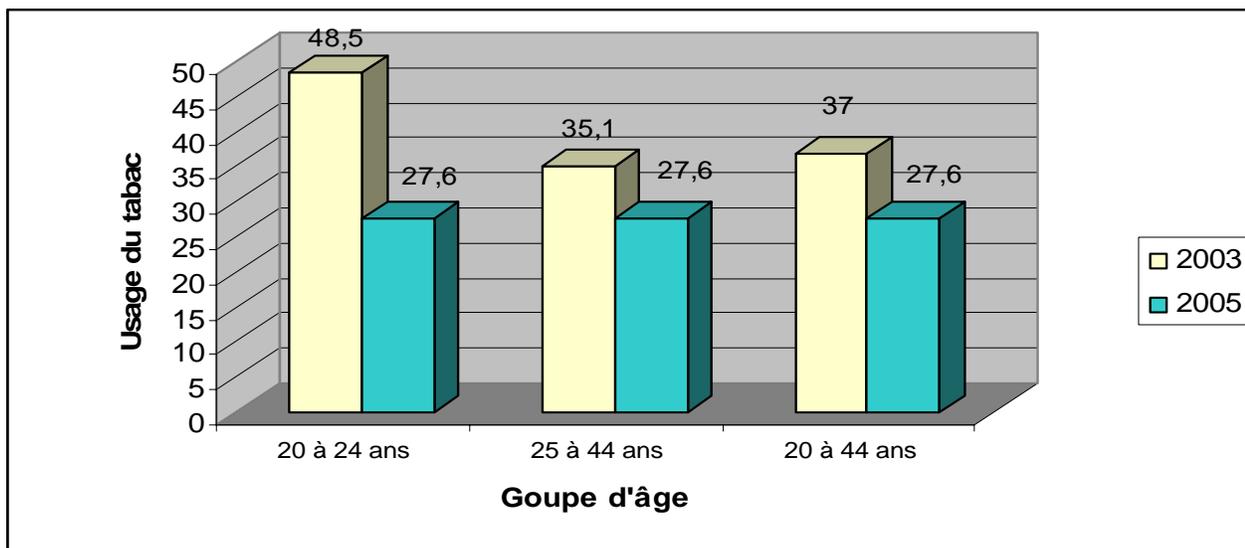
USAGE DU TABAC AU QUÉBEC ET AU CANADA

Les données recueillies par le biais de l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada montrent une diminution significative du nombre de fumeurs au

sein de la population canadienne âgée de 15 ans et plus, entre 1999 et 2006, le taux étant passé de 25,2 % à 17,7 %. Malgré cette baisse générale, le Québec figure parmi les provinces canadiennes dont les taux de fumeurs sont les plus élevés, se situant à 21,8 % en 2006 (Kairouz et coll., à paraître). D'autre part, Statistique Canada, dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, 2003 cycle 2.1 et 2005 cycle 3.1), nous apprend que les taux les plus élevés de tabagisme chez les Québécoises se retrouvent parmi celles qui ont moins de 44 ans. Quant au tabagisme pendant la grossesse, la même source signale qu'en 2005, 27,6 % des Québécoises ayant été enceintes au cours des cinq dernières années avaient fumé pendant leur grossesse et cette proportion était de 37 % en 2003 :

FIGURE 1

Usage du tabac pendant la grossesse chez les Québécoises âgées de 20 à 44 ans, 2003 et 2005



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 cycle 2.1 et 2005 cycle 3.

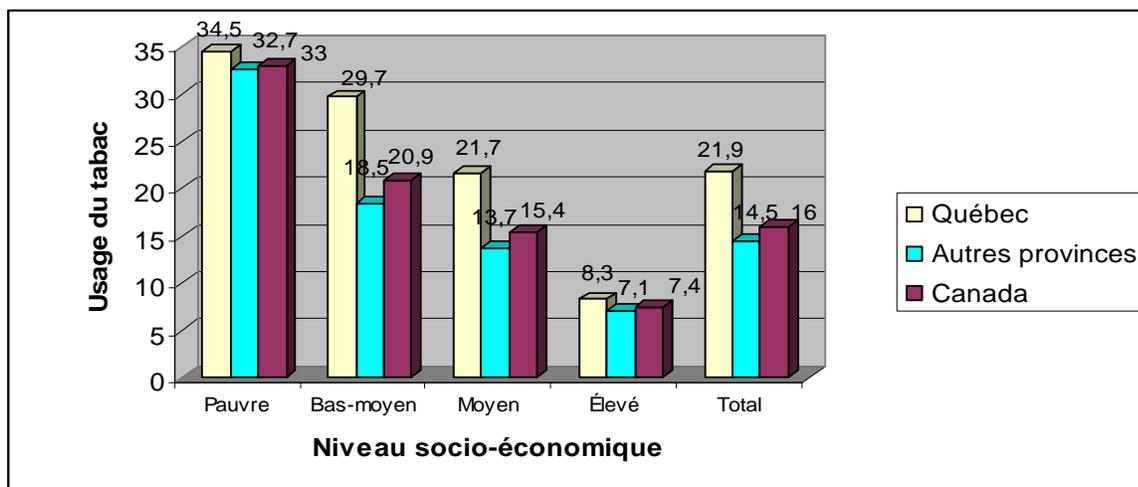
L'enquête sur l'allaitement au Québec révèle pour sa part qu'en 2005-2006, 17,1 % des femmes ont dit avoir fumé durant leur dernière grossesse (Neill et coll. 2006).

Dans l'interprétation des différences entre les données de l'ESCC (2003 et 2005) et de Neill et coll. (2006), il faut tenir compte du fait que les enquêtes canadiennes portaient sur la dernière grossesse au cours des cinq dernières années (1999 à 2003 et 2001 à 2005) alors que celle de Neill et coll. (2006) rejoignait les femmes qui avaient accouché entre 2005 et 2006 et dont le bébé avait six mois.

Les Québécoises fumeraient significativement plus que les autres Canadiennes pendant la grossesse (ESCC, 2003). Par ailleurs, les écarts entre les niveaux socioéconomiques sont très marqués : chez les Québécoises les mieux nanties, 8,3 % seulement ont affirmé avoir fumé pendant leur grossesse alors que parmi les plus pauvres, plus d'une femme sur trois affirmait la même chose (ESCC, 2003). Ces écarts entre les niveaux socioéconomiques se retrouvent également dans plusieurs pays où de telles études ont été réalisées (Graham et coll., 2006; Lumley et coll., 2006; Cnattingius, 2004; Greaves et coll., 2003).

FIGURE 2

Usage du tabac pendant la grossesse selon le niveau socioéconomique - Québec et Canada, 2003



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003 cycle 2.1

Enfin, selon l'enquête canadienne, en 2003, près de 10 % des femmes non fumeuses qui ont été enceintes au cours des cinq années précédentes, vivaient avec une personne adulte qui fumait à la maison et auraient donc été régulièrement exposées à la fumée secondaire (ESCC, cycle 2.1, 2003).

REPRÉSENTATIONS SOCIALES DU TABAGISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Nous avons vu que les risques associés au tabagisme pendant la grossesse sont bien documentés et nous disposons d'un bon nombre de données épidémiologiques sur la prévalence du tabagisme chez l'ensemble de la population et plus particulièrement chez les femmes enceintes. Toutefois, peu d'études ont ciblé les représentations du tabagisme pendant la grossesse chez des femmes enceintes, qu'elles soient fumeuses ou non.

Selon Jodelet (1994), les représentations sociales constituent « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ». S'y intéresser permet donc d'identifier et de comprendre la perspective des femmes elles-mêmes par rapport à leurs comportements.

Au départ, nous partagions la conviction qu'il était important de compléter et de vérifier les connaissances acquises afin de comprendre comment des femmes enceintes québécoises se représentent le tabagisme pendant la grossesse et comment elles perçoivent les messages qui leur sont transmis à propos de l'usage du tabac. Par ailleurs, nous considérons qu'au moment de la grossesse, les femmes seraient plus susceptibles de s'intéresser à l'information qui est transmise, au contenu des messages et d'y être perméables; la grossesse serait ainsi une période où elles peuvent acquérir plus de connaissances et développer une motivation pour les intégrer dans leur comportement (Cnattingius, 2004; USDHHS, 2004; Mullen, 2004; Fiore 2000).

C'est dans ce contexte que nous avons réalisé une étude auprès d'un échantillon de femmes enceintes québécoises et de professionnels ou professionnelles en périnatalité afin de comprendre comment ces futures mères se représentent le tabagisme pendant la grossesse et comment elles perçoivent les messages qui leur sont transmis à propos de l'usage du tabac, en tenant compte de leur appartenance à des contextes socio-économiques différents. Plus spécifiquement, nos objectifs étaient :

- D'identifier les représentations des futures mères en matière de consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse.
- D'identifier leurs perceptions des messages qui leur sont transmis sur ces comportements.
- De contribuer, sur la base des connaissances acquises, à orienter les messages et les pratiques pouvant soutenir les femmes enceintes dans l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie.

On trouvera en annexe un résumé de la méthodologie de cette recherche.

Dans le présent feuillet, nous présentons les résultats de notre recherche en lien avec le tabac. Pour connaître les résultats concernant l'alcool, voir le rapport de Audet et coll. (2006)

Des connaissances peu précises

Si la conviction que l'usage du tabac a des effets délétères sur la grossesse semble bien ancrée dans le discours des mères, leurs connaissances sur ces effets sont cependant floues et incomplètes dans la plupart des cas. Les participantes issues de milieux plus défavorisés connaissent peu les effets du tabagisme et les dangers de la fumée secondaire pendant la grossesse.

Quant aux femmes de milieu plus aisés, leurs connaissances sur les effets du tabac pendant la grossesse sont légèrement plus précises que celles des femmes de l'autre groupe, mais elles demeurent tout de même vagues. Elles ont parlé, entre autres, de petit poids à la naissance, de prématurité, de problèmes respiratoires; mais plusieurs ont traité des effets en termes moins précis.

« En tout cas, moi la façon dont je vois ça, je suis peut-être dans le champ, mais ce qui fait que ton bébé se développe, tu sais il ne se développe pas tout seul là, tu sais, ça va chercher des petites parties de toi puis moi je pense que la plus grosse partie c'est dans le sang. Fait que si tu fumes, c'est quelque chose qui va directement dans ton sang, ça va dans tes poumons, OK. Mais les toxines qu'il y a là-dedans s'en vont dans ton sang. Fait que oui je pense que ça peut avoir des impacts » (Christina, 28 ans, non-fumeuse).

D'où proviennent les informations et les messages?

Sachant que les connaissances des participantes rencontrées sont floues et incomplètes, nous avons cherché à approfondir le thème des messages reçus en faisant ressortir leur provenance. Les participantes recrutées au programme OLO, qui bénéficient d'un suivi de grossesse plus soutenu en rencontrant une nutritionniste et une infirmière à quelques reprises, ont rapporté que ces professionnelles sont effectivement une grande source d'information pour elles. Le médecin qui assure le suivi de grossesse est

aussi une source d'information bien que celle-ci soit jugée plutôt limitée : plusieurs femmes ont mentionné que l'implication de ce médecin n'allait pas au-delà de l'établissement du statut tabagique à la première rencontre et d'un avertissement indiquant qu'il est préférable de ne pas fumer au cours de cette période.

Parmi les autres sources mentionnées par l'ensemble des participantes, on retrouve notamment des brochures qui leur sont remises au CLSC ou au centre hospitalier, des revues, des livres portant sur la maternité et les publicités sur les paquets de cigarettes.

Toutefois, plusieurs femmes recrutées dans le programme OLO ont rapporté ne pas lire sur la grossesse et ne pas s'intéresser à la documentation qui leur est remise.

➤ *Des représentations dominantes : « Fumer pendant la grossesse, ça ne se fait pas » et « Les femmes enceintes ont une responsabilité envers l'enfant qu'elles portent ».*

L'analyse du discours des femmes rencontrées a permis de faire ressortir deux représentations dominantes à l'égard de l'usage du tabac par des femmes enceintes. D'abord, se démarquant des représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse qui sont plus floues, moins catégoriques (Audet et coll., 2006), la condamnation du tabagisme pendant la grossesse par les participantes s'est avérée univoque.

Également, les propos des participantes ont démontré la force de la norme véhiculée à savoir que la femme enceinte doit faire tout ce qu'elle peut afin d'assurer le sain développement de l'enfant à naître et qu'en ce sens, l'image d'une femme enceinte qui fume n'est pas acceptable.

D'ailleurs, nous avons observé beaucoup d'incompréhension, voire même une certaine intolérance chez les participantes non fumeuses ou ex-fumeuses envers celles qui fument. Les fumeuses qui ont participé à l'étude expliquent qu'elles évitent de fumer en public, et ce, qu'elles soient issues ou non de milieux aisés. Ces femmes ne veulent pas être jugées, elles n'aiment pas l'image de la femme enceinte qui fume et elles disent se sentir coupables de fumer :

*« Quand je fume ma cigarette, mes rideaux sont fermés, je ne veux pas que la madame d'en face me voit, parce qu'elle a un petit..., elle a des petits-enfants puis sa sœur est enceinte aussi. Je ne veux pas qu'on me juge sur ça. [...] Fait que c'est idiot dans un certain sens là, parce que je me sens tellement coupable de la fumer ma cigarette là, je me cache (rires), c'est con. Mais je la fume pareil puis elle me fait du bien »
(Madeleine, 31 ans, fumeuse).*

Le discours des femmes interrogées suggère donc l'importance du contexte normatif dans la construction des représentations du tabagisme pendant la période prénatale.

Quelle est l'influence du réseau social?

À l'instar de ce que rapporte la littérature scientifique, le réseau social est apparu très influent dans le développement des perceptions du tabagisme pendant la grossesse chez les femmes enceintes rencontrées. Toutefois, les femmes provenant de milieux défavorisés semblent plus perméables aux influences de leur entourage et de leurs proches. La mère est sans contredit la personne dont l'opinion sur le tabagisme pendant la grossesse aura le plus de poids et d'ailleurs, chez plusieurs des participantes fumeuses, la mère les encourageait à diminuer ou à cesser de fumer. Par ailleurs, le conjoint, dont l'opinion et l'attitude peuvent varier qu'il soit fumeur ou non et selon son degré d'implication dans la grossesse, joue également un rôle de premier plan. Chez les fumeuses, certaines décrivent le soutien offert par le conjoint dans la cessation du tabagisme alors que d'autres décrivent la pression exercée par ce dernier. Les professionnels et professionnelles de la santé rencontrés dans le cadre de notre étude nous ont confirmé ce rôle primordial de l'opinion et du soutien de l'entourage chez les femmes enceintes.

Que peut-on dégager de la perception du risque?

Nous avons vu que les connaissances sur le tabagisme et les risques qui en découlent pendant la grossesse sont partiels, parfois mal compris et que les représentations sociales y étant associées se fondent tant sur un système de normes et de valeurs que sur les rapports sociaux entretenus avec des personnes significatives.

Les propos des mères rencontrées montrent qu'il importe également de considérer le rôle majeur du savoir populaire, celui basé sur l'expérience, dans le façonnement de la perception du risque. Ainsi, chez plusieurs d'entre elles, leurs propres expériences ou celles de membres de leur entourage soutiennent et justifient les choix qu'elles prennent de fumer ou ne pas fumer pendant la grossesse ainsi que la façon dont elles perçoivent les risques encourus par le maintien de l'usage du tabac. Les expériences relatées peuvent être en contradiction avec les messages reçus des professionnels et professionnelles de la santé.

« On a un couple d'amis, son ex-femme elle fumait beaucoup, beaucoup, beaucoup pendant qu'elle était enceinte, puis sa dernière elle a des problèmes de santé, puis justement, elle est très petite puis elle pèse vraiment pas beaucoup là [...]. Elle est vraiment toute minus. Puis juste la fumée secondaire ça lui cause des otites qui causent des conjonctivites qui causent des amygdalites...

C'est vraiment nocif là »

(Catherine, 27 ans, non-fumeuse)

« Regarde, j'ai dit : ma mère n'a pas fumé pendant qu'elle était enceinte de moi, elle a arrêté aussitôt qu'elle savait qu'elle était enceinte, puis je suis asthmatique, tout le monde que je connais ont fumé pendant leur grossesse, puis leurs enfants sont en parfaite santé, il y en a même qui ont plus d'énergie. Regarde, c'est quoi l'affaire là »

(Roxanne, 21 ans, fumeuse).

Parfois, les risques associés à l'usage du tabac sont comparés à d'autres risques identifiés dans les recommandations qui sont faites pendant la grossesse,

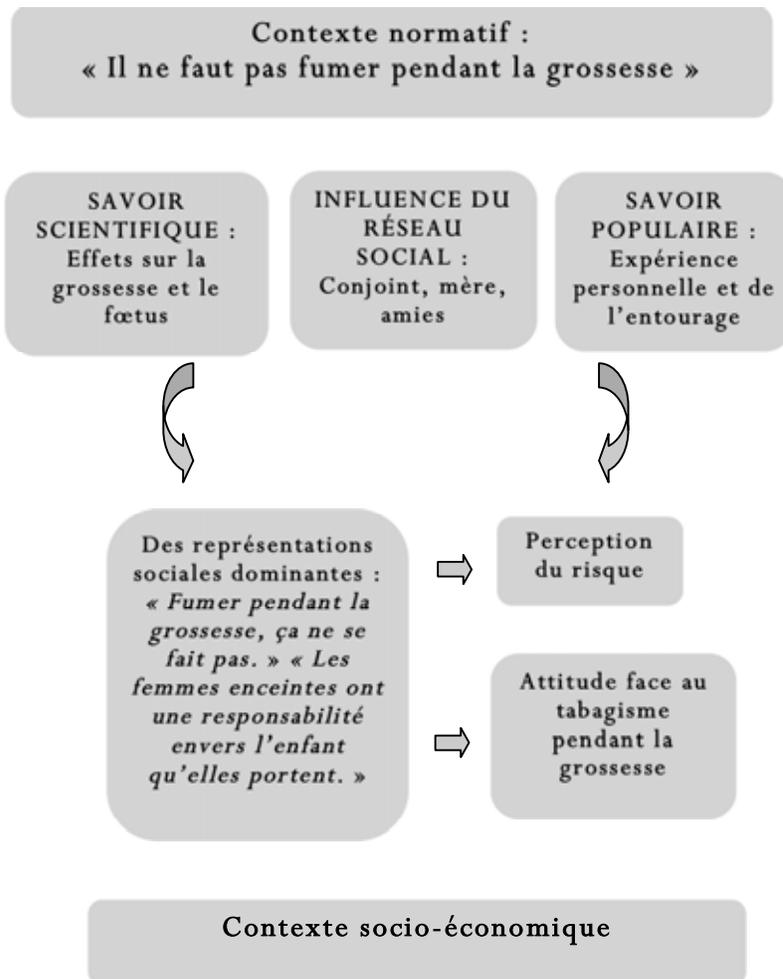
par exemple à l'égard de la consommation d'alcool, de caféine et l'alimentation :

« Ce n'est pas pire que d'autre chose. Là ce n'est pas pire que manger un paquet de chocolat ou manger un paquet de chips ou boire beaucoup, beaucoup de liqueurs là, tu sais. Pour nous autres c'est le même principe »

Madeleine, 31 ans, fumeuse

Chez les mères recrutées dans des milieux moins favorisés, nous avons observé que le poids de ces expériences semble plus important que les connaissances dites plus scientifiques. De plus, nous avons pu observer que le savoir populaire et les expériences ont été davantage discutés en lien avec l'usage de tabac qu'avec la consommation d'alcool.

En somme et tel que nous l'avons illustré dans le modèle qui suit, nos résultats tendent à démontrer que les représentations du tabagisme pendant la grossesse, la perception des risques et les attitudes qui y sont associés se construisent autant à partir du savoir scientifique, de l'influence du réseau social que du savoir populaire, le tout influencé par le contexte normatif et socio-économique.



Si l'observation du discours des mères rencontrées montre de prime abord que « *fumer pendant la grossesse, ça ne se fait pas* », cette réalité s'avère beaucoup plus complexe à l'analyse. En effet, au-delà de la connaissance du risque, nous avons pu constater que l'identité sociale et l'influence du milieu sont déterminantes dans la construction de la perception du risque associé au tabagisme.

DES PISTES POUR LA PRÉVENTION ET L'INTERVENTION

À la lumière de nos travaux et de ceux que nous avons recensés, nous avons identifié un certain nombre de pistes que nous considérons importantes dans le cadre des actions visant à réduire le tabagisme chez les femmes enceintes. Insérées dans le contexte plus vaste des diverses actions gouvernementales destinées à l'ensemble de la population, elles viennent souligner l'importance de tenir compte de la spécificité de ce groupe à différents niveaux d'intervention.

☞ *La prévention et l'éducation à la santé*

- **Informar les jeunes femmes sur les effets néfastes du tabac pour elles et leurs enfants avant qu'elles deviennent enceintes :** selon Lalonde et Heneman (2004), il importe de poursuivre des campagnes de prévention et de sensibilisation qui ne s'adressent pas uniquement aux femmes enceintes, puisqu'elles ne sont enceintes que pendant une période de leur vie, et que ces campagnes cherchent à rejoindre autant les jeunes femmes que les femmes adultes.
- **Améliorer les messages :** selon Greaves et coll. (2003), il faut s'assurer que les messages de santé publique soient sensibles aux réalités sociales et économiques des femmes et évitent de porter un jugement sur celles-ci. Il serait pertinent que ces messages puissent cibler les sous-groupes les plus vulnérables, tels que les femmes provenant de milieux socio-économiques défavorisés et les jeunes mères. Également, il faut s'assurer que l'accent soit mis non seulement sur la santé du fœtus mais également sur la santé de la femme elle-même (Greaves et coll., 2003).
- **Cibler non seulement les femmes enceintes, mais aussi les conjoints et leurs réseaux sociaux :** déterminer comment utiliser le soutien des partenaires, de la famille et des amis (Thompson et coll., 2004) et éviter de ne cibler que les femmes enceintes. Certaines études démontrent que le fait d'avoir un partenaire fumeur est associé non seulement au maintien de l'usage du tabac pendant la grossesse, mais également à la rechute suite à l'accouchement

(Severson et coll., 1995; Lelong et coll., 2001; Villalbi et coll., 2007).

- **Revoir les stratégies avec les professionnels et professionnelles de la santé à l'égard de l'ensemble des prescriptions et interdits :** développer des stratégies et outiller les professionnels et professionnelles afin que les multiples conseils donnés aux femmes enceintes sur ce qu'elles doivent éviter ne prennent pas la forme d'interdits et de contraintes générant du stress et un risque de marginalisation. Ces conseils concernent des habitudes de vie, tels l'alimentation, l'exercice physique, la consommation d'alcool et bien sûr, le tabagisme auxquels peuvent également s'ajouter le retrait préventif du milieu de travail ainsi que d'autres exigences liées au suivi obstétrical. Pour plusieurs femmes, le cumul de ces exigences devient astreignant et parfois même difficile à gérer (Jumel, 2005; Copelton, 2003).

☞ *Le soutien à la cessation tabagique*

La littérature scientifique cite fréquemment la prémisse voulant que la grossesse constitue un moment privilégié dans l'adoption de meilleures habitudes de vie, particulièrement l'abandon du tabagisme (French et coll., 2007; Reitzel et coll., 2007), et nous avons d'ailleurs pu le constater dans le cadre de notre recherche. En voulant protéger leur enfant et se conformer à l'image de la « bonne mère », plusieurs des femmes rencontrées ont en effet voulu adopter de meilleures habitudes de vie. Puisque les femmes qui cessent de fumer avant la grossesse ou très tôt pendant la grossesse peuvent protéger leur fœtus de plusieurs conséquences néfastes (Bloch, 2006) et

qu'il s'agit d'une période où elles ont accès à des services médicaux de façon régulière (Ruggiero et coll., 2000), nos résultats suggèrent donc la pertinence de poursuivre les interventions qui visent la cessation tabagique chez elles.

Voici donc certaines pistes pouvant rendre les pratiques en cessation tabagique chez les femmes enceintes plus efficaces :

- **Recourir à des approches individuelles, soutenues dans le temps et à des approches intégrant le réseau social :** les spécialistes proposent que les professionnels et professionnelles de la santé s'informent non seulement du statut tabagique de leurs patientes mais qu'ils-elles évaluent si elles sont prêtes à cesser de fumer (Moran et coll., 2003). De plus, il est suggéré que la surveillance et le suivi des habitudes de consommation de tabac soient intensifiés, que le suivi perdure au-delà de la période prénatale (Greaves et coll., 2003) et soit axé sur des facteurs documentés de prédiction de la rechute, tels que la perception des risques, l'auto efficacité et le soutien du partenaire (Santé Canada, 2001). Outre des approches individuelles et soutenues, il est recommandé d'envisager l'implication du partenaire, de la famille, des amis au sein des programmes d'abandon du tabac afin de leur apprendre comment offrir aide et soutien à la femme enceinte (Sims-Jones et coll., 1998).
- **Améliorer les systèmes de référence :** lorsqu'elles sont prêtes à cesser de fumer, il faut être en mesure de recommander les femmes vers des programmes de soutien à l'arrêt tabagique. Cette piste implique la mise en place d'un

système efficace et rapide de référence vers ces programmes. Selon les résultats d'une récente étude de l'Institut national de santé publique du Québec, plusieurs médecins adoptent des pratiques visant la cessation du tabagisme chez leurs patients mais peu d'entre eux les réfèrent vers les services d'aide existants (Kairouz et coll., 2007).

- **Approches de soutien tenant compte de la complexité de cette réalité :** il importe de reconnaître que la motivation est un facteur dynamique qui évolue dans le temps (Greaves et coll., 2003), de considérer le degré de confiance des femmes en leur capacité de faire ces changements et de faire face aux situations difficiles (Santé Canada, 2001) et de faire en sorte que les interventions soient adaptées au stade de changement où se situent les femmes (Ruggiero et coll., 2000). Sur ce dernier aspect, l'étude de Ruggiero et coll. (2000) réalisée auprès de femmes de milieux défavorisés faisant usage de cigarettes s'avère intéressante puisqu'elle révèle que la majorité d'entre elles, qu'elles soient enceintes ou non, se situe au stade de la précontemplation et de la contemplation. Les auteurs suggèrent donc d'orienter les interventions vers le renforcement de la motivation et de ses composantes plutôt que sur la préparation et l'action.

Ces stades du changement réfèrent au modèle développé par Prochaska et DiClemente (1984) et se définissent ainsi : au stade de la **précontemplation**, la personne n'a pas l'intention de modifier ses comportements à risque alors qu'au stade de la **contemplation**, la personne reconnaît avoir un problème et envisage faire des changements; par la suite, peuvent suivre la **préparation**, qui est le stade pendant lequel la personne prend la décision de faire des changements et s'y prépare, le stade de l'**action**, où la personne modifie son comportement et enfin, le stade de **maintien** au cours duquel la personne cherche à prévenir la rechute et consolide les gains obtenus durant l'action.

- **Revoir les normes et les pratiques vis-à-vis des aides pharmacologiques?** En 1999, selon les lignes directrices émises par le Collège des médecins du Québec et la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1999), il n'avait pas été démontré que l'utilisation des thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) étaient inoffensives chez la femme enceinte. La dernière édition du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques de l'Association pharmaceutique canadienne (2007) rapporte qu'elle demeure contre-indiquée. Une étude récente de Morales-Suarez-Varela et coll. (2006) démontre d'ailleurs les effets tératogènes des substituts de nicotine. D'autre part, Ben Amar et Légaré (2006), dans une revue des connaissances scientifiques sur le tabac, suggèrent qu'un substitut de nicotine peut être envisagé suite à l'échec des autres mesures de soutien, considérant que la nicotine administrée remplace une dose qui serait absorbée en fumée et que le

substitut s'avère moins toxique que la cigarette. Ces recommandations vont dans le même sens que celles émises par le Collège des médecins du Québec et de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre en 1999, qui soulignaient que les TRN peuvent être envisagées par le médecin s'il juge que les bénéfices seront supérieurs aux risques possibles, incluant le risque que la femme continue de fumer tout en prenant des TRN. Windsor et coll. (2000) suggèrent aux médecins de vérifier les cinq aspects suivants avant d'envisager les TRN auprès de femmes enceintes :

- 1) Est-ce que la patiente a indiqué vouloir cesser de fumer?
- 2) Est-ce que la patiente a reçu du counselling à cet effet et n'a pas été en mesure de cesser son usage?
- 3) Est-ce que la patiente fume 10 cigarettes ou plus par jour? (La limite de 10 cigarettes par jour est suggérée parce que les études sur les TRN pendant la grossesse ont utilisé ce critère.) (Windsor et coll., 2000)
- 4) Est-ce qu'il y a cooccurrence de problématiques telles que la dépendance à d'autres substances ou la dépression, qui auraient besoin d'être évaluées?
- 5) Est-ce que la patiente trouve que la thérapie de remplacement de la nicotine est acceptable et si oui, quelle méthode préfère-t'elle?

- **Miser sur le rôle central que peuvent jouer les infirmières et ou les intervenantes en périnatalité.** Une étude auprès de femmes enceintes qui ont cessé de fumer pendant la grossesse suggère que ces dernières ont plus de probabilités de demeurer abstinentes trois et six mois suivant l'accouchement lorsqu'un soutien, de faible intensité et utilisant les principes de l'approche motivationnelle, est offert par une infirmière pendant la grossesse et jusqu'à deux mois suivant l'accouchement (French et coll., 2007).

Au Québec, ces programmes offerts aux familles vivant dans un contexte de vulnérabilité ont été regroupés pour former les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance et impliquent entre autres le soutien au changement des habitudes de vie et l'appui d'une intervenante privilégiée en période pré et post-natale (Martin, et coll., 1995; Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004).

Les intervenantes et les infirmières en périnatalité peuvent certainement offrir un soutien à l'arrêt tabagique aux femmes enceintes qui participent à des rencontres prénatales ou qui, en raison du contexte de vulnérabilité dans lequel elles se retrouvent, bénéficient d'un suivi pendant et après leur grossesse.

La réduction des méfaits

L'approche de la réduction des méfaits, largement utilisée dans le domaine de la toxicomanie, est moins prévalente dans le domaine de la lutte au tabagisme, si l'on excepte l'utilisation de produits de remplacement. Les travaux récents de Ritter et Cameron (cités dans Choinière et coll. 2007) à partir d'une recension sur les stratégies de réduction des méfaits dans le domaine des dépendances, arrivent à la conclusion que l'efficacité de telles politiques a été prouvée dans le cas des drogues illicites mais pas dans celui du tabagisme. D'autre part, selon Greaves et coll. (2003), bien que la cessation tabagique pendant la grossesse soit considérée comme étant ce qui est le plus bénéfique, des stratégies de réduction des méfaits sont préférables à l'absence de mesures et doivent être considérées chez les femmes enceintes qui fument beaucoup ou qui continuent de fumer tout au long de leur grossesse. Ces stratégies peuvent être la diminution de la consommation de tabac, des périodes d'arrêts pendant la grossesse et à l'approche de l'accouchement, l'adoption de saines habitudes de vie, la réduction de l'exposition à la fumée secondaire et les mesures prises face au tabagisme du partenaire (Greaves et coll., 2003). Notre recherche a mis en lumière l'effet bénéfique des encouragements du personnel médico-social face à la réduction du nombre de cigarettes consommées chez les mères rencontrées. Ces encouragements contribuent largement à l'établissement d'un climat de confiance et à une meilleure diffusion de l'information.

RÉFÉRENCES

Association pharmaceutique canadienne (2007) *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*. Toronto : Association pharmaceutique canadienne.

Audet, C., April, N., Guyon, L., De Koninck, M, (2006) *Représentations de la consommation d'alcool pendant la grossesse et perceptions des messages de prévention chez des femmes enceintes*. Institut national de santé publique du Québec.

Albrecht, S. A., Higgins, L.W., Stone, C. (1999) « Factors relating to pregnant adolescent's decisions to complete a smoking cessation intervention ». *Journal of Pediatric Nursing*, 14 (5): 322-328.

Ben Amar, M et Légaré, N. (2006) *Le tabac à l'aube du 21^e siècle : mise à jour des connaissances*. Montréal : Centre québécois de lutte aux dépendances.

Bloch, M. (2006) « Le tabac tue les femmes : connaissances actuelles sur les effets indésirables du tabagisme sur la santé ». In Greaves, L., Jategaonkar, N. et Sanchez, S. (éds.) : *Pour tourner la page – Les femmes, le tabac et l'avenir*. Vancouver : Centre d'excellence pour la santé des femmes de Colombie-Britannique et International Network of Women against Tobacco.

Bottorff, J.L., Kalaw, C., Johnson J.L., Chambers, N., Stewart, M., Greaves, L. et Kelly, M. (2005) « Unraveling Smoking Ties : How Tobacco Use Is Embedded in Couple Interactions ». *Research in Nursing & Health*, 28 : 316-328.

CalEPA - California Environment Protection Agency (2005). Air Resources Board, Office of Environmental Health Hazard Assessment (2005). *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant*, Rapport final, mars 2005.

Choinière, D, Rogers, B., Kaiserman, M., J., (2007) Concepts liés à la réduction des méfaits dans la lutte au tabagisme. *Drogues, Santé et Société*, 6 (1) : 315-336.

Cnattingius, S. (2004) « The epidemiology of smoking during pregnancy: Smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes ». *Nicotine & Tobacco Research*, 6 (2): S125-S140.

Collège des médecins du Québec et Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1999) *La prévention et l'abandon du tabagisme : lignes directrices*. Montréal : CMQ et DSP de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Copelton, D. A. (2003) « *Pregnancy by the Book: Women's Accomodation and Resistance to Medicalized Pregnancy Practices* » Diss. Binghamton University, State University of New-York.

Fiore M, Bailey W, Cohen S., S.F., D., M.G., G., E.R., G., et al. (2000) *Treating tobacco use and dependence. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research

- French, G.M., Groner, J.A., Wewers, M.E. et Ahijevych, K. (2007) « Staying smoke free: an intervention to prevent postpartum relapse ». *Nicotine and Tobacco Research*, 9(6) : 663-670.
- Graham H, Francis B, Inskip HM, Harman J. (2006) « Socioeconomic lifecourse influences on women's smoking status in early adulthood ». *J Epidemiol Community Health*, 60(3) :228-33.
- Greaves, L., Cormier, R., Devries, K., Bottorff, J., Johnson, J., Kirkland, S., Aboussafy, D. (2003) *Le renoncement au tabac et 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*. Vancouver : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.
- Guérin, D., Guyon, L., Fournier, M., Gillet, M., Payette, Y et Laguë, J. (2006) *La fumée du tabac secondaire : effets sur la santé et politiques de contrôle de l'usage du tabac dans les lieux publics*. Institut national de santé publique.
- Guyon, L., Audet, C., April, N. et De Koninck, M. (2007) « Tabagisme et grossesse : représentations sociales chez des mères québécoises », *Drogues, Santé et Société*, 6 (1) : 105-142.
- Haslam, C. et Draper, E. (2000) « Stage of change is associated with assessment of the health risks of maternal smoking among pregnant women ». *Social Science & Medicine*, 51 : 1189-1196
- Hotham, E.D., Atkinson, E.R. et Gilbert, A.L. (2002) « Focus Groups with pregnant smokers : barriers to cessation, attitudes to nicotine patch use and perceptions of cessation counselling by care providers ». *Drug and Alcohol Review*, 21 : 163-168.
- Jodelet, D. (1994) Représentation sociale : Phénomènes, concept et théorie, in Moscovici (sous la direction de), *Psychologie sociale*. Paris PUF.
- Jumel, M-P. (2005) « À l'écoute des femmes devenues mères », *Alcool, grossesse et santé des femmes*, 29-34. A.N.P.A.A. 59-Comité Départemental de Prévention, Lille.
- Kairouz, S., Payette, Y., Nguyen, C.T., et Guyon, L. (à paraître) *Monitorage du plan québécois de lutte au tabagisme*. Institut national de santé publique.
- Kairouz, S., Montreuil, A., Poulin, I., Payette, Y., Hamel, D. et Tremblay, M. (2007) *Connaissance, utilisation et perception des interventions en arrêt tabagique chez les fumeurs québécois*. Institut national de santé publique du Québec.
- Lalonde, M. et Heneman, B. (2004) *Avis scientifique : La prévention du tabagisme chez les jeunes*. Institut national de santé publique du Québec.
- Lelong, N., Kaminski, M., Saurel-Cubizolles, M.J. et Bouvier-Colle, M.H. (2001) « Postpartum return to smoking among usual smokers who quit during pregnancy », *European Journal of Public Health*, 11 (3) : 334-339.
- Lendahls, L., Öhman, L., Liljestrand, J. et Håkansson, A. (2002) « Women's experiences of smoking during and after pregnancy as ascertained two to three years after birth », *Midwifery*, 18 : 214-222.
- Lumley J., Oliver S.S., Chamberlain C., Oakley L. (2006) « *Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Review)* ». The Cochrane Library, 2.

- Martin, C., Boyer, G., Beaugerard, D., DeBlois, S., Denhez, L., Durand, D., Fortier, M., Ouellet, F., Parenteau, S. et Stewart, B. (1995) *Naître égaux grandir en santé : un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique et Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004) *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : cadre de référence*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Morales-Suarez-Varela, M., Camilla, B., Kaare, C. et Jorn, O. (2006) « Smoking Habits, Nicotine Use, and Congenital Malformations ». *Obstetrics & Gynecology*, 107 (1) : 51-57.
- Moran, S., Thorndike, A.N., Armstrong, K., Rigotti, N.A. (2003) « Physicians' missed opportunities to address tobacco use during prenatal care ». *Nicotine & Tobacco Research*, 5 : 363-368.
- Mullen PD. (2004) How can more smoking suspension during pregnancy become lifelong abstinence? Lessons learned about predictors, interventions, and gaps in our accumulated knowledge. *Nicotine & Tobacco Research*, 6 Suppl 2 : S217-38.
- Muller, J. (1987) « *Smoking in pregnancy : a needs assessment* ». Queen Elizabeth Hospital, Brisbane. Report to the Anti-Smoking Committee of the Queensland Cancer Fund.
- Neill, G., Beauvais, B., Plante, N. et L., N., Haiek (2006) *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*. Québec. Institut de la Statistique du Québec, 92 p.
- Orleans, T.C., Barker, D.C., Kaufman, N.J., Marx, J.F. (2000) « Helping pregnant smokers quit' meeting the challenge in the next decade ». *Tobacco Control*, 9 (Supp III) — iii6-iii11.
- Prochaska, J.O. et DiClemente, C.C. (1984) *The transtheoretical approach : crossing traditional boundaries*. Illinois : Dow Jones-Irwin.
- Reitzel., L.R., Vidrine, J.I., Li, Y., Mullen, P.D., Velasquez, M.M., Cinciripini, P.M., Cofta-Woerpel, L., Greisinger, A. et Wettwer. D.W. (2007) The influence of subjective social status on vulnerability to postpartum smoking among young pregnant women. *American Journal of Public Health*, 97 (8) : 1476-1482.
- Ruggerio, L., Tsoh, J.Y., Everett, K., Fava, J.L. et Guise, B.J. (2000) « The transtheoretical model of smoking : comparaison of pregnant and non pregnant women ». *Addictive Behaviors*, 25 (2) : 239-251.
- Santé Canada (2001) *Le tabagisme chez les femmes pendant les périodes prénatale et postnatale. Leçons tirées de la Stratégie de réduction de la demande de tabac*. Ottawa : Santé Canada. [En ligne] http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/tobac-tabac/prenatale/prenatale_f.pdf.
- Schaffer, M.A. et Lia-Hoagberg, B. (1997) « Effects of Social Support on Prenatal Care and Health Behaviors of Low-Income Women ». *JOGNN Clinical Studies*, 26 (4) : 433-440.
- Severson, H.H., Andrews, J.A., Lichtenstein, E., Wall, M. et Zoref, L. (1995) « Predictors of smoking during and after pregnancy : a survey of mothers of newborns », *Preventive Medicine*, 24 : 23-28.

- Sims-Jones, N., Chamberlain, M., Edwards, N., Hotte, A. et Cushman, R. (1998) *Smoking behavior during pregnancy & postpartum : living with tobacco use in childbearing families*. Ottawa : Community Health Research Unit.
- Statistique Canada (2005) *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, cycle 3.1*. Ottawa : Statistique Canada.
- Statistique Canada (2004) *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003, cycle 2.1*. Ottawa : Statistique Canada.
- Thompson, K.A., Parahoo, K.P., McCurry, N., O'Doherty, E. et Doherty, A.M. (2004) « Women's perceptions of support from partners, family members and close friends for smoking cessation during pregnancy – combining quantitative and qualitative findings ». *Health Education Research*, 19 (1) 29-39.
- USDHHS (2004) *The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General – Executive Summary*. : U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Villalbi, J.R., Salvador, J., Cano-Serral, G., Rodriguez-Sanz, M.C., Borrell, C. (2007) « Maternal smoking, social class and outcomes of pregnancy ». *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21 (5) : 441-447.
- Wakefield, M., Reid, Y., Roberts, L., Mullins, R. et Gilles, P. (1998) « Smoking and smoking cessation among men whose partners are pregnant: a qualitative study ». *Social Science Medicine*, 47 (5) : 657-664.
- Windsor, R., Oncken, C., Henningfield, C., Hartmann, K., Edwards, N. (2000) « Behavioral and pharmacological treatment methods for pregnant smokers: issues for clinical practice ». *JAMWA*, 55 (5) : 304-310.

MÉTHODOLOGIE

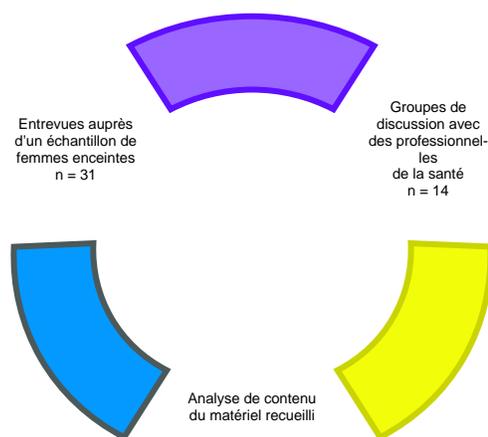
Notre étude menée auprès de femmes enceintes et de professionnels et professionnelles en périnatalité était essentiellement de nature qualitative. Le principal souci dans la constitution de notre échantillon a été de représenter la diversité sociale et économique, compte tenu de l'influence documentée du statut socioéconomique sur le développement des représentations et l'adoption de comportements tels que l'usage d'alcool et de tabac (Bottorff et al, 2005; Thompson et al, 2004; Wakefield et al, 1998; Schaffer et al, 1997). Ainsi, un certain nombre de femmes enceintes ont été recrutées dans le cadre du programme OLO (œufs, lait, jus d'orange), car il s'agit d'un programme destiné à des mères de milieux socioéconomiques défavorisés alors qu'un autre groupe de femmes enceintes a été recruté dans le cadre de cours prénatals offerts par les CSSS, auxquels participent des femmes de milieux socioéconomiques divers. Elles ont été rencontrées entre avril et juin 2005, dans deux régions, soit à Montréal et à Québec. Au total, 33 entrevues ont été réalisées, mais les propos de deux participantes n'ont pas fait l'objet d'une analyse puisqu'elles ne représentaient pas le groupe auquel elles étaient identifiées (OLO ou cours prénatals).

	FEMMES RECRUTÉES DANS LE PROGRAMME OLO	FEMMES RECRUTÉES DANS LES COURS PRÉNATALS
MONTRÉAL	8	9
QUÉBEC	6	8
TOTAL	14	17

Un schéma d'entrevue a été construit, incluant des questions sur le suivi de grossesse, les habitudes de vie, l'environnement social et l'information reçue. Une fiche sociodémographique a également été complétée pour chaque participante. Les entrevues ont été transcrites et ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique.

Deux groupes de discussion ont été réalisés auprès de divers professionnels et professionnelles en périnatalité, ce qui nous a permis de documenter les interventions existantes, de mesurer l'adéquation des messages utilisés avec les représentations et perceptions des femmes et de valider les premiers résultats de recherche. Les informations tirées de ces rencontres ont été croisées à celles recueillies auprès de l'échantillon de femmes enceintes.

Collecte et analyse de données



PRÉVENTION DU TABAGISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

Rédaction :

Lyne Chayer

Institut national de santé publique du Québec

Mise en page :

Soudad Ouchelli

Institut national de santé publique du Québec

Remerciements :

Nous désirons remercier les femmes qui ont bien voulu participer à notre étude de même que les professionnels et les professionnelles de la santé qui ont été rencontrés. Un grand merci aux institutions qui nous ont ouvert leur porte dans ce projet. Également, nous tenons à souligner le soutien offert par Johanne Laguë et Yves Payette de l'Institut national de santé publique du Québec.

N° de publication : 768

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. 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 suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-52693-3 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-52694-0 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2008)

**Institut national
de santé publique**

Québec 