

Le tabagisme chez les femmes pendant les périodes prénatale et postnatale

Au cours de la dernière décennie, on a assisté à une prise de conscience croissante de la multiplicité et de la gravité des effets sur la mère comme sur le fœtus de la consommation de produits du tabac et de l'exposition à la fumée de tabac ambiante (FTA) pendant la grossesse. Un survol de la documentation réalisé par Santé Canada sur le tabagisme et l'exposition au tabac avant la conception et pendant les périodes prénatale et postnatale a mis en évidence une série de répercussions néfastes sur la santé¹. Le tabagisme chez la femme enceinte a été associé à des cas d'insuffisance pondérale à la naissance, de placenta prævia et d'accouchement prématuré. La fumée de tabac ambiante a été liée à des infections de l'oreille, à diverses maladies respiratoires et à la mort subite du nourrisson chez les bébés et les enfants.



À l'intérieur : PRINCIPALES LEÇONS

- 4** Malgré leur motivation, les femmes enceintes ont de la difficulté à renoncer au tabac.
- 8** La plupart des femmes qui cessent de fumer pendant leur grossesse rechutent après la naissance du bébé.
- 10** Diverses mesures ont été mises en place pour accroître l'efficacité des programmes.
- 14** Lorsqu'ils reçoivent une formation et un soutien appropriés, les intervenants ont l'impression de pouvoir jouer un rôle très efficace.
- 18** Il faudrait sensibiliser les familles à la nécessité de créer un foyer sans fumée pour les bébés et les enfants.

Au début de la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT), environ 37 % des Canadiennes en âge de procréer fumaient². Peu de programmes étaient spécifiquement conçus pour aider les femmes qui souhaitaient réduire leur consommation de tabac pendant la grossesse ou offrir à leur bébé un foyer sans fumée. Les femmes enceintes et celles venant d'accoucher ont été désignées comme un des principaux groupes cibles de la SRDT. Des mesures ont été prises en vue de trouver et d'offrir aux femmes les programmes et les ressources dont elles ont besoin pendant les périodes prénatale et postnatale, et de donner aux intervenants qui travaillent auprès des femmes enceintes des renseignements sur les programmes efficaces. Ces efforts ont permis de mettre de nouveaux programmes à la disposition des femmes comme des dispensateurs de services.

¹ Edwards, N., Sims-Jones, N., Hotz, S. (1994) *Usage du tabac en période pré et postnatale : revue des documents de référence*, Ottawa, Santé Canada.

² Santé Canada (1994) *Stratégie de réduction de la demande de tabac : une vue d'ensemble*.

information

Contexte : Information sur le contrôle du tabac au Canada et le présent document.

1 Au sujet de la Stratégie de réduction de la demande de tabac.

En février 1994, le gouvernement fédéral lançait la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT), un programme de trois ans visant à combattre l'usage du tabac au Canada. La SRDT s'inscrivait dans la continuité du travail et des orientations de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme (SNLT), mise sur pied en 1987. En accord avec la SNLT, les trois objectifs de la SRDT étaient les suivants :

- aider les non-fumeurs à le demeurer ;
- encourager et aider ceux qui veulent cesser de fumer à le faire ;
- protéger la santé et les droits des non-fumeurs.

2 Au sujet de la série de résumés – leçons tirées de la SRDT.

Le texte que voici fait partie d'une série de cinq résumés qui mettent en évidence les leçons tirées de la SRDT. Les autres thèmes abordés sont les jeunes, les Autochtones, les francophones et les femmes. Ces résumés visent à aider les professionnels de la santé et les décideurs à mettre au point les futures interventions en matière de réduction du tabagisme. Chaque résumé recense les principales leçons qui ont été tirées du travail accompli sur le sujet en question et trace le profil de quelques-uns des nombreux projets communautaires et ressources locales et nationales élaborés dans le cadre de la SRDT. Ces projets et ressources sont décrits tout au long des résumés. Les codes, comme « A4 » et « W10 », qui apparaissent çà et là dans les résumés, renvoient à la liste complète des ressources donnée à la fin de chacun d'eux.

3 À propos de l'Initiative de lutte contre le tabagisme.

L'Initiative de lutte contre le tabagisme a été annoncée en novembre 1996 et représente un engagement fédéral de 100 millions de dollars sur cinq ans, débutant en 1997–1998. Cette vaste stratégie comporte quatre volets principaux : loi et règlements, application de la loi, recherche et éducation du public.

S'appuyant sur les leçons tirées et les résultats obtenus dans le cadre de la Stratégie de réduction de la demande de tabac et d'autres stratégies antitabac, le volet éducation du public de l'Initiative vise à améliorer la santé et la qualité de vie en général des Canadiens et des Canadiennes, en particulier les jeunes, par :

- la définition et la communication des meilleures pratiques ;
- la formation et la consultation, afin que les collectivités soient plus aptes à offrir de bons programmes de réduction du tabagisme ;
- la sensibilisation du public aux méfaits du tabac et à l'industrie du tabac.

En partenariat avec les provinces, les territoires, les organismes de la santé, les groupes communautaires et les organismes de service à la jeunesse, l'Initiative intensifiera les efforts de prévention, de protection et d'abandon du tabac amorcés dans le cadre de la Stratégie de réduction de la demande de tabac.

REMERCIEMENTS

Santé Canada tient à remercier la D^{re} Nancy Edwards, du Centre de recherche pour la santé communautaire de l'Université d'Ottawa, qui a réalisé les recherches documentaires initiales ; Mona Wynn, de Cambium Consulting, qui a rédigé ce résumé ; DesignCo, qui s'est occupé de la conception graphique et de la présentation du résumé.

Also available in English as "Prenatal and Postpartum Women and Tobacco".

© Santé Canada 1999

4 Au sujet du présent résumé – Le tabagisme chez les femmes pendant les périodes prénatale et postnatale.

L'initiative prénatale et postnatale entreprise dans le cadre de la SRDT comportait des survols de la documentation, de vastes enquêtes, des études qualitatives, des études spécialisées devant permettre de concevoir et de mettre à l'essai des interventions et des projets d'élaboration de ressources. Un

travail de synthèse a été réalisé tout au long de 1997 en vue de regrouper les conclusions et de donner un aperçu de tous les projets et activités concernant les femmes pendant la grossesse et la période postnatale, s'inscrivant dans le cadre de la SRDT. Les leçons dégagées de ce travail sont regroupées selon cinq grands thèmes qui sont présentés dans ce résumé.



première

Première leçon : Malgré leur motivation, les femmes enceintes ont de la difficulté à renoncer au tabac.



1 Il est difficile d'obtenir des chiffres exacts sur la question, mais il semble que les taux de prévalence du tabagisme pendant la grossesse aient chuté entre les années 60 et les années 90.

Selon un survol de la documentation réalisé avant la SRDT sur le tabagisme chez les femmes enceintes (P3), il n'existait aucune donnée nationale permettant de dégager les tendances relatives au tabagisme pendant la grossesse au Canada. L'étude a fait appel à des données provinciales et à des sources de renseignements américaines et européennes pour analyser les tendances relatives à la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes. Le tableau qui s'en dégage révèle les tendances concernant la prévalence du tabagisme en général, à savoir que les femmes enceintes sont proportionnellement moins nombreuses à fumer pendant les années 90 qu'au cours des années 60.

2 L'intention de cesser de fumer semble plus grande chez les femmes pendant la grossesse qu'à tout autre moment de leur vie.

Pendant la grossesse, il est probable que les fumeuses s'interrogent sur leurs habitudes de consommation de tabac et tentent de les modifier. Dans les études qualitatives réalisées dans le cadre de plusieurs projets communautaires relevant de la SRDT, les femmes enceintes ont indiqué vouloir s'affranchir de la cigarette et être disposées à participer à l'élaboration et à la mise à l'essai de ressources et de programmes (B6,

K2, S16, T12). Les études citées dans le survol de la documentation effectué avant la SRDT (P3) montrent que les femmes enceintes sont proportionnellement plus nombreuses à cesser de fumer et fument moins en moyenne que les fumeuses qui ne sont pas enceintes. Toujours d'après le survol, les femmes semblent donner suite très tôt à leur intention de renoncer à la cigarette. En effet, la plupart des fumeuses enceintes qui tentent de se libérer de la cigarette le font pendant le premier trimestre de la grossesse.

3 Selon les données de l'enquête menée dans le cadre de la SRDT, la majorité des femmes qui fument actuellement ont continué de le faire pendant leur dernière grossesse.

L'Enquête sur le tabagisme au Canada (S8) a recueilli des éléments d'information auprès d'un échantillon d'environ 15 800 Canadiens de plus de 15 ans. L'information a été recueillie sur quatre cycles de trois mois. L'enquête a mesuré les taux de tabagisme et les changements dans les habitudes liées à la cigarette au cours d'une année. Il s'agissait aussi de l'une des premières enquêtes nationales sur le tabagisme à recueillir des données précises sur le tabagisme chez les femmes enceintes.

Au cours du premier cycle, l'enquête a établi que la prévalence du tabagisme chez les femmes en âge de procréer (15 à 44 ans)



s'élevait à près de 34 %. Les taux de prévalence du tabagisme étaient de 29 % chez les filles âgées de 15 à 19 ans, de 38 % chez les femmes de 20 à 24 ans et d'un peu plus de 34 % chez celles de 25 à 44 ans.

De toutes les femmes âgées de 20 à 44 ans (fumeuses et non-fumeuses) qui avaient été enceintes au cours des cinq années précédant l'enquête, 19 % ont déclaré avoir fumé « régulièrement » pendant leur dernière grossesse. Par contre, 58 % des femmes qui fumaient au moment de l'enquête ont indiqué avoir fumé pendant leur dernière grossesse (S8, Cycle 4).

La grossesse est une période où beaucoup de femmes s'interrogent sérieusement sur leurs habitudes de consommation de tabac, qu'elles réussissent ou non à s'affranchir de la cigarette. Dans une étude qualitative réalisée auprès de 43 femmes, bon nombre d'entre elles ont décrit leur grossesse comme une période où elles ont posé un regard différent sur leur consommation de tabac (R7). Étant donné que les femmes enceintes sont ouvertes à une réflexion sur le rôle que joue le tabagisme dans leur vie, la période prénatale se prête bien à une intervention visant à réduire la consommation de tabac.

4 Certains groupes de femmes ont plus de difficulté que d'autres à renoncer à la cigarette.

Les travaux réalisés dans le cadre de la SRDT ont mis en évidence plusieurs différences entre les femmes qui cessent de fumer et celles qui continuent de fumer pendant leur grossesse. Le tabagisme pendant la grossesse est le plus répandu chez les femmes qui ont 20 ans ou moins et plus fréquent chez celles qui ont commencé à fumer tôt dans leur vie (P3). Les femmes enceintes qui sont confiantes dans leur capacité de renoncer à la cigarette et qui sont très conscientes des risques associés au tabagisme semblent réussir à se libérer de la cigarette et à demeurer non-fumeuses, même si elles ne bénéficient d'aucune intervention (R7).

Étant donné le taux de prévalence du tabagisme relativement élevé observé chez les femmes enceintes, on doit se poser la question : Pourquoi les femmes fument-elles pendant leur grossesse? Le contexte social dans lequel évoluent les femmes explique en grande partie qu'elles continuent de fumer pendant leur grossesse. Celles qui continuent de fumer lorsqu'elles sont enceintes sont généralement entourées de membres de la famille et d'amis qui fument. Un survol de la documentation sur le tabagisme et les femmes à haut risque montre que le maintien de l'habitude de la cigarette pendant la grossesse est associé entre

autres au fait d'avoir un partenaire fumeur et à l'exposition à la fumée de tabac ambiante (S4). Dans une étude sur les femmes qui fument pendant la grossesse et la période postnatale, plus de 50 % des 226 répondantes ont déclaré qu'au moins la moitié de leurs proches, amis et membres de la famille, fumaient (R7).

5 On pourrait réduire le pourcentage de femmes qui fument pendant leur grossesse si on leur offrait du soutien.

Il existe relativement peu de données indiquant le genre de méthodes (p. ex. la thérapie de substitution de la nicotine, les démarches collectives, les guides individuels) qu'utilisent les fumeuses pour renoncer à la cigarette pendant leur grossesse. Environ 13 à 21 % des femmes arrêtent spontanément de fumer (sans l'aide d'un intervenant) lorsqu'elles songent à devenir enceintes ou dès qu'elles découvrent qu'elles le sont (P3, T2e). En outre, il est possible que de 2 à 22 % des femmes enceintes qui fument cessent spontanément de fumer plus tard au cours de leur grossesse (P3, T2e). Au total, la proportion de fumeuses qui peuvent cesser spontanément de fumer pendant leur grossesse varie de 15 % à 43 %. On pourrait sans doute augmenter ces chiffres si l'on offrait aux femmes enceintes une série d'interventions et d'options spécialement conçues pour faciliter le sevrage tabagique chez cette clientèle.

Conseils aux FEMMES AUTOCHTONES pendant la grossesse

La Northern Family Health Society de Prince George, en Colombie-Britannique, souhaitait exercer une influence sur la consommation de tabac chez les femmes autochtones enceintes.

Elle a utilisé des fonds alloués dans le cadre de la SRDT pour élaborer un guide, *The Smoke Free Journey Counselling Guide* (S16), qui offre aux conseillers non professionnels la possibilité d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences pour être mieux en mesure de discuter avec les femmes autochtones des moyens de réduire la consommation de tabac pendant leur grossesse. Le guide propose, en matière de counselling, des démarches axées sur les solutions et intègre des enseignements tirés du Cercle d'influences et de l'Arbre sacré, qui améliorent l'utilité des outils antitabagisme qui existent déjà pour les femmes autochtones. Une série de trois affiches adaptées à la réalité culturelle autochtone a aussi été conçue pour mieux sensibiliser les femmes enceintes et leur famille.

Northern Family Health Society
1010-B 4th Avenue
Prince George (C.-B.) V2L 3J1
Téléphone : 250-561-2689



Soutien aux JEUNES FEMMES ENCEINTES qui veulent renoncer à la cigarette

Les dispensateurs de services du Réseau des jeunes parents célibataires, à Ottawa, avaient constaté qu'un grand nombre de jeunes femmes qui faisaient appel à leurs services étaient des fumeuses. Lorsqu'ils ont tenté de trouver un programme d'aide au sevrage tabagique pour le groupe, ils ont découvert qu'il n'existait aucune ressource qui tenait compte à la fois des problèmes des jeunes et des problèmes liés à la grossesse et à la monoparentalité. Grâce aux fonds reçus de la SRDT, le réseau a élaboré un nouveau pro-

gramme en français et en anglais, *Maman, on écrase!* (K2). Ce programme d'aide prévoit huit séances de groupe. Même s'il incite les participantes à cesser de fumer, il offre aussi comme options la réduction de la consommation de tabac et la modification d'autres habitudes de vie. La formule du programme étant souple, les participantes ont la possibilité de choisir les sujets dont elles veulent discuter au lieu de se voir imposer un programme. Le programme a permis de tirer une leçon importante, à savoir qu'il est important que les jeunes

femmes enceintes et les jeunes chefs de familles monoparentales aient l'occasion de discuter de tous les facteurs de stress auxquels elles font face dans la vie, avec lesquels elles composent en fumant, et que le fait d'en parler est un bon point de départ vers la réduction ou l'abandon de l'usage du tabac.

Réseau des jeunes parents célibataires
659, rue Church
Ottawa (Ontario) K1K 3K1
Téléphone : 613-749-4584
Télécopieur : 613-749-7018

Deuxième leçon : La plupart des femmes qui cessent de fumer pendant leur grossesse rechutent après la naissance du bébé.

1 Les femmes qui cessent de fumer pendant leur grossesse font souvent une rechute après la naissance du bébé.

Si la plupart des fumeuses réussissent à renoncer à la cigarette à un moment donné lorsqu'elles envisagent de devenir enceintes ou au début de la grossesse, beaucoup ont de la difficulté à demeurer non fumeuses. Selon un survol de la documentation réalisé avant la SRDT, environ 60 % des femmes qui renoncent à la cigarette pendant une partie ou toute la durée de leur grossesse recommencent à fumer avant que leur bébé n'atteigne l'âge de six mois (P3). Ce taux élevé de rechute implique des répercussions néfastes sur la santé d'une forte proportion de fumeuses ainsi que sur les bébés et les enfants exposés à la fumée de tabac ambiante.

2 Les attentes des femmes et l'attitude de leur famille et de leurs amis jouent un rôle dans la rechute observée pendant la période postnatale.

Diverses raisons expliquent que les femmes recommencent à fumer après la naissance du bébé. Dans certains cas, la femme se propose de renoncer à la cigarette seulement pendant sa grossesse et non pas à long terme. Il arrive que ce point de vue soit partagé par l'entourage de la femme, soit son partenaire, sa famille et ses amis, qui s'attendent tous à ce qu'elle recommence à fumer après sa grossesse et qui,

habituellement, continuent de fumer pendant sa grossesse. En fait, si l'on fait abstraction du rôle joué par la famille et les amis dans la rechute observée pendant la période postnatale, l'efficacité des interventions risque d'être réduite (E10).

3 Les recherches réalisées dans le cadre de la SRDT ont attiré l'attention et mis l'accent sur la période postnatale.

Deux projets de recherche en milieu universitaire ont été entrepris dans le cadre de la SRDT. La School of Nursing et l'Institute of Health Promotion Research de Vancouver ont mis à l'essai une inter-



vention axée sur la prévention des rechutes, qui consistait à offrir des conseils individuels à l'hôpital au moment de la naissance, suivis de séances téléphoniques de suivi (E10). Au total, 254 femmes ont pris part à l'étude qui a abouti à la conclusion que des interventions peuvent être efficaces pendant la période postnatale.



Un second projet a été mené par le Centre de recherche pour la santé communautaire à Ottawa. Il comprenait deux volets : une étude qualitative réalisée auprès de 43 femmes, où l'accent était mis sur les facteurs contextuels qui ont influé sur leur décision de cesser de fumer, de demeurer non fumeuses ou de recommencer à fumer pendant leur grossesse et après la naissance du bébé, et une étude longitudinale qui visait à observer 109 femmes pendant leur grossesse et 117 femmes pendant la période postnatale en vue de dégager les facteurs de prédiction de leur évolution à divers stades de leur préparation au renoncement (R7). Selon l'étude qualitative, le milieu dans lequel évolue la femme, le degré de sa dépendance à la nicotine, sa perception d'elle-même comme fumeuse et son réseau de relations sociales sont autant de facteurs qui doivent être pris en considération si l'on veut que les interventions antitabagisme portent fruit. D'après l'étude longitudinale, les femmes sont proportionnellement plus disposées à faire des efforts pour cesser de fumer pendant la grossesse qu'après la naissance du bébé, et dans les deux groupes, la décision de renoncer à la cigarette était davantage motivée par un souci de préserver la santé de leur bébé que leur propre santé.

Prévention DES RECHUTES pendant la période postnatale

Comme elle reconnaît que les rechutes postnatales sont fréquentes et représentent un phénomène important qui doit être pris en considération dans les interventions prénatales et post-natales axées sur le renoncement au tabac, la SRDT a prévu une étude importante sur les rechutes, qui a donné lieu à une nouvelle intervention, *Start Quit, Stay Quit* (S17). Ce programme est conçu pour être utilisé pendant la période prénatale et commence à préparer les femmes d'avance à la possibilité d'une rechute après la naissance du bébé et à les aider à prendre des mesures de prévention.

La trousse comprend deux brochures, l'une destinée à la femme, l'autre à son partenaire. Un atelier de formation et un guide axé sur l'accroissement de la motivation des femmes sont mis à la disposition des dispensateurs de services. De grandes affiches ont été conçues pour promouvoir le programme et inciter les femmes à y participer.

Centre de recherche pour la santé communautaire, Université d'Ottawa,
Département d'épidémiologie et de médecine communautaire
451, rue Smyth, Ottawa (Ontario) K1H 8M5
Téléphone : 613-562-5800, poste 8262
Site Web : www.uottawa.ca/academic/med/epi/chru.html

Troisième leçon : Diverses mesures ont été mises en place pour accroître l'efficacité des programmes.

1 Avant la mise en œuvre de la SRDT, la plupart des programmes de réduction du tabagisme destinés aux femmes pendant les périodes prénatale et postnatale avaient été conçus dans d'autres pays.

Une liste de programmes d'aide au sevrage tabagique accessibles au Canada, dressée en 1996, faisait état de six programmes destinés aux femmes enceintes (T5). De ce nombre, quatre avaient été mis au point aux États-Unis ou adaptés d'un programme américain. Si tous ces outils avaient été spécifiquement conçus pour tenir compte des facteurs liés au renoncement au tabac pendant la grossesse, on ignorait dans quelle mesure les programmes élaborés aux États-Unis étaient adaptés au contexte socioculturel canadien. Deux nouveaux programmes élaborés dans le cadre de la Stratégie ontarienne contre le tabagisme (S13, U1) faisaient figure d'exception, mais ces programmes n'ont pas été largement diffusés en dehors de l'Ontario.

2 Dans le cadre de la SRDT, les nouveaux programmes de réduction du tabagisme destinés aux femmes pendant la grossesse et la période postnatale mettent l'accent sur les différents stades de leur préparation au renoncement.

Un seul des programmes d'aide au sevrage tabagique destinés aux femmes enceintes utilisés au Canada avant la mise en œuvre de la SRDT reposait sur le principe des Étapes du changement (S13). Selon ce

modèle, le renoncement au tabac doit être perçu comme un cheminement ou une série d'étapes et non pas comme un événement unique qui survient lorsque la personne cesse effectivement de fumer. Le changement de comportement qui s'observe lorsque la personne s'apprête à renoncer à la cigarette comporte cinq étapes : envisager de cesser de fumer, décider de cesser de fumer, se préparer à cesser de fumer, cesser de fumer et persévérer dans cette voie. Le modèle prévoit la fréquence des rechutes qui peuvent se produire à n'importe laquelle de ces étapes et part du principe que les rechutes doivent être perçues comme un phénomène normal auquel on doit s'attendre de toute personne qui cherche à s'affranchir de cigarette.

Presque tous les programmes de renoncement au tabac axés sur la grossesse et la période postnatale, élaborés dans le cadre de la SRDT, sont fondés sur le modèle des Étapes du changement (B6, K2, R7, S13, S18, T12), de sorte qu'il est reconnu que les femmes enceintes ne se sentent pas toutes prêtes à renoncer à la cigarette et que beaucoup ont besoin d'aide pour se préparer à se défaire de cette habitude pendant leur grossesse.

L'application du modèle des Étapes du changement aux programmes prénatals a toutefois posé certains problèmes importants. D'abord, lorsque le modèle est appliqué à d'autres fumeurs, ces derniers peuvent prendre du temps pour se préparer à cesser de fumer, et les mesures prises



progressivement pour atteindre l'objectif du renoncement, comme une réduction de la consommation, sont considérées comme des progrès. Dans bien des cas, les programmes prénatals visent à réduire les effets néfastes du tabagisme sur la femme enceinte et le fœtus. En conséquence, ils incitent les femmes à chercher à renoncer à la cigarette rapidement. Or, on a constaté que beaucoup de femmes enceintes en sont au stade de la précontemplation ou de la contemplation et ne sont pas tout à fait prêtes à cesser de fumer (P3, R7). C'est dire qu'il faut leur laisser suffisamment de temps pour se préparer à renoncer à la cigarette et à demeurer non fumeuses. Il serait sans doute plus réaliste de recourir à une approche plus graduelle, axée sur la réduction des méfaits, mais celle-ci a l'inconvénient de prolonger l'exposition du fœtus à la fumée du tabac.

3 De nouveaux programmes ont été mis au point pour prévenir les rechutes pendant la période postnatale.

Avant la mise en œuvre de la SRDT, les femmes enceintes qui cessaient de fumer avaient à leur disposition peu de formes d'aide pour maintenir le sevrage pendant la période postnatale. Pour remédier à cette lacune, la SRDT a aidé à mettre l'accent sur les problèmes posés par la période postnatale.

La School of Nursing de l'University of British Columbia (E10) a mis au point une



trousse qui comprend des brochures exposant les risques liés au tabagisme pendant la période postnatale, des moyens de surmonter l'état de besoin et les effets de la fumée de tabac ambiante sur les enfants, une fiche individuelle qui explique comment composer avec des situations à haut risque et transformer des écarts en expériences enrichissantes, et des outils spécialement conçus pour aider à créer un milieu familial sans fumée (p. ex. des autocollants pour les maisons et les voitures). Le programme a été mis en œuvre par des infirmières qui ont rencontré les femmes à l'hôpital au moment de la naissance du bébé. La rencontre a été suivie d'une série de huit séances téléphoniques tenues chaque semaine pendant le premier mois suivant l'accouchement et toutes les deux semaines, au cours des deuxième et troisième mois.

Start Quit, Stay Quit (S17) est un programme qui a été mis à l'essai auprès de femmes

enceintes et de leur partenaire pour prévenir les rechutes pendant la période postnatale. D'autres programmes intègrent la prévention des rechutes pendant la période postnatale aux initiatives prénatales (K2, S13, U1) et offrent une formation aux dispensateurs de soins pour qu'ils puissent bien conseiller les fumeuses et prévenir les rechutes après la naissance du bébé (A2, S17, T12).

4 Il existe un plus vaste éventail de programmes antitabagisme spécialement conçus pour les femmes enceintes.

Les Canadiennes ont maintenant un meilleur accès à plusieurs programmes nationaux et communautaires de réduction du tabagisme pendant la grossesse :

- *Stopping When You're Ready* (S13), une trousse comportant cinq brochures destinées à faciliter le renoncement au tabac et conçues pour chacune des Étapes du

changement, est distribuée à l'échelle nationale.

- Une trousse destinée aux femmes francophones, *Une grossesse sans tabac* (U1), a été revue à la lumière des Étapes du changement.
- La Lung Association of Newfoundland and Labrador a conçu un programme, *Baby's Coming, Baby's Home* (B6), pour aider les femmes enceintes à cesser de fumer et à créer un milieu familial sans fumée.
- *Maman, on écrase!* (K2) est un programme d'entraide qui vise à aider les adolescentes enceintes et les jeunes parents seuls à s'attaquer au tabagisme et aux problèmes qui se posent aux nouveaux parents.
- Le *Smoke Free Journey Counselling Guide* (S16) offre un programme de counselling axé sur le sevrage tabagique et adapté à la réalité culturelle des femmes enceintes autochtones.

5 Il existe peu de programmes spécialement conçus pour certains groupes culturels et linguistiques.

Dans le cadre de la SRDT, deux guides axés sur la période prénatale avaient été spécifiquement mis au point pour des groupes culturels et linguistiques, *Une grossesse sans tabac*, (U1) qui s'adresse aux femmes francophones, et *The Smoke Free Journey Counselling Guide*, qui est destiné aux femmes autochtones (S16). Comme les taux de prévalence du tabagisme sont plus élevés chez les francophones et les Autochtones que dans les

autres groupes de femmes, ils sont sans doute également plus élevés chez les femmes enceintes de ces deux groupes. Il importe que les femmes autochtones et francophones aient accès à un choix de programmes prénatals d'aide au sevrage tabagique, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Ce n'est pas tant le contenu d'un programme que la façon dont il est mis en œuvre qui doit varier d'un groupe culturel à l'autre. Les femmes francophones qui ont pris part à l'évaluation du programme *Une grossesse sans tabac* (U1) ont reçu une séance individuelle de counselling de 15 à 30 minutes avec une infirmière hygiéniste, un exemplaire du guide et trois séances téléphoniques de suivi. Elles ont dit avoir apprécié la première séance individuelle, mais ont trouvé les entretiens téléphoniques moins utiles et auraient souhaité une visite de l'infirmière hygiéniste qui leur aurait apporté un contact humain. Ces observations donnent à penser que les rencontres individuelles conviennent davantage que les approches moins personnelles, telles que les entretiens téléphoniques ou les échanges postaux, lorsqu'on a affaire à des femmes francophones.

Le programme conçu pour les femmes autochtones, *The Smoke Free Journey*, n'a prévu aucun outil que ces femmes puissent utiliser. Il a plutôt mis au point un guide pour aider les intervenants non professionnels à tenir des séances efficaces de counselling individuels. Cette approche a été privilégiée en raison de l'importance plus grande accordée à l'oral qu'à l'écrit chez les Autochtones.

6 On a trouvé des stratégies efficaces pour amener les femmes à prendre part aux interventions.

Il a toujours été difficile de faire participer les femmes à des programmes spécifiquement conçus pour faciliter le sevrage tabagique pendant leur grossesse : faible taux de participation aux séances, promesses de participation non tenues et taux élevés d'abandon des programmes en cours de route. Selon les recherches réalisées dans le cadre de la SRDT, les stratégies de recrutement les plus efficaces sont celles qui mettent à contribution les médecins qui suivent les femmes et les personnes qui travaillent dans leur cabinet (R7, U1). Il ne sert pas à grand-chose d'annoncer un programme de prévention des rechutes pendant la période postnatale en s'attendant à ce que les femmes considèrent qu'une telle initiative pourrait leur être utile, car les personnes qui ont cessé de fumer sous-estiment leurs risques de rechute.

D'après les recherches entreprises dans le cadre de la SRDT, les stratégies de recrutement qui ont permis de joindre le plus grand nombre de femmes admissibles et d'obtenir le taux de réponse le plus élevé ont mis à contribution une infirmière hygiéniste qui était installée dans le cabinet du médecin et qui discutait avec les clientes au moment de leur rendez-vous (R7) et une infirmière qui rencontrait les femmes à l'hôpital lors de leur accouchement (E10). La question du tabagisme peut aussi être abordée dans le cadre de programmes prénatals conçus pour des groupes (K2). Selon les responsables d'autres programmes prénatals efficaces, il est plus

facile d'intégrer des discussions sur le tabagisme aux interventions prénatales individuelles que d'essayer de réunir un groupe uniquement autour de la question du tabagisme (B6, T12, U1).

7 On a réussi à mieux connaître les facteurs qui contribuent au succès des interventions.

D'après les recherches entreprises dans le cadre de la SRDT, une grande confiance dans sa capacité de renoncer au tabac, la perception des risques liés au tabagisme pendant la grossesse et l'intention d'allaiter le bébé sont des facteurs de prédiction de la capacité de traverser avec succès les Étapes du changement et de demeurer non fumeuse (R7). Il ressort d'une deuxième étude qu'une intervention axée sur la période postnatale était très efficace auprès des femmes confiantes de pouvoir résister aux tentations de fumer en société, qui n'avaient pas tenté de cesser de fumer à de multiples reprises et qui ne comptaient pas dans leur entourage (membres de la famille et amis) une majorité de fumeurs (E10).

Le soutien du partenaire contribue pour beaucoup à la réussite des tentatives de renoncement chez les femmes enceintes et à la prévention des rechutes après la naissance du bébé. L'appui reçu du partenaire, qu'il fume ou non, aide la femme enceinte à cesser de fumer et à ne pas faire de rechute pendant la période postnatale (P3, R7).

Intervention auprès

DES FEMMES FRANCOPHONES ENCEINTES

En 1993, une trousse d'aide individuelle au sevrage tabagique destinée aux femmes francophones enceintes, *Une grossesse sans tabac* (U1), a été conçue parallèlement à *Stopping When You're ready* (S13). *Une grossesse sans tabac* est une adaptation, et non une simple traduction, de la trousse anglaise *Stopping when you're ready*, tant sur le plan du contenu que de l'approche. La trousse comprend un questionnaire, des brochures fondées sur les cinq étapes du changement et des encarts dans les brochures.

Dans le cadre de la SRDT, on a intégré à la

trousse le modèle des étapes du changement et mis la trousse à l'essai auprès de la clientèle cible. Les femmes qui ont pris part à l'évaluation (14) ont trouvé que les brochures les avaient aidées à se libérer de la cigarette ou à réduire leur consommation. De plus, les intéressées ont fait lire les brochures à leur partenaire et à d'autres membres de leur famille. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à se servir des ressources pendant leur grossesse que pendant la période postnatale, même si un outil axé sur la période postnatale est prévu dans la trousse.

Le renoncement au tabac pendant la grossesse

AU MOYEN D'UNE APPROCHE PROGRESSIVE

S*topping when you're ready* (S13) est une approche individuelle conçue pour aider les femmes enceintes à renoncer au tabac. Le programme comprend une trousse regroupant cinq brochures, qui correspondent chacune à l'une des cinq étapes du changement. Un bref jeu-questionnaire prévu au début de la trousse aide les femmes à déterminer le stade où elles se trouvent et à choisir la brochure en conséquence. Les brochures comprennent des jeux-questionnaires, des exercices axés sur la prise de conscience, différentes techniques de préparation au sevrage tabagique, des conseils sur la façon de composer avec d'autres fumeurs et d'obtenir du soutien, et des éléments d'information précis sur le tabagisme et la grossesse. Bon nombre des brochures contiennent des encarts qui peuvent être détachés et utilisés au besoin.

Conçue à l'origine par le Centre de recherche pour la santé communautaire de l'Université d'Ottawa, à l'aide des fonds consentis par le ministère ontarien de la Santé, la trousse a été remaniée, dotée de nouvelles illustrations et distribuée à l'échelle nationale dans le cadre de la SRDT. Elle a été abondamment utilisée dans les services de santé de l'Ontario ainsi que dans le cadre de projets communautaires relevant de la SRDT, soit sous sa forme originale ou comme point de départ de ressources nouvelles. Elle est très appréciée des dispensateurs de services et des femmes enceintes; comme guide d'initiative individuelle, elle convient surtout aux femmes qui lisent couramment.

Cambium Consulting
3054, chemin Klondike
North Gower (Ontario) K0A 2T0
Tél. : 613-489-1999 Téléc. : 613-489-2777

Quatrième leçon : Lorsqu'ils reçoivent une formation et un soutien appropriés, les intervenants ont l'impression de pouvoir jouer un rôle très efficace.

1 Au début de la SRDT, les intervenants ont affirmé manquer de confiance dans leur capacité de conseiller les femmes enceintes sur le tabagisme.

Pendant leur grossesse et la période qui suit leur accouchement, il arrive que les femmes aient affaire à des intervenants très divers, notamment des infirmières hygiénistes et des infirmières en santé communautaire, des membres du personnel hospitalier, des médecins, des employés d'organismes de santé communautaire et de services sociaux. Au début de la SRDT, on a évalué les besoins en formation et en soutien de ces dispensateurs de services pour les aider à intervenir auprès des femmes qui fument pendant leur grossesse et après leur accouchement (B6, T2d, T12).

Les intervenants qui sont en mesure d'aider les fumeuses enceintes à cesser de fumer estiment avoir besoin de plus de formation pour bien s'acquitter de ce rôle. D'après les résultats d'une évaluation des besoins de 66 dispensateurs de services prénatals et postnatals (S14), 25 % seulement des répondants avaient reçu une quelconque formation générale sur le renoncement au tabac, et aucun n'avait reçu de formation spécifiquement axée sur une telle intervention pendant la grossesse et la période postnatale. Moins de la moitié des répondants (44,1 %) estimaient avoir les compétences voulues pour inciter les femmes à cesser de fumer pendant leur grossesse et après leur accouchement. Rares sont les dispensateurs

de services prénatals et postnatals qui se sentaient capables de conseiller les fumeuses enceintes sur l'abandon de la cigarette, et encore moins de s'attaquer au problème des rechutes pendant la période postnatale.

2 Les intervenants ont défini des besoins précis sur le plan des connaissances et des compétences à acquérir pour faciliter le sevrage tabagique pendant la grossesse et la période postnatale.

Les dispensateurs de services ont souligné divers facteurs qui nuisent à une intervention efficace auprès des femmes qui fument pendant leur grossesse et après leur accouchement : manque de ressources spécifiquement consacrées au tabagisme chez les femmes enceintes, matériel inapproprié et absence de programmes adéquats (T2d, B6). Ils estimaient avoir besoin d'une formation pour faciliter le sevrage tabagique à l'aide d'une démarche progressive, prévenir les rechutes pendant la période postnatale et trouver les facteurs qui nuisent au renoncement et y remédier (S14, T12).

Les intervenants ont indiqué avoir besoin d'une aide concrète et précise pour évaluer et conseiller les fumeuses enceintes (S14). Parmi les formes d'aide signalées figuraient :

- des façons de recueillir des éléments d'information complets et pertinents sur les antécédents de consommation de tabac d'une femme enceinte ;

- des suggestions concernant le genre de questions à poser et de conseils à prodiguer aux fumeuses enceintes ;
- une formation sur les méthodes d'intervention actuelles auprès des fumeuses pendant la grossesse et la période postnatale ;
- des techniques permettant d'aider les femmes qui ont déjà cessé de fumer pendant leur grossesse à persévérer dans ce sens pendant la période postnatale.

3 On a acquis de nouvelles connaissances sur les mesures que peuvent prendre les intervenants pour aider les femmes à réussir à renoncer à la cigarette pendant leur grossesse et la période postnatale.

Plusieurs projets de recherche sur les femmes, la grossesse et la période postnatale ont été réalisés dans le cadre de la SRDT (B6, E10, P8, R7, S4, T12, U1). Lorsqu'on les regroupe, les résultats de ces recherches nous aident à mieux comprendre le tabagisme, le renoncement à la cigarette et les motivations des femmes pendant la grossesse et la période postnatale. Ces nouvelles connaissances se traduisent par une amélioration des interventions faites par les dispensateurs de services.

Une des leçons importantes qui se dégagent des recherches est que l'amélioration des outils d'évaluation du tabagisme aide les dispensateurs de services à axer



davantage leurs interventions sur les clientes et à choisir les meilleurs moyens d'offrir aux clientes un soutien individualisé (R7). De manière générale, c'est la grossesse et non pas le tabagisme qui est la raison d'être de la première rencontre entre les dispensateurs de services et les femmes enceintes. Les premiers outils d'évaluation qui comprennent des questions sur le tabagisme peuvent aider l'intervenant à dispenser des conseils et à offrir des renseignements pertinents à l'intéressée et à amorcer une démarche en vue de réduire l'exposition de son bébé à la fumée de tabac.

Les projets prénatals et postnatals entrepris dans le cadre de la SRDT ont aussi permis de mieux comprendre comment appliquer le modèle fondé sur les Étapes du change-

ment, la façon dont il fonctionne et les raisons pour lesquelles il donne de bons résultats (R7, T12, U1). Les recherches réalisées sur ce modèle au cours de la mise en œuvre de la SRDT ont abouti à la conclusion qu'une grande confiance dans sa capacité de réussite aide la femme à traverser avec succès les différentes étapes du renoncement et à demeurer non fumeuse (R7). Il semble qu'un bon moyen d'aider les femmes à atteindre et à maintenir l'objectif du renoncement consiste à les aider à évaluer leur auto-efficacité, autrement dit leur confiance dans leur capacité de réaliser un changement et de faire face aux situations difficiles. C'est pourquoi on a mis au point un instrument pour aider les femmes à déterminer leur auto-efficacité dans des

situations où elles seront tentées de fumer (R7). Cet instrument constitue le point de départ de séances de counselling et de discussions entre le praticien et la femme et peut être utilisé dans tout programme qui s'adresse spécifiquement aux femmes enceintes et aux mères qui fument.

Les intervenants qui cherchent à prévenir les rechutes pendant la période postnatale ont à leur disposition une technique efficace : demander à la cliente si elle entend demeurer non fumeuse ou non après la naissance du bébé. Une intervention axée sur trois facteurs de prédiction des rechutes (perception des risques, auto-efficacité et soutien du partenaire) donne aussi de bons résultats (R7).

4 De nouveaux outils et de nouvelles approches ont été mis au point pour la formation des intervenants.

Au nombre des réalisations importantes de la SRDT, on doit souligner le travail accompli pour offrir aux intervenants une formation solide et du soutien. Dans un premier temps, on a examiné et résumé la documentation concernant les effets de la fumée de tabac ambiante sur la santé des bébés et des enfants, et répertorié les programmes et les ressources accessibles aux intervenants (E11, P3, T2). On a ainsi pu recueillir des données à partir desquelles on a pu concevoir des programmes et des interventions.

On a mis au point un vaste choix d'outils et d'approches pour la formation des intervenants, notamment des feuillets d'instruction, des vidéocassettes d'autoformation assorties de guides et des ateliers de formation intensive de deux jours. Parmi les

outils conçus pour les dispensateurs de services prénatals et postnatals dans le cadre de la SRDT figurent :

- Le *Smoke Free Journey Counselling Guide* (S16), *Maman, on écrase!* (K2) et *Baby's Coming, Baby's Home* (B6), projets consistant en la publication de guides d'autoformation conçus pour aider les intervenants à apprendre à utiliser les outils élaborés dans le cadre du programme, à conseiller les fumeuses pendant la grossesse et la période postnatale et à animer des séances collectives de renoncement au tabac.
- Une vidéocassette et un guide de formation, *Une question d'écoute*, ont été conçus pour aider les intervenants à comprendre et à appliquer une approche progressive auprès des fumeurs et à améliorer leurs compétences en counselling (A2).
- Un atelier interactif de formation des intervenants en périnatalité a été conçu

et mis à l'essai dans le cadre de *Towards Healthy Family Breathing* (T12). L'atelier avait pour objet de déterminer l'attitude personnelle des intervenants face au tabagisme et leur détermination à aborder la question auprès des femmes enceintes qui fument; de les aider à mieux connaître le modèle des Étapes du changement et à se sentir plus confiants dans leur capacité d'appliquer cette approche, et de leur fournir des renseignements pratiques sur l'obtention des ressources accessibles.

- La School of Nursing de l'University of British Columbia (E10) a élaboré un programme de formation pour aider les infirmières à offrir des séances individuelles de counselling en milieu hospitalier, un suivi téléphonique et un soutien en vue de prévenir les rechutes pendant la période postnatale.
- Le Centre de recherche pour la santé communautaire de l'Université d'Ottawa

Une trousse de démarrage à

L'INTENTION DES DISPENSATEURS DE SERVICES

T L'une des premières mesures prises par Santé Canada dans le cadre de la SRDT a consisté à réunir des travaux récents et en cours sur les femmes pendant les périodes prénatale et postnatale et de les présenter sous une forme utile pour les dispensateurs de services. C'est ainsi qu'on a élaboré *Les brochures antitabagisme pour les*

dispensateurs de soins prénatals et postnatals (T2), une série de six brochures qui permettent aux intervenants d'obtenir des données précises sur le tabagisme et la grossesse, des renseignements sur les outils de motivation et d'aide au renoncement accessibles et sur la façon de se les procurer. Ces brochures donnent aussi aux inter-

venants l'occasion de faire le point sur leurs propres expériences et sur les efforts entrepris pour aider les femmes à se libérer de la cigarette pendant les périodes prénatale et postnatale.

Service des publications, Santé Canada
Tél. : 613-954-5995 Téléc. : 613-941-5366

(P8) a mis au point un atelier de deux jours pour aider les intervenants en santé à comprendre et à appliquer le modèle des Étapes du changement dans l'optique de la prévention des rechutes chez les femmes pendant la grossesse et la période postnatale. L'atelier faisait appel à des études de cas et au jeu de rôle pour aider les participants à acquérir les aptitudes voulues pour utiliser le programme *Start Quit, Stay Quit* (S17) individuellement et auprès de groupes.

- Le projet *Smoke Free Environments for Everyone* (S18) consistait à offrir aux intervenants en santé et en services sociaux la formation voulue pour aider les adolescentes enceintes à renoncer à la cigarette au moyen d'un guide individuel.
- Le Council for a Tobacco-Free Region of Peel a conçu une série de guides simples d'une page qui accompagnent une vidéocassette humoristique de sept minutes sur les milieux familiaux sans fumée (T11). Les guides aident les infirmières hygiénistes à aborder la question de la fumée de tabac ambiante et à montrer aux clientes comment créer un milieu familial sans fumée.
- Le Centre de formation et de consultation à Ottawa a envoyé des personnes-ressources dans des centres de santé de l'Ontario où elles ont animé des séances de formation et de consultation de trois à cinq jours et adapté les interventions antitabagiques prénatales et postnatales aux besoins de la communauté (E9).



Amélioration de la capacité D'ÉCOUTE ET DES COMPÉTENCES en counselling

Les vidéocassettes sont un complément ou une solution de remplacement utile aux ateliers de formation. Une *question d'écoute : guide à l'intention des intervenants en soins périnataux* (A2) peut faciliter tout programme de formation axé sur les interventions antitabagisme pendant les périodes prénatale et postnatale. Il s'agit d'une vidéocassette de 35 minutes et d'un guide détaillé qui offrent tous les éléments d'information dont on a besoin pour déterminer dans quelle mesure une femme enceinte est prête à changer ses habitudes de consommation de tabac et qui proposent diverses formes de soutien à chaque stade de préparation des intéressées. On y trouve des renseignements simples et précis, qui

répondent aussi bien aux questions des intervenants qu'à celles de leurs clientes. Et, surtout, c'est une démarche qui incite les intervenants à moins se préoccuper des propos à tenir auprès des clientes en les aidant à se rendre compte que la meilleure forme de soutien à offrir à la femme enceinte qui envisage de cesser de fumer consiste à lui prêter une oreille attentive.

Association canadienne de santé publique
400-1565, avenue Carling
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Téléphone : 613-725-3769
Télécopieur : 613-725-9826
Courriel : hrc/cds@cpha.ca

Cinquième leçon : Il faudrait sensibiliser les familles à la nécessité de créer un foyer sans fumée pour les bébés et les enfants.

1 Le tabagisme chez les femmes enceintes et les rechutes pendant la période postnatale dépendent pour beaucoup de la présence de fumeurs dans leur entourage.

Les femmes enceintes qui fument comptent souvent dans leur entourage immédiat — partenaire, membres de la famille et amis — des fumeurs. Comme leur grossesse les distingue déjà de ces personnes, elles se démarquent doublement de celles-ci en tentant de renoncer à la cigarette. Les projets entrepris dans le cadre de la SRDT ont souvent permis de constater que la présence de fumeurs dans l'entourage immédiat (partenaire, famille élargie et amis) de la femme enceinte influe énormément sur sa capacité de cesser de fumer ou de réduire sa consommation de tabac et sur ses risques de rechute pendant sa grossesse et la période postnatale (E10, P3, P8, R7, S4, T2).

Pour bien des femmes, le fait d'être seules à essayer de modifier leurs habitudes de consommation de tabac tout en étant entourées de fumeurs qui ne font aucun effort dans ce sens compromet leurs chances de réussite. Une leçon importante a été tirée de la SRDT, à savoir que si l'on veut qu'elles soient efficaces, les interventions axées sur la grossesse et la période postnatale doivent viser non seulement la femme enceinte ou la jeune mère, mais tous les fumeurs qui font partie de son entourage (E10, P8, R7).

2 Il faudrait insister davantage sur les programmes qui font la promotion de familles et de milieux familiaux sans fumée.

D'après l'*Enquête sur le tabagisme au Canada*, 32 % de toutes les Canadiennes ont fumé ou été exposées au tabagisme de leur partenaire au cours de leur dernière grossesse, et 74 % de celles qui fumaient au moment de l'enquête avaient soit fumé soit été exposées au tabagisme de leur partenaire au cours de leur dernière grossesse (S8). Plusieurs projets de recherche auprès de groupes cibles, entrepris dans le cadre de la SRDT, ont permis de constater que même si la plupart des femmes étaient conscientes des risques pour la santé du fœtus associés au tabagisme de la mère, beaucoup étaient moins au courant des répercussions de la fumée de tabac ambiante sur le fœtus, le nourrisson et le jeune enfant (B6, S18, T11). On a observé de façon constante que les personnes qui fument et celles qui comptent des fumeurs dans leur milieu familial sont moins conscientes des effets sur la santé de l'exposition à la fumée de tabac ambiante (A3, E1). Un tel constat indique qu'il y a lieu de concevoir des approches qui visent tous les adultes fumeurs qui vivent sous un même toit.

Il ressort des travaux réalisés dans le cadre de la SRDT que la majorité des adultes sont favorables à l'idée d'imposer des restrictions quant aux lieux où les fumeurs peuvent fumer lorsqu'il s'agit de la santé des enfants (A3, E1, E2, E11). C'est dire que les efforts de sensibilisation qui visent tous les fumeurs adultes et qui insistent sur les répercussions

de la fumée de tabac ambiante sur les enfants ont des chances de porter fruit.

Bon nombre d'interventions prénatales axées sur le tabagisme comprennent la diffusion de renseignements sur la fumée de tabac ambiante et sur les moyens que peuvent prendre les femmes enceintes pour créer un milieu familial sans fumée (K2, S13, U1). Même si les femmes sont généralement les premières à imposer des politiques antitabac dans leur milieu familial (R7), il faut se garder de les stresser ou de les culpabiliser davantage en adoptant des stratégies qui semblent faire reposer uniquement sur elles une telle responsabilité. Les programmes qui visent l'ensemble de la famille peuvent atténuer le sentiment de culpabilité éprouvée par la femme lorsqu'on détermine qu'elle doit cesser de fumer parce qu'elle est enceinte, insister sur le fait que la création d'un milieu familial sans fumée est une responsabilité commune de tous les fumeurs qui vivent sous le même toit et offrir aux enfants l'occasion de participer au processus.

3 De nouveaux programmes qui aident les familles à créer un environnement sans fumée ont été mis au point.

Bon nombre de collectivités et d'organismes ont utilisé des fonds alloués par la SRDT pour élaborer de nouveaux outils et programmes de sensibilisation à la fumée de tabac ambiante à la lumière d'une approche axée sur la famille ou le couple. Voici quelques exemples de ces programmes :



- Le Council for a Tobacco-Free Peel Region a conçu une courte vidéocassette, une brochure et un aimant de réfrigérateur qui présentent les effets de la fumée de tabac du point de vue du bébé et dont le slogan et le titre, *Thanks Mommy and Daddy for a Smoke Free Home*, interpellent les deux parents (T11).
- *Baby's Coming, Baby's Home* (B6) comprend une courte vidéocassette et de la documentation qui aident les familles à créer un foyer sans fumée avant l'arrivée d'un nouveau bébé.
- *Start Quit, Stay Quit* (S17) repose sur une approche axée sur le couple, qui offre des conseils pratiques tant à la femme enceinte qu'au futur père qui cherchent ensemble à cesser de fumer et à créer un milieu familial sans fumée.
- La campagne *Donnez-moi de l'oxygène. Si vous devez fumer, allez dehors!*, menée par Médecins pour un Canada sans fumée (T1), fait appel à des médias divers, notamment des affiches sur les autobus, pour inciter tous les fumeurs à s'abstenir de fumer dans les maisons et à ne pas exposer les enfants à la fumée de tabac.
- L'Institut canadien de la santé infantile a mis au point un guide, *Aidons nos enfants à mieux respirer : une ressource communautaire pour réduire l'exposition à la fumée de tabac ambiante* (H2), pour aider les organismes communautaires aux diverses étapes du lancement d'une campagne de sensibilisation du public destinée à réduire l'exposition des enfants à la fumée de tabac ambiante.
- La campagne *Smoke Free Spaces for the Little Reasons*, menée dans le district sanitaire de Gabriel Springs en Saskatchewan (E11), utilise diverses ressources et activités pour sensibiliser la collectivité aux risques pour la santé associés à la fumée de tabac ambiante et incite les fumeurs à s'abstenir de fumer en présence d'enfants et de femmes enceintes.
- Santé Canada a distribué le mini-magazine *Fumer, c'est mauvais pour nous et nos enfants* (S3) par le biais de magazines tels que *Canadian Living*. Cette mini-publication comprend des articles sur les effets de l'exposition à la fumée de tabac ambiante sur le fœtus, les jeunes enfants et d'autres groupes d'âge.

Création d'un milieu SANS FUMÉE pour les bébés

Le Community Health Program de la région de St. John's et la Newfoundland and Labrador Lung Association, conscients du problème de l'exposition des nouveau-nés à la fumée de tabac ambiante, ont décidé de joindre leurs efforts pour aider les femmes à créer un environnement sans fumée pour leur bébé pendant les périodes prénatale et postnatale. C'est ainsi qu'ils ont réalisé une vidéocassette de 10 minutes, *Baby's Coming, Baby's Home* (B6), et des outils d'accompagnement.

Le projet a aussi prévu une formation pour des personnes-ressources qui travaillent auprès des femmes pendant les périodes prénatale et postnatale. Une fois leur formation reçue, les personnes-ressources peuvent utiliser la vidéocassette dans le cadre de séances individuelles ou collectives. La vidéocassette proprement dite, qui est assortie d'un guide de discussion à l'intention de l'intervenant, rend compte du témoignage d'une femme à propos de sa première grossesse et des efforts menés au cours de sa deuxième grossesse pour créer un milieu familial sans fumée. Le matériel d'accompagnement comprend des repères visuels pour la maison, comme une affiche à suspendre à la poignée de porte et des décalcomanies. La vidéocassette et le programme de formation devraient faciliter le travail auprès des femmes à faible revenu ou peu scolarisées.

Principaux éléments D'UNE CAMPAGNE COMMUNAUTAIRE

Lorsque le Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps a entrepris des démarches auprès du district sanitaire de Gabriel Springs pour mettre à l'essai une campagne communautaire de sensibilisation à la fumée de tabac ambiante, il savait qu'il lui faudrait trouver plusieurs moyens de transmettre son message et d'amener la collectivité à prendre part à l'élaboration de la campagne. C'est ainsi qu'est née la campagne *Smoke Free Spaces for the Little Reasons* (E11). En mettant à l'essai toutes les ressources, notamment le slogan, le logo, les affiches et les brochures, les organisateurs de la campagne ont réussi à mieux sensibiliser la collectivité à l'exposition à la fumée de tabac ambiante avant de lancer la campagne!

On a fait appel à un contrat et à un concours assorti d'un tirage afin d'inciter les membres de la collectivité à s'engager à ne pas fumer en présence d'enfants et de femmes enceintes. Les fumeurs qui ont signé le contrat dans lequel ils se sont engagés à ne pas fumer à proximité d'enfants et de femmes enceintes ont pu participer à un

tirage et courir la chance de gagner plusieurs prix offerts par des entreprises locales : une séance-marathon de magasinage de 500 \$ pour les participants de moins de 18 ans et une fin de semaine pour la famille au Fantasyland Hotel, au West Edmonton Mall, pour les participants adultes.

Parmi les autres ressources produites pour la campagne provinciale figuraient une affiche et une brochure à l'intention des femmes enceintes, *You can already see his feet, his hands... but can you see the effects of smoking?*, une affiche et une brochure destinées au grand public, *She needs to breathe more than you need to smoke*, et une brochure d'information, *Tobacco Smoke: The Risk to Unborn Babies, Pregnant Women and Children*.

Pour de plus amples renseignements SUR LA RÉDUCTION DU TABAGISME, CONSULTEZ :

le site Web de Santé Canada :
www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

le site Web du Conseil canadien pour le contrôle du tabac : www.cctc.ca

le site Web de Une Vie 100 Fumer :
www.vie100fumer.com

CODES DES DOCUMENTS PUBLIÉS DANS LE CADRE DE LA SRDT

- A2 Une question d'écoute : guide à l'intention des intervenants en soins périnataux.** 1997, français et anglais.

Il s'agit d'une vidéocassette de 35 minutes et d'un guide de l'animateur conçus pour les dispensateurs de services qui œuvrent auprès des femmes pendant leur grossesse et la période postnatale. Les documents portent sur les techniques de counselling efficaces qui facilitent les discussions sur le tabagisme.

Association canadienne de santé publique
400-1565, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Téléphone : 613-725-3769 Télécopieur : 613-725-9826
Courriel : hrc/cds@cpha.ca

- A3 An Assessment of Knowledge, Attitudes and Practices Concerning Environmental Tobacco Smoke.** 1995, anglais.

Compte rendu inédit d'une enquête menée auprès de 2 300 parents d'enfants âgés de 12 ans et moins et de 700 membres de familles élargies. L'étude comportait aussi des recherches auprès de dix groupes cibles d'enfants âgés de 8 à 10 ans, partout au Canada, et de dix groupes cibles d'enfants de 11 à 12 ans. Un résumé est accessible : voir E1.

- A4 Assessment of Child Care Provider's Knowledge, Attitudes and Practices Towards ETS.** 1995, anglais.

Compte rendu inédit d'une enquête menée auprès de 3 695 personnes qui s'occupent d'enfants dans des garderies accréditées, des services de garde en milieu familial réglementés ou non accrédités, et dans d'autres cadres. En outre, des enquêtes auprès de groupes cibles formés de personnes qui s'occupent d'enfants dans six villes. Un résumé est accessible : voir E1.

- B6 Baby's Coming, Baby's Home.** 1997, anglais.

Ce programme vise à aider les femmes enceintes et leur famille à créer un environnement sans fumée pour le bébé. Parmi les ressources produites figurent une vidéocassette de 10 minutes, un guide de discussion, une affiche à suspendre à la poignée de porte, une décalcomanie et un rapport d'évaluation.

La SRDT, de concert avec divers partenaires, a produit des centaines de rapports, de ressources et documents. On trouvera dans cette partie une brève description de chaque ressource mentionnée dans le bulletin. On y indique également où s'adresser pour en savoir davantage sur le projet en question ou pour commander un document, lorsque celui-ci est disponible. Toutefois, d'autres outils peuvent être empruntés de la Bibliothèque ministérielle de Santé Canada sous forme de prêt entre bibliothèques. Pour de tels arrangements, veuillez communiquer avec votre bibliothèque d'établissement ou publique. La majorité des projets ont été réalisés dans le cadre de la SDRT. Les documents issus de projets mis en œuvre avant la SRDT sont marqués d'un astérisque (*).

- E1 La fumée secondaire du tabac : connaissances, attitudes et initiatives des parents, des enfants et des gardiens d'enfants.** 1995, français et anglais.

Il s'agit ici d'un compte rendu des principales conclusions d'une étude sur les connaissances et les attitudes des parents, de la famille élargie et des enfants concernant la fumée de tabac ambiante, ainsi que d'une étude sur les gardiens d'enfants. Comprend un résumé de deux études plus vastes : voir A3 et A4.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

- E2 La fumée de tabac ambiante (FTA) dans les environnements familiaux.** 1996, français et anglais.

Document de travail qui présente les connaissances actuelles touchant l'exposition à la FTA à la maison, des exemples d'activités courantes pour contrôler la FTA à la maison et des options et des activités stratégiques pour réduire l'exposition à la FTA. Le document évalue l'impact et les futures orientations pour l'élaboration de politiques et de programmes.

- E9 Evaluation Report 1996/97. Centre de formation et de consultation.** 1997, anglais.

Le Centre de formation et de consultation, qui appuie la Stratégie ontarienne de lutte contre le tabac, s'est servi des fonds alloués par la SRDT pour étendre ses services à des collectivités francophones et du nord de l'Ontario, qui sont souvent mal servies. Le Centre a dépêché des conseillers en tabagisme dans des collectivités locales où ils ont donné 71 séances de consultation.

- E10 Evaluation of a Smoking Relapse Prevention Intervention for Postpartum Women.** 1997, anglais.

Des infirmières ont reçu une formation pour être en mesure de dispenser à l'hôpital des conseils aux nouvelles mères, au moment de la naissance du bébé, pour éviter les rechutes pendant la période postnatale. Des 254 femmes qui ont participé à cette étude, 60 % de celles qui avaient bénéficié de l'intervention ont déclaré avoir recommencé à fumer après la naissance du bébé, alors que la proportion était de 71,4 % chez celles qui n'avaient pas pris part à l'intervention.

E11 Environmental Tobacco Smoke: Effects on Children's Health Before and After Birth. 1997, anglais.

Ce projet a contribué à mieux sensibiliser la population générale, les parents, les dispensateurs de soins et les femmes enceintes aux risques pour la santé associés à l'exposition à la fumée de tabac ambiante. Il a produit un rapport final, des affiches, une trousse d'information, une brochure et une fiche de renseignements.

H2 Aidons nos enfants à mieux respirer : une ressource communautaire pour réduire l'exposition à la fumée de tabac ambiante. 1997, français et anglais.

Il s'agit d'un guide qui s'adresse aux parents, aux dispensateurs de soins, aux enseignants, aux médecins et à d'autres personnes qui souhaitent créer un environnement familial sans fumée pour les enfants. Un manuel de référence offre des renseignements pratiques sur les campagnes de sensibilisation du public, les programmes d'action communautaire et l'application d'une approche individuelle auprès des fumeurs. Le guide existe également sous forme de disquette (WordPerfect).

Institut canadien de la santé infantile
885, promenade Meadowlands Est, bureau 512
Ottawa (Ontario) K2C 3N2
Téléphone : 613-224-4144 Télécopieur : 613-224-4145

K2 Maman, on écrase ! 1997, français et anglais.

Ce projet a permis de créer un programme d'aide sur la réduction et l'abandon du tabac pour les adolescentes enceintes et les jeunes parents célibataires âgés de 14 à 24 ans. Un guide de l'animateur et un rapport d'évaluation sont disponibles.

Réseau des jeunes parents célibataires
659, rue Church
Ottawa (Ontario) K1K 3K1
Téléphone : 613-749-4584 Télécopieur : 613-749-7018

P3 Usage du tabac en période pré et postnatale : revue des documents de référence.*

1994, français et anglais.

Il s'agit d'un survol complet de la documentation qui traite des effets sur la santé du fœtus de l'exposition à la fumée de tabac, des risques pour la santé des bébés et des enfants de l'exposition à la fumée de tabac ambiante, de la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes et des tendances relatives à ce phénomène, des rechutes après la naissance du bébé, des programmes de renoncement au tabac pour les femmes enceintes et des recommandations relatives aux recherches et à l'élaboration de programmes et de politiques. Ce document est résumé dans la série de *Brochures antitabagisme à l'intention des dispensateurs de soins prénatals et postnatals*. (Voir T2C).

Site Web : www.uottawa.ca/academic/med/epid/chru.html

P8 Preventing Smoking Relapse Postpartum: Pilot Studies in Calgary and Nova Scotia. 1997, anglais.

Compte rendu de recherche non publié. Des ateliers de formation ont été offerts à des praticiens, et un programme a été mis en œuvre auprès des femmes pour prévenir les rechutes après la naissance du bébé.

R7 Reducing Smoking Relapse During Pregnancy and Postpartum of Women and Their Partners. 1997, anglais.

Résumé des objectifs, des méthodes, des résultats et des conclusions d'un projet en trois étapes portant sur le tabagisme et les rechutes chez les femmes pendant la grossesse et la période postnatale. Le projet a mis à l'essai l'intervention *Start Quit, Stay Quit* : voir S17.

S3 Fumer, c'est mauvais pour nous et nos enfants. 1995, français et anglais.

Un petit magazine comprenant plusieurs articles qui traitent de la sensibilisation à des environnements sans tabac pour les familles et présentent des renseignements pratiques sur les effets du tabac sur l'environnement.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

S4 Le tabagisme chez les femmes enceintes à haut risque. 1996, français et anglais.

Survol de la documentation qui définit le concept de clientèle « difficile d'accès » et relève les facteurs associés au tabagisme pendant la grossesse, les interventions axées sur l'abandon de la cigarette et les stratégies de recrutement des fumeuses enceintes difficiles d'accès.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366
Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

S8 Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycles 1 à 4. 1995, français et anglais.

Ce sondage apporte des modifications au sondage longitudinal national qui avait recueilli des renseignements auprès d'environ 15 800 Canadiens et Canadiennes âgés de 15 ans et plus, réalisé à quatre reprises au cours de la même année.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

S13 Stopping When You're Ready.* 1994, 1996, anglais.

Une trousse d'aide individuelle au sevrage tabagique destinée aux femmes enceintes. Elle comprend cinq brochures conçues à la lumière du modèle des Étapes du changement, ainsi qu'un certain nombre d'encarts pour chaque brochure. Les femmes choisissent la brochure selon le stade où elles en sont après avoir répondu à un questionnaire. Des copies originales sont mises à la disposition des groupes qui souhaitent imprimer ou photocopier un grand nombre de trousse.

Cambium Consulting
3054, chemin Klondike
North Gower (Ontario) K0A 2T0
Téléphone : 613-489-1999 Télécopieur : 613-489-2777

S14 Smoking Cessation Training Resource for Prenatal and Postpartum Providers: Needs Assessment Final Report. 1995, anglais.

Ce rapport met en évidence la nécessité de mettre au point un outil sur le renoncement au tabac pour la formation des dispensateurs de soins prénatals et postnatals et définit le genre d'information et de ressources que ces derniers souhaiteraient obtenir. Il présente les résultats d'un sondage écrit mené auprès de 40 personnes, d'entrevues réalisées auprès de 26 experts, une analyse de documents et d'instruments conçus pour la formation.

S16 The Smoke Free Journey Counselling Guide. 1997, anglais.

Ce guide offre aux conseillers non professionnels la possibilité d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences pour être mieux en mesure de discuter avec les femmes autochtones des moyens de réduire leur consommation de tabac pendant leur grossesse. Il comprend un rapport final, un guide d'autoformation à l'intention des conseillers et des affiches.

Northern Family Health Society
1010B - 4th Avenue, Prince George (C.-B.) V2L 3J1
Téléphone : 250-561-2689 Télécopieur : 250-562-2592

S17 Start Quit, Stay Quit. 1997, anglais.

L'approche utilisée ici pour réduire les risques de rechute pendant la période postnatale est orientée vers le couple. La trousse comprend deux brochures, l'une destinée à la femme, l'autre à son partenaire. Elle a été utilisée dans le cadre de recherches et d'essais pilotes : voir P8 et R7.

Centre de recherche pour la santé communautaire
Université d'Ottawa
Département d'épidémiologie et de médecine communautaire
451, rue Smyth, Ottawa (Ontario) K1H 8M5
Téléphone : 613-562-5800, poste 8262
Site Web : www.uottawa.ca/academic/med/epid/chru.html

S18 Smoke Free Environments for Everyone. 1997, anglais.

Le projet a fait appel à une trousse d'aide individuelle pour réduire le tabagisme chez les adolescentes enceintes et les membres de leur famille. Il a permis de constater que l'abandon du tabac n'est pas une priorité pour les adolescentes enceintes, mais il a réussi à mieux sensibiliser ces dernières aux risques pour la santé associés au tabagisme et à accroître les connaissances et l'assurance des intervenants qui œuvrent auprès d'adolescentes enceintes.

T1 Donnez-moi de l'oxygène. Si vous devez fumer, allez dehors! 1996, français et anglais.

Une campagne médiatique pour encourager les médecins à être plus actifs dans la promotion d'environnements sans fumée pour les enfants, augmenter la prise de conscience des médias, mieux informer les parents et les motiver à offrir un environnement familial sans fumée. Cette campagne comprend des publicités sur papier, des publicités dans les autobus et des annonces publicitaires à la télévision, toutes destinées à attirer l'attention des fumeurs, à diffuser un message sans jugement et à encourager les fumeurs à aller fumer dehors.

Médecins pour un Canada sans fumée
C.P. 4849, Succursale E, Ottawa (Ontario) K1S 5J1
Téléphone : 613-233-4878 Télécopieur : 613-567-2730
Site Web : www.smokefree.ca

T2 Les brochures antitabagisme pour les dispensateurs de soins prénatals et postnatals (6) A-F.

1995, français et anglais.

Série de six brochures qui s'adressent aux professionnels de la santé et aux dispensateurs de services et qui offrent un résumé des principales données sur le tabagisme pendant la grossesse. Les brochures ont pour titres :

- Le tabagisme pendant la grossesse : un choix difficile ;
- Répertoire des documents sur le tabagisme pour les dispensateurs de soins prénatals et postnatals ;
- Les effets de la fumée primaire et secondaire du tabac pendant les périodes prénatale et postnatale : résumé documentaire ;*
- La réduction de la consommation de tabac dans les programmes prénatals et postnatals pour les familles à haute priorité : résultats d'un sondage canadien ;

- Les interventions relatives au tabac pendant les périodes prénatale et postnatale ;
- Le tabagisme et la grossesse : profils de programmes choisis.

*La brochure c. est un résumé de P3.

Service des publications, Santé Canada

Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

T5 Les programmes de renoncement au tabagisme : un inventaire des programmes individuels et de groupe. 1997, français et anglais.

Cette mise à jour d'une version imprimée de l'inventaire, parue en 1996, n'est accessible que sur le site Web de Santé Canada.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

T11 Thanks Mommy and Daddy for a Smoke free Home. 1997, anglais.

Ce programme incite les parents qui attendent un bébé à faire de leur maison un milieu sans fumée. Le projet a permis de réaliser une vidéocassette de sept minutes, *Look Who's Coming to Dinner*, une brochure intitulée *Making Your Home Smoke Free*, des aimants de réfrigérateur et un rapport final.

T12 Towards Healthy Family Breathing. 1997, anglais.

Il s'agit d'un programme de formation qui vise à aider les dispensateurs de soins périnatals à aborder la question du tabagisme auprès des femmes enceintes. Les intervenants ont été initiés au modèle des cinq étapes du changement et ont utilisé le document *Stopping When You're Ready*. Parmi les ressources du programme figurent des t-shirts et des épinglettes.

U1 Une grossesse sans tabac. 1997, français.

Évaluation d'un programme d'aide individuelle conçu pour aider les femmes francophones à se libérer de la cigarette pendant leur grossesse. Le programme repose sur le modèle des cinq étapes du changement.