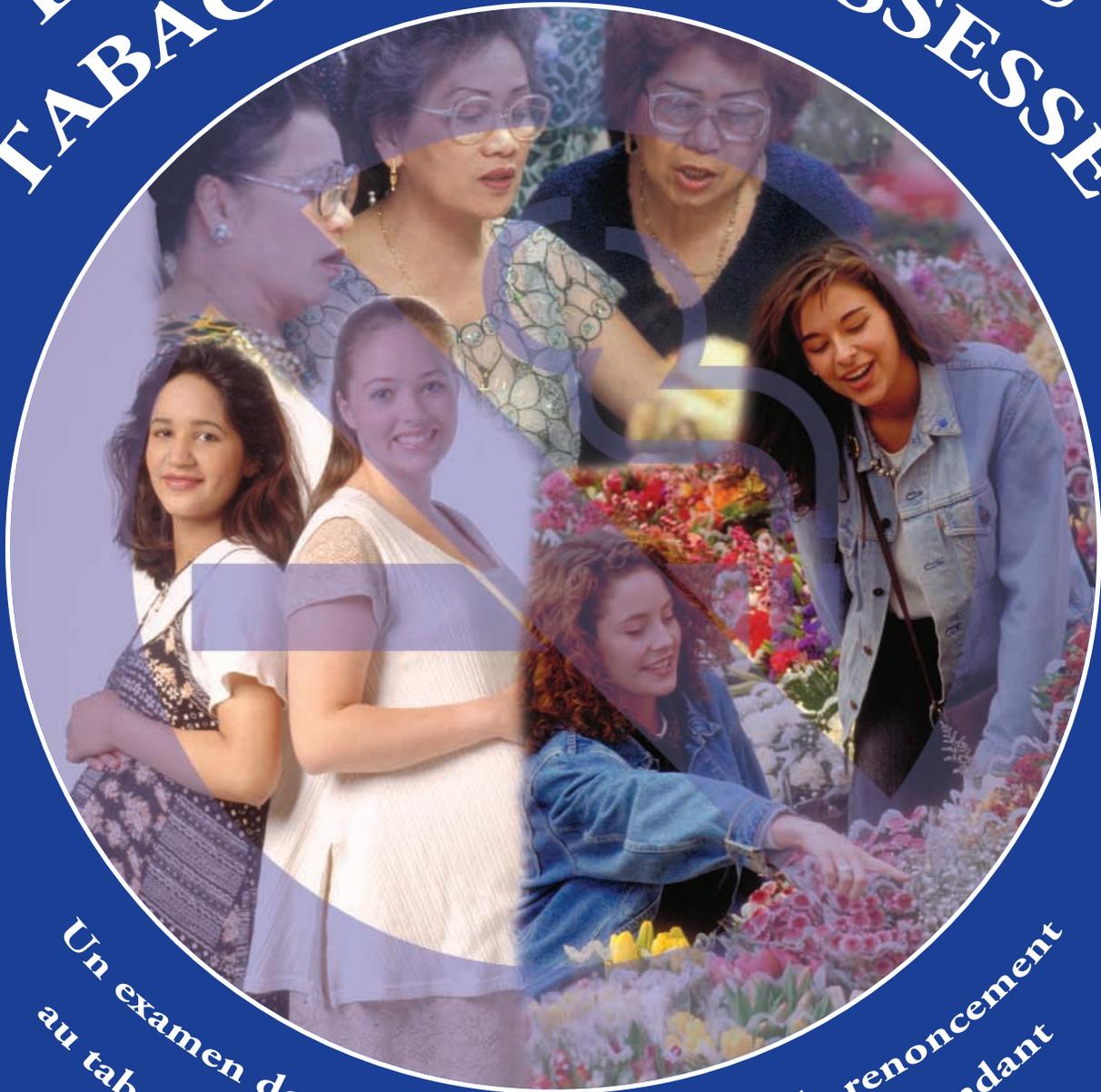
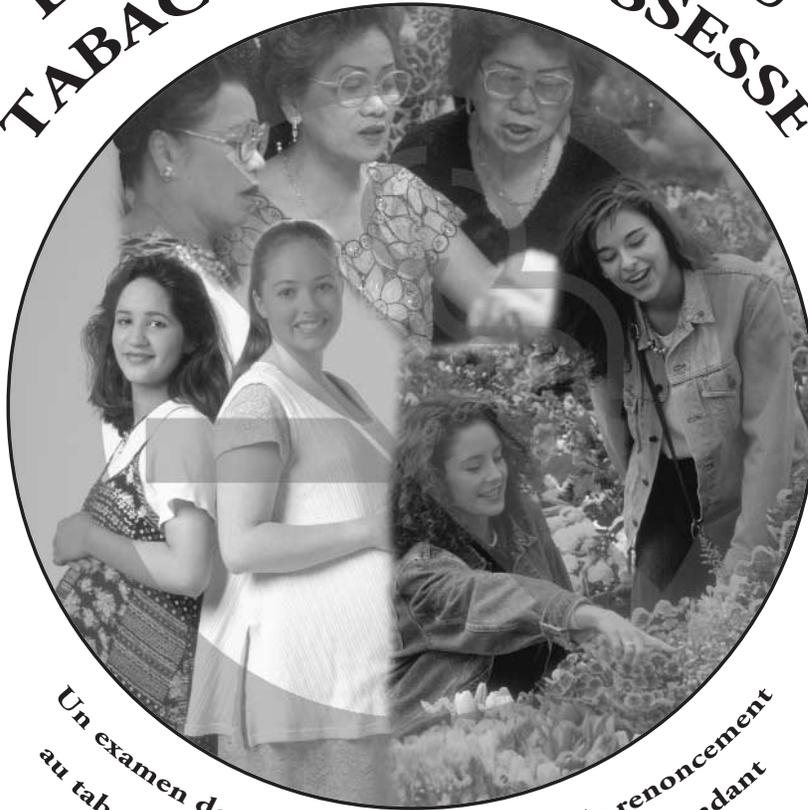


LE RENONCEMENT AU TABAC ET LA GROSSESSE



Un examen des pratiques exemplaires de renoncement
au tabac conçues pour les filles et les femmes pendant
la grossesse et la période postnatale

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

Document préparé par :

D^{re} Lorraine Greaves, D^{re} Renée Cormier, Karen Devries, D^{re} Joan Bottorff
D^{re} Joy Johnson, D^{re} Susan Kirkland et D^r David Aboussafy

avril 2003



British Columbia
Centre of Excellence
for Women's Health



**DALHOUSIE
UNIVERSITY**

Inspiring Minds

Remerciements

L'équipe tient à souligner le temps et les efforts investis par les experts qui ont assuré la révision de ce projet, soit la D^{re} Annette Browne, le D^r Jan Christilaw, la D^{re} Nancy Edwards, la D^{re} Bonnie Lee, le D^r Peter Selby et Marlene Thio-Watts. Elle leur est également reconnaissante pour leurs précieuses observations. Elle remercie aussi Lesley Cameron, qui a préparé le texte en vue de sa publication, ainsi que Jennifer Byun et le personnel du British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, de l'appui qu'ils lui ont apporté au stade de la conception et sur le plan administratif.

Citation suggérée

Greaves, L., Cormier, R., Devries, K., Bottorff, J., Johnson, J., Kirkland, S. et Aboussafy, D. (2003)
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

Ce projet a été financé par Santé Canada.

Table des matières

Résumé	1
1. Introduction	3
1a. L'enjeu	3
1b. Genèse	4
1c. Interventions	5
1d. Facteurs structureaux	6
1e. Implications des résultats et des meilleures pratiques	7
1f. Conclusion	8
2. Questions théoriques posées par le renoncement au tabac pendant la période périnatale	9
2a. Introduction	9
2b. Facteurs sociaux et biologiques qui influent sur le renoncement au tabac	9
i) Situation socio-économique défavorable	9
ii) Réseaux sociaux	11
iii) Influence exercée par les membres de la famille sur le renoncement au tabac	11
iv) Appartenance ethnique	12
v) Âge de la mère	13
vi) Nicotinodépendance	13
vii) La génétique de la nicotinodépendance	14
viii) Effets du tabagisme pendant la grossesse	15
2c. Rechute chez les femmes et les filles après l'accouchement	16
2d. Approches en matière de traitement	19
i) Le traitement de la dépendance à l'égard du tabac chez les jeunes filles et les femmes en âge de procréer	19
ii) Remplacement de la nicotine	20
iii) Le rôle de la réduction des méfaits dans le renoncement au tabac pendant la période périnatale	20
iv) Modèles de renoncement au tabac/Programmes de traitement de la toxicomanie	21

3. Méthodologie	23
3a. Population cible	23
3b. Corpus de données	23
3c. Extraction des données	24
3d. Analyse des données : Évaluation de la solidité des preuves	25
3e. Comment déterminer que les interventions et les éléments de programmes sont efficaces ou inefficaces	28
3f. Application des critères de plausibilité	28
3g. Recommandations préliminaires	29
3h. Analyse du matériel relatif aux programmes	29
3i. Meilleures pratiques – Recommandations finales	29
4. Résultats : Interventions et programmes de renoncement au tabac conçus pour les filles et les femmes pendant la grossesse et la période postnatale	31
4a. Interventions axées sur le renoncement au tabac	31
4b. Faiblesses méthodologiques	36
4c. Interventions visant les femmes enceintes qui fument, y compris les grandes fumeuses et les adolescentes	37
4d. Interventions pharmacologiques destinées aux femmes enceintes qui fument	38
4e. Interventions destinées à des sous-populations de femmes enceintes (membres de groupes ethniques, femmes défavorisées sur le plan socio-économique)	39
4f. Interventions axées sur le renoncement au tabac/Programmes mis en œuvre dans des centres de traitement des toxicomanies	41
4g. Interventions destinées aux fumeuses pendant la période postnatale	42
4h. Programmes d'abandon du tabac destinés aux femmes et aux filles enceintes	43
5. Analyse et conclusions	47
5a. Éléments des interventions	47
5b. Sous-populations de femmes enceintes qui fument	48
5c. Approches considérées comme de meilleures pratiques	49
i) Adaptation	49
ii) Soins centrés sur la femme	50
iii) Diminution de la stigmatisation	50
iv) Prévention des rechutes	51
v) Réduction des méfaits	51
vi) Partenaire/Soutien social	52
vii) Intégration des questions sociales	52

6. Recommandations	55
6a. Considérations pratiques	55
6b. Recherche	56
6c. Changements structuraux/contexte (politique, financement, scolarité)	57
7. Ouvrages cités	49
8. Annexes	71
8a. Préparation du maintien de l'abstinence tabagique après l'accouchement	71
8b. Tableau des études incluses dans l'examen (après 1990)	72
8c. Tableau des études éliminées de l'examen (après 1990)	82
8d. Bibliographie des interventions axées sur le renoncement au tabac, mentionnées dans des revues spécialisées	84
8e. Liste de programmes de renoncement au tabac destinés aux femmes et aux filles pendant la grossesse et la période postnatale	92
8f. Liste de termes de recherche et description du processus de notation	94

Liste des tableaux et des figures

Figure 3.1 : Échelle d'évaluation des études – Essais randomisés et/ou contrôlés	26
Figure 3.2 : Échelle d'évaluation des études – Études quasi expérimentales	26
Figure 3.3 : Plan de classification des études	27
Tableau 4.1 : Interventions et programmes efficaces	32-34
Tableau 4.2 : Interventions et programmes inefficaces	35
Tableau 4.3 : Études visées par l'examen	44
Figure 4.1 : Études et matériel des programmes visés par l'examen	44
Tableau 4.4 : Programmes non évalués visant les femmes pendant la grossesse/la période postnatale ..	45

Résumé

M^{me} Lorraine Greaves, PhD; M^{me} Renée Cormier, PhD; M^{me} Karen Devries, BSc; M^{me} Joan Bottorff, PhD; M^{me} Joy Johnson, PhD; M^{me} Susan Kirkland, PhD et M. David Aboussafy, PhD.

Contexte

Malgré les efforts concertés déployés par les chercheurs et les professionnels de la santé, le tabagisme maternel pendant la grossesse demeure un problème de santé publique grave. Traditionnellement, les concepteurs de programmes de renoncement au tabac destinés aux femmes enceintes ont invoqué comme argument la santé du fœtus pour inciter ces dernières à cesser de fumer, et ils ont obtenu un certain succès pendant la grossesse. Toutefois, le renoncement au tabac observé dans cette population n'est généralement pas durable. Nous nous proposons ici de passer en revue aussi bien les initiatives de renoncement au tabac, mises à l'essai auprès de femmes enceintes, que le matériel qui n'a pas été évalué, afin de déterminer quelles sont les stratégies les plus efficaces qui facilitent l'abandon du tabac tant pendant la grossesse que pendant la période postnatale. Nous nous pencherons sur des facteurs sociaux et biologiques qui ont une incidence sur l'abandon de la cigarette, notamment une situation socio-économique défavorable, le contexte social, l'appartenance ethnique, l'âge de la mère et la dépendance à l'égard de la nicotine, et qui nous permettent de mieux comprendre pourquoi certaines femmes continuent de fumer pendant la grossesse.

Méthodes et résultats

Nous avons passé en revue plus de 65 interventions et programmes publiés et inédits de renoncement au tabac en vue de déterminer quelles étaient les pratiques exemplaires en la matière. En nous fondant sur la solidité de la démarche méthodologique employée et sur les données à l'appui de leur efficacité, nous avons établi que six interventions étaient adaptées aux besoins de la population des fumeuses enceintes. Nous avons analysé les conclusions tirées de notre examen dans le contexte de travaux théoriques plus vastes portant sur les soins spécifiquement axés sur les femmes et sur la réduction des méfaits, et nous avons intégré à notre réflexion l'avis d'experts en vue de présenter une série de recommandations concernant les meilleures pratiques.

Conclusions et recommandations

Même s'il y a eu de nombreuses tentatives, les interventions et programmes efficaces de renoncement au tabac qui s'adressent aux filles et aux femmes pendant la grossesse et la période postnatale sont rares. Les stratégies adaptées aux besoins de certaines sous-populations de fumeuses enceintes, par exemple, les membres d'une minorité ethnique, les fumeuses qui cessent spontanément de fumer, les femmes autochtones, les grandes fumeuses et les adolescentes, font défaut. Nos recommandations consistent entre autres à changer l'orientation des interventions en mettant l'accent sur la santé de la femme comme facteur de motivation pour le renoncement, à mieux cibler les interventions et à intégrer à la pratique clinique la réduction des méfaits et de la stigmatisation, et une approche axée sur les besoins de la femme.

1 Introduction

Nous passerons ici en revue les meilleures méthodes de renoncement au tabac pendant la grossesse. L'accent sera mis sur les interventions visant à réduire ou à éliminer le tabagisme pendant la grossesse, à la lumière d'une méthode conçue par Moyer, Cameron, Garcia et Maule (2001) pour l'examen des pratiques exemplaires. Nous placerons ensuite les résultats de cette analyse dans la perspective plus vaste des travaux

concernant la santé des femmes, les soins adaptés aux besoins des femmes et le tabagisme chez la femme, en vue de mieux les interpréter. Nous avons fait réviser ces résultats par un groupe d'experts composé de praticiens et de chercheurs, avant de formuler les recommandations qui figurent à la fin du rapport. Une bibliographie complète des interventions axées sur le renoncement au tabac est offerte à l'annexe 8d, à la page 84.

1a. L'enjeu

De 20 à 30 % des femmes enceintes fument pendant la grossesse (Coleman et Joyce, 2003; Connor et McIntyre, 1999). Bon nombre de ces femmes abandonnent la cigarette pendant la grossesse, et une certaine proportion réduit sa consommation de tabac. Le renoncement au tabac n'est toutefois que temporaire. Les taux de rechute varient, mais selon les données signalées, ils seraient d'environ 25 % avant l'accouchement, de 50 % dans les quatre mois suivant l'accouchement, et entre 70 et 90 % dans l'année suivant l'accouchement (Klesges, Johnson, Ward et Barnard, 2001). De plus, selon de récentes analyses faites aux États-Unis, la proportion de fumeuses enceintes qui font état d'une tentative de renoncement a en fait chuté au cours de la dernière décennie, au niveau actuel d'environ 50 % (Klesges et coll., 2001). Bref, le tabagisme pendant la grossesse et le post-partum demeure un important problème de santé publique en 2003.

Au nombre des facteurs sociaux qui ont une incidence sur le maintien, le renoncement et la rechute figurent la situation socio-économique, le niveau d'instruction et l'âge. Ces tendances sont aussi tributaires de nombreux facteurs physiologiques liés à la grossesse, tels que la

nausée, les changements relatifs au goût et à l'odorat. Tous ces facteurs, auxquels s'ajoute l'exposition à des messages d'éducation sanitaire et d'intérêt social concernant le tabagisme et la grossesse, ont des répercussions sur les taux de renoncement spontané et temporaire au tabac pendant la grossesse. Les taux estimatifs de renoncement varient, mais selon une récente analyse de données provenant de 10 états américains, la proportion de fumeuses qui renoncent spontanément à la cigarette pendant la grossesse est passée de 37 à 46 % entre 1993 et 1999 (Coleman et Joyce, 2003). Il ressort toutefois d'une étude réalisée aux États-Unis sur l'abandon spontané de la cigarette chez les fumeuses enceintes à faible revenu que la proportion de celles qui cessent de fumer au début de la grossesse n'est que de 25 % (Ockene, Ma, Zapka, Pbert, Gions et Stoddard, 2002). Le taux de renoncement spontané observé auprès d'un échantillon de femmes australiennes s'élevait à 23 % (Panjari, Bell, Astbury, Bishop, Dalais et Rice, 1997).

La promotion de stratégies efficaces et durables de renoncement au tabac pendant la grossesse est un défi constant à relever en santé publique. L'abandon de la cigarette pendant la grossesse a

d'énormes répercussions favorables sur la santé de la femme comme du fœtus et entraîne une diminution des problèmes de santé auxquels font face les enfants de fumeuses. Il reste que l'instauration des conditions propices à la réussite du renoncement au tabac pendant la grossesse est un problème important et persistant, qui se répercute sur la santé de la femme comme du fœtus.

Il existe des politiques générales et des programmes intégrés de lutte contre le tabagisme qui ont une incidence sur les femmes enceintes. Les politiques visant l'imposition d'une taxe sur le tabac et la fixation du coût des produits du tabac, la publicité et la commandite, les règlements concernant la vente aux mineurs et les règlements municipaux sur l'usage du tabac ont des répercussions sur tous les membres d'une population. Si ces politiques et programmes visant l'ensemble de la population ont des effets favorables (voir, par exemple, Evans et Ringel, 1999, qui signalent qu'une augmentation de la taxe sur le tabac entraîne une diminution du tabagisme chez les femmes enceintes), nous nous intéresserons plus particulièrement ici aux interventions et programmes qui s'adressent spécifiquement aux femmes enceintes.

Le tabagisme pendant la grossesse engendre de graves risques pour la femme et pour le fœtus. Il a été prouvé que l'usage du tabac chez les filles et les femmes enceintes augmentait les risques de complications au cours de la grossesse, et entraînait de graves problèmes chez le fœtus tels qu'une insuffisance pondérale à la naissance, la mortinaissance,

les avortements spontanés, un retard de croissance intra-utérin, la prématurité, le décollement placentaire et la mort subite du nourrisson (Ellison, Morrison, de Groh et Villeneuve, 1999). Le tabagisme provoque d'autres effets sur la procréation, notamment une baisse du taux d'œstrogène, qui mène à une ménopause précoce et qui est rattachée à l'infertilité (Albrecht, Higgins et Lebow, 2000).

Très rares sont les études qui traitent des effets du tabagisme passif sur l'issue de la grossesse. La majorité de celles qui existent n'ont mis en évidence aucune différence marquée sur le plan du poids à la naissance, liée à l'exposition involontaire à la fumée de tabac de la mère ou du père. Dans les études qui ont fait ressortir une corrélation positive, les risques d'insuffisance pondérale à la naissance étaient de 1,5 à 4 fois plus élevés chez les nouveau-nés exposés à la fumée de tabac ambiante (FTA), la diminution du poids variant entre 25 et 90 g. De plus, les risques d'hypotrophie foetale étaient de deux à quatre fois plus élevés chez les nouveau-nés de mères exposées à la FTA (Pletsch, 2002).

En résumé, il ne fait pas de doute que le taux de morbidité et de mortalité périnatales est plus élevé chez les fumeuses et leur fœtus. D'après les estimations, 10 % de tous les décès périnataux sont attribuables au tabagisme (Fielding, Husten et Eriksen, 1998). Or, le renoncement au tabac avant la première visite prénatale peut ramener le risque de complications au niveau observé chez les non-fumeuses.

1b. Genèse

Au cours des 25 dernières années, le problème du tabagisme pendant la grossesse a suscité un intérêt accru dans le domaine de la lutte contre le tabac. À mesure que l'on a eu accès à des renseignements sur les effets du tabagisme sur la santé du fœtus, les professionnels de la santé se sont montrés plus soucieux d'améliorer la santé du fœtus et de réduire les coûts éventuels des soins de santé associés à la prématurité et à l'insuffisance pondérale à la naissance en mettant l'accent sur le renoncement au tabac chez la mère. En outre, la grossesse est

souvent considérée comme une occasion de changement de comportement pour la femme enceinte, puisqu'elle est assimilée à une période d'optimisme et d'espoir, orientée vers la santé.

L'intérêt croissant porté par la société aux effets du tabagisme passif et sa réprobation du phénomène ont contribué à braquer davantage l'attention sur les femmes qui fument pendant leur grossesse, auxquelles est imputée directement la responsabilité de compromettre la santé du fœtus. L'attention accrue

accordée à la FTA, et l'inacceptabilité croissante du tabagisme en général, ont eu pour effet de diriger les regards vers la femme enceinte qui fume, ce qui s'est souvent traduit par des activités d'éducation sanitaire et des interventions en santé. Par ailleurs, le phénomène suscite également un intérêt accru sur les plans juridique et sociétal, qui consiste essentiellement à déterminer quels sont les moyens les plus efficaces de réduire l'exposition du fœtus au tabagisme maternel. C'est ainsi que pendant plus de 25 années, les efforts déployés en matière de recherche, d'intervention, d'éducation sanitaire et de défense d'intérêts ont visé à accroître les taux de réussite du renoncement au tabac pendant la grossesse et à réduire les méfaits du tabagisme pour le fœtus.

Fait intéressant, il n'y a pas très longtemps, soit au cours des années 1960, on disait aux médecins, notamment aux obstétriciens, qu'une consommation modérée de tabac pendant la grossesse ne comportait pas de risque (Oaks, 2001). Or, cet état d'esprit s'est radicalement transformé en une

attitude de censure et de dénigrement dirigée contre les femmes enceintes qui fument. Parallèlement, des progrès ont été enregistrés sur le plan de la reconnaissance scientifique, sociale et juridique du statut du fœtus, de sorte qu'il est devenu plus difficile de prodiguer des conseils et d'offrir des interventions concernant le tabagisme pendant la grossesse. Ce changement de perspective observé dans les interventions de renoncement au tabagisme, désormais axée sur le fœtus, se reflète dans les tendances constatées sur le plan juridique à l'égard de la consommation d'alcool et de drogues par la mère, ainsi que dans l'augmentation du nombre d'interventions chirurgicales chez le fœtus, où ce dernier est de plus en plus considéré comme un « patient » (Casper, 1998). Au bout du compte, ces tendances ont contribué à accroître les litiges concernant la consommation de tabac pendant la grossesse et en présence des enfants, et qui ont souvent trait à des questions de droit familial, de garde ou à des allégations de mauvais traitements et de négligence (Greaves, 1996; Oaks, 2001).

1c. Interventions

Les interventions en santé destinées à réduire le tabagisme pendant la grossesse, conçues au cours des 25 dernières années, n'ont pas connu un succès retentissant. La stratégie adoptée pour promouvoir le renoncement au tabac chez les femmes enceintes semble avoir été dictée essentiellement par un désir de réduire les effets délétères de l'usage du tabac sur la santé du fœtus. C'est pourquoi les interventions ont été pensées en fonction des effets sur la santé du fœtus, et leur champ d'application s'est limité à la période de la grossesse. En conséquence, les activités de renoncement au tabac applicables avant et après la grossesse, et principalement centrées sur la santé de la femme, ont proportionnellement moins retenu l'attention. Comme l'a affirmé Jacobsen en 1986, « Dans les pays riches, *la plupart* des femmes ne sont pas enceintes la plupart du temps » (p. 125), ce qui l'amène à conclure que les campagnes de renoncement au tabac pendant la grossesse *ne font pas cas de la plupart des femmes la plupart du temps* (p. 125).

Jacobsen s'est aussi abondamment livrée à des critiques de fond sur l'orientation donnée par la profession médicale à l'abandon du tabac pendant la grossesse, et s'est employée à étudier ses répercussions sur le secteur de la lutte antitabac. Elle a en outre clairement fait ressortir le sexisme inhérent à une telle approche (1981, 1986). En 1973, les femmes étaient devenues le centre de l'attention dans la lutte antitabac, ce qui était attribuable à une accumulation de données scientifiques prouvant les risques courus par le fœtus, non pas aux inquiétudes suscitées par la santé des femmes. Par la suite, les messages antitabac et les programmes d'intervention ont mis l'accent sur les femmes, mais généralement en tant que « réceptacles des générations à venir » (Jacobsen, 1986, p. 124).

Un tel phénomène s'inscrivait dans le cadre d'une tendance plus vaste. Au Canada et ailleurs, jusqu'au milieu des années 1980, les responsables

de programmes de lutte antitabac n'ont souligné que deux aspects du tabagisme féminin : les complications pendant la grossesse et les rides faciales (Greaves, 1996). Les campagnes antitabac axées sur la grossesse étaient conformes à une longue « tradition » consistant à assimiler le corps féminin et la santé de la femme à son « utérus », un concept décrit par Matthews (1987, p. 14), qui dénote l'importance accordée à la fonction reproductrice de la femme. Ce n'est que vers la fin des années 1980 que la plupart des pays industrialisés et l'Organisation mondiale de la santé ont précisé leur position face à la santé des femmes dans leurs ouvrages sur le tabagisme (voir, par exemple, ASH Women and Smoking Group, 1986; Chollat-Traquet, 1992; Greaves, 1987, 1990).

Ce réalignement observé vers 1990 tenait en partie à une prise de conscience croissante du lien établi entre le tabagisme avant et pendant la grossesse et d'autres facteurs tels que la pauvreté, la race et la classe sociale. De plus, le risque pour le fœtus découlant du tabagisme maternel pendant la grossesse a été amplifié par ces facteurs et par les déficiences nutritionnelles qui en ont résulté. Les taux élevés de rechute après la grossesse ont contribué à cette réévaluation des positions. Il est alors apparu que ce phénomène s'expliquait peut-être par l'accent mis sur la santé du fœtus, et que les véritables enjeux avaient sans doute été occultés.

1d. Facteurs structureaux

Les efforts de promotion du renoncement au tabac pendant la grossesse ont tablé sur les changements de comportement individuels de la femme. Cette vision étriquée a généralement fait abstraction des facteurs structureaux importants qui contribuent à expliquer le tabagisme tels que la pauvreté, la classe sociale, l'âge, le niveau d'instruction ou l'exposition à la violence familiale. Toutefois, les taux de renoncement au tabac chez les femmes enceintes qui fument s'élèvent à environ 30 à 40 %, ce qui est supérieur aux taux observés dans l'ensemble de la population (Klesges et coll., 2001); environ 70 % continuent de fumer pendant la grossesse. La majorité de celles qui cessent de fumer déclarent y parvenir toutes seules, sans intervention en bonne et due forme. Les femmes qui cessent spontanément de fumer sont plus âgées, plus instruites, moins nicotinépendantes et moins nombreuses à avoir des partenaires qui fument (Klesges et coll.). De plus, le calcul du risque pour le fœtus est fondé sur la présence ou l'absence de ces facteurs, ce qui donne à penser que le tabagisme n'est qu'un facteur parmi tant d'autres qui compromettent la santé du fœtus ou du nouveau-né.

Si la plupart des femmes enceintes qui cessent de fumer [...] y parviennent sans intervention, les services de counseling et les programmes qui s'adressent aux femmes enceintes devraient être conçus différemment. Il est plus logique de mettre l'accent sur la santé de la femme plutôt que sur la santé du fœtus, et de véhiculer ces messages bien avant et bien après la grossesse (Greaves, 1996, p. 121).

La motivation et d'autres facteurs psychologiques ont aussi une incidence sur les tentatives de renoncement et sur la durée du renoncement, « l'inquiétude suscitée par les risques pour la santé du fœtus » agissant comme facteur de motivation pour un renoncement de courte durée. Là encore, des facteurs structureaux analogues sont à l'œuvre. En effet, les femmes défavorisées ou marginalisées sont généralement moins capables d'envisager de cesser de fumer alors que leur vie et leur comportement sont assujettis à d'autres sources de pression.

Enfin, l'insistance sur le comportement de la femme enceinte a occulté les effets du tabagisme du partenaire et a empêché l'élaboration d'une stratégie spécifiquement axée sur ce phénomène.

Un tel enjeu présente un double intérêt. D'abord, les questions biologiques liées au tabagisme paternel, soit la fertilité et le développement sain du fœtus, n'ont pas été suffisamment étudiées, et ne sont pas suffisamment mises en lumière dans les initiatives d'éducation sanitaire et dans les mises en garde contre les risques du tabagisme pour la santé du fœtus. Ensuite, la présence d'un père, d'un partenaire et d'autres personnes qui fument dans l'entourage de la fumeuse enceinte influe sur

l'exposition involontaire de la femme et du fœtus à la fumée de tabac, ainsi que sur la probabilité qu'elle reçoive du soutien dans ses efforts de renoncement. Bref, les facteurs structureaux, conjugués avec les facteurs propres à l'environnement dans lequel elle vit, sont des éléments du problème du tabagisme pendant la grossesse qui sont souvent laissés de côté lorsqu'on se concentre sur les questions de comportement individuel entourant le tabagisme chez la femme enceinte.

1e. Implications des résultats et des meilleures pratiques

Ces facteurs, et les taux de rechute de 70 à 90 % dans l'année qui suit l'accouchement (Klesges et coll., 2001), indiquent qu'il est sans doute nécessaire de faire appel à différentes mesures pour rendre compte parfaitement de l'efficacité des interventions axées sur le renoncement au tabac amorcées pendant la grossesse. Par exemple, il est éminemment important de s'intéresser davantage à des sous-groupes de fumeuses qui ont de la difficulté à renoncer à la cigarette. Il est tout aussi capital d'intervenir auprès des adolescentes et des femmes en âge de procréer avant qu'elles ne deviennent enceintes. En outre, si l'on s'employait davantage à reconnaître et à atténuer les effets des facteurs structureaux sur les femmes enceintes qui fument tels que la pauvreté et le manque d'instruction, de même que les effets exercés par les personnes qui font partie du réseau social des fumeuses, on améliorerait sans doute les interventions dans ce domaine.

Les évaluations des résultats d'interventions particulières posent aussi problème et sont insuffisantes lorsqu'on les considère sous ces angles. Ainsi, le taux de renoncement spontané n'est pas toujours

mesuré dans les études relatives aux interventions; or, il s'agit d'un élément d'information essentiel si l'on veut comprendre les effets de ce genre d'interventions. Les taux de rechute pendant la grossesse et la période postnatale ne sont pas non plus mesurés dans ces études, tout comme la réduction des méfaits ou la diminution de la consommation. C'est ce qui explique le manque de données sur l'incidence possible sur la santé du fœtus d'une diminution de la consommation.

L'accoutumance et la dépendance chez les femmes enceintes qui fument ne sont pas toujours évaluées, ce qui ne nous éclaire pas sur l'efficacité de l'intervention auprès de certains groupes de fumeuses. De nombreuses études ne tiennent aucunement compte de la présence de facteurs structureaux qui influent sur la santé de la femme et du fœtus tels que la pauvreté et la malnutrition, ce qui nous prive de données sur l'efficacité de l'intervention dans l'optique de la santé. Enfin, on ne trouve généralement pas dans ces études de mesures de la santé des femmes, ce qui montre que le domaine ne fait pas cas de la valeur de la santé de la femme en soi, ni de son incidence sur le fœtus.

1f. Conclusion

Le passage d'un état d'esprit de « tolérance à une attitude de réprobation » à l'égard du tabagisme pendant la grossesse, observé au cours des 35 dernières années, a suscité un énorme intérêt pour l'élaboration d'interventions efficaces destinées aux femmes enceintes qui fument, mais visant principalement à réduire les risques pour la santé du fœtus. Cette approche centrée sur le fœtus est conforme à d'autres tendances sociales, médicales et juridiques constatées au cours de la même période à l'égard des femmes, de la grossesse, du maternage et de l'autonomie du fœtus. C'est dans ce contexte qu'ont été conçus des interventions et des programmes, inspirés de ces courants, et visant à réduire la consommation de tabac pendant la grossesse. De telles tendances ont occulté les

véritables questions liées à la santé des femmes et expliquent que l'on n'a pas suffisamment prêté attention à la période qui précède et à celle qui suit la grossesse. Elles pourraient aussi avoir influencé l'orientation et le relatif échec des nombreux interventions de renoncement pendant la grossesse. Plus précisément, les mesures des résultats ont été peu définis, et les facteurs structuraux ont été peu pris en compte, et gagneraient à être intégrés à une perspective plus vaste. Nous vous offrons ci-après un examen des interventions et des programmes de renoncement au tabac destinés aux femmes enceintes, l'objectif étant de déterminer quelles sont les meilleures pratiques en la matière.

2 Questions théoriques posées par le renoncement au tabac pendant la période périnatale

2a. Introduction

Les raisons qui expliquent le tabagisme chez la femme sont complexes, ce qui tient à la multiplicité et à l'interrelation des facteurs sociaux, culturels, économiques et biologiques en jeu. Il existe des différences sociales évidentes entre les fumeuses et les non-fumeuses. Ces disparités sont accentuées pendant la grossesse. Les études montrent systématiquement une corrélation inverse entre le niveau d'instruction, le revenu, l'emploi et les réseaux de soutien social, principaux déterminants de la situation socio-économique, et le tabagisme pendant la grossesse. Il y a lieu de tenir compte des caractéristiques particulières des sous-groupes lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des interventions. Étant donné la part du fardeau global de la maladie qui est imputable au tabagisme, et le

lien étroit entre les facteurs socio-économiques et le tabagisme chez les femmes enceintes, il importe d'investir plus d'énergie et de ressources dans les stratégies visant à réduire les inégalités sociales dans l'ensemble de la collectivité.

Il existe en outre de nouvelles études sur les facteurs génétiques et biologiques qui touchent les femmes, les mères, les fœtus et les enfants dont les mères ont fumé pendant la grossesse. Elles indiquent que d'importants facteurs biologiques, conjugués avec des facteurs sociaux, jouent un rôle déterminant dans la décision de commencer à fumer et de continuer de fumer et la nicotinedépendance chez la mère et chez l'enfant, ainsi que les effets sur le fœtus du tabagisme maternel.

2b. Facteurs sociaux et biologiques qui influent sur le renoncement au tabac

i) Situation socio-économique défavorable

Les déterminants du tabagisme chez les femmes pendant la grossesse et la période postnatale rendent toujours compte d'un handicap social. En effet, le taux de prévalence du tabagisme est généralement le plus élevé chez les femmes enceintes de race blanche et défavorisées sur le plan socio-économique (faible niveau de revenu, faible niveau d'instruction et situation professionnelle modeste) (Connor et McIntyre, 1999; Santé Canada, 1994b, 1995; Mathews, 2001; Millar,

1997; Ockene et coll., 2002). Les taux de tabagisme chez les femmes autochtones en âge de procréer sont de loin supérieurs à ceux qui s'appliquent aux femmes non autochtones (Reading, 1999), surtout parce qu'une situation socio-économique défavorable est un phénomène important dans les populations autochtones (voir la rubrique 2b iv). La surreprésentation des femmes de condition socio-économique inférieure parmi les femmes enceintes qui fument procède de tendances historiques concernant la décision de commencer à fumer et de cesser de fumer. Si l'on a assisté à une baisse du taux de tabagisme au fil

du temps, la tendance a été moins marquée chez les femmes défavorisées sur le plan socio-économique par rapport à celles qui font partie de catégories sociales plus favorisées. De plus, les taux de renoncement au tabac pendant la grossesse signalés dans les études sont plus faibles (de 6 à 16 %) chez les femmes à faible revenu et membres de minorités que dans les populations plus nanties (23 à 40 %) (Centers for Disease Control, 1992; Ershoff, Mullen et Quinn, 1989; Mayer, Hawkins et Todd, 1990; Windsor et coll, 1993).

Si toutes les études ne mettent pas en relief la même série de déterminants sociaux, une tendance très nette se dégage des faits observés dans les études menées dans les pays industrialisés. Ainsi, au Royaume-Uni, la classe sociale et la catégorie professionnelle, qui sont plus clairement définies et mesurées qu'elles ne le sont au Canada, ont été assimilées à une situation socio-économique défavorable et ont été étudiées en tant que déterminants du tabagisme pendant la grossesse. Morales, Marks et Kumar (1997) ont trouvé (dans la *London Cohort Study*), que les femmes enceintes qui fument et leur conjoint faisaient généralement partie de la classe ouvrière, constat corroboré par d'autres études selon lesquelles les femmes qui fument pendant la grossesse présentent généralement le profil suivant : appartenance à une catégorie sociale inférieure, niveau d'instruction plus faible, sans emploi ou dépendance à l'égard de l'aide sociale (Frost, Cawthorn, Tollestrup, Kenny, Schrage et Nordlund, 1994; Graham, 1994, 1996; Tappin, Ford, Nelson et Wild, 1996). Najman, Lanyon, Anderson, Williams, Bor et O'Callaghan, (1998) ont constaté que les taux de tabagisme avant, pendant et après la grossesse étaient le plus élevés chez les femmes appartenant au groupe le plus défavorisé sur le plan du revenu familial. Fait intéressant, toutefois, si les taux de renoncement étaient le plus élevés dans le groupe le plus favorisé sur le plan du revenu, les taux de rechute après l'accouchement étaient analogues dans toutes les catégories de revenu. Lu, Tong et Oldenburg (2001) ont systématiquement parcouru neuf études de cohortes européennes publiées, portant sur les déterminants du tabagisme et du renoncement au tabac chez les femmes enceintes. D'après leur mode de classification, de cinq à six

études ont mis en évidence une relation inverse constante et importante entre le tabagisme pendant la grossesse et l'âge de la mère, la parité, la situation socio-économique, le niveau d'instruction et le nombre de tentatives de renoncement antérieures. Une relation constante et importante entre le tabagisme pendant la grossesse et la structure sociale, la profession et l'état matrimonial a été observée dans trois à quatre études.

Les stratégies et interventions visant le renoncement au tabac ont pour la plupart évité de placer le tabagisme chez la femme enceinte dans un contexte social (Greaves, 1996; Horne, 1995), ce qui était sans doute surtout vrai lorsqu'il était question de femmes défavorisées sur le plan socio-économique. Stewart et coll. (1996b) ont constaté qu'au Canada, 23 % seulement des programmes de renoncement au tabac centrés sur les femmes étaient accessibles aux femmes défavorisées, ou adaptés à leurs besoins. Parmi les facteurs qui les empêchent d'y accéder figurent la pauvreté, la culture, la langue, le niveau d'alphabétisation et les frais de déplacement et de garde (Santé Canada, 1994a, Stewart et coll. 1996a, Stout, 1997). Dans une étude sur le renoncement spontané au tabac et à l'alcool chez les femmes enceintes à faible revenu, Ockene et coll. (2002) ont décrit une série de formes de dépendance et de problèmes de vie, et un contexte environnemental qui a essentiellement pour effet d'inciter les femmes à continuer de fumer. Bien qu'il ne soit pas évident de trouver des stratégies réalistes pour venir en aide à ces femmes, il est important que les professionnels de la santé soient conscients des difficultés auxquelles sont confrontées ces femmes et les reconnaissent. Le tabagisme est rarement le seul problème de santé auquel se heurtent ces femmes pendant la grossesse, et il arrive que des questions telles que la sécurité alimentaire et financière, d'autres formes de toxicomanie et la violence familiale, soient plus urgentes. La stigmatisation sociale entourant le tabagisme pendant la grossesse est énorme, et peut pousser les femmes enceintes à ne pas faire état de leur consommation de tabac si elles estiment que le fait de s'identifier comme fumeuses les exposera à du harcèlement ou à des sentiments accrus de culpabilité. Il y a lieu de concevoir et de véhiculer des messages axés

sur la santé publique qui tiennent compte des réalités quotidiennes de ces femmes et qui évitent de porter un regard critique sur celles-ci.

De manière générale, une forte proportion de femmes défavorisées abandonnent les programmes de renoncement au tabac (Lacey, Tukes, Manfredi et Warnecke, 1991; Stewart et coll., 1996b). Parmi les facteurs de prédiction sociodémographiques du renoncement spontané à la cigarette pendant la grossesse figurent l'appartenance à la race blanche, le fait d'être mariée, jeune et instruite (Cnattingius, Lindmark et Meiriko, 1992). Selon la même étude, le fait d'avoir pour partenaire un non-fumeur est la principale caractéristique démographique qui prédit le maintien du renoncement tabagique. Il arrive que les femmes issues d'un milieu défavorisé rejettent les interventions parce qu'elles ont déjà eu de mauvaises expériences avec le système de soins de santé qui s'adresse à l'ensemble de la population (Browne, Shultis et Thio-Watts, 1999; Stewart et coll., 1996a). Les femmes qui fréquentent les organismes d'aide parallèles, comme les centres communautaires d'aide aux femmes, font généralement confiance à ces organismes parce qu'ils s'intéressent à des questions plus générales telles que l'auto-efficacité et le renforcement de l'autonomie, ainsi qu'aux facteurs sociaux et économiques sous-jacents qui se répercutent sur la vie des femmes. Il est possible que des stratégies qui contribuent, non pas à « blâmer la victime », mais à promouvoir une attitude de respect et d'acceptation à l'égard des valeurs, des capacités, des réalités et de la culture individuels soient particulièrement adaptés aux besoins des femmes issues de milieux défavorisés (Lumley, Oliver et Waters 2000).

ii) Réseaux sociaux

Le réseau social englobe aussi bien l'état matrimonial que le réseau familial et le réseau de soutien social. Des risques accrus de tabagisme pendant la grossesse ont été associés à l'absence de partenaire et au fait de vivre avec des fumeurs (Halsam, Draper et Goyder, 1997). On a observé que le risque de tabagisme pendant la grossesse était sept fois plus élevé chez les femmes ayant un conjoint fumeur que chez les femmes moins instruites vivant avec un conjoint non fumeur (Nafstad,

Botten et Hagen, 1996). À l'inverse, les taux de maintien du renoncement tabagique étaient plus élevés chez les femmes ayant un partenaire non fumeur (Johnson, Ratner, Bottorff, Hall et Dahinten, 2000). La parité a également été associée au tabagisme pendant la grossesse. Il ressort de la majorité des études que les femmes étaient moins susceptibles de fumer pendant leur première grossesse que lors de leurs grossesses subséquentes (Cnattingius et coll. 1992; Dodds, 1995; Nafstad et coll., 1996), même si certaines études aboutissent à des conclusions contraires (Isohanni, Oja, Moilanen, Koironen et Rantakallio, 1995). De même, un lien positif a été établi entre le nombre d'enfants dans le ménage et le tabagisme, surtout chez les mères monoparentales (Jones, 1988, cité dans Oakley, 1989). Il arrive que la violence subie pendant la grossesse rende plus difficile l'obtention du soutien nécessaire au renoncement. En effet, la violence physique vécue pendant la grossesse est associée à une consommation accrue de tabac, d'alcool et de drogues illicites, et nuit au renoncement (McFarlane, Parker et Soeken, 1996).

Stewart et coll. (1996a, 1996b) et Graham (1996) établissent un lien entre le tabagisme et le rôle de soignant, montrant que la consommation de tabac représente une stratégie d'adaptation et une façon de revendiquer un espace vital pour les chefs de familles monoparentales à faible revenu ayant peu de contacts avec le milieu de travail extérieur. Oakley (1989) a aussi constaté que le tabagisme pendant la grossesse était associé à une situation matérielle défavorable, au stress social, au manque de soutien social et de contrôle sur ses conditions de vie, facteurs qui caractérisent une plus forte proportion de femmes défavorisées sur le plan socio-économique.

iii) Influence exercée par les membres de la famille sur le tabagisme

Il existe peu de recherches sur l'influence exercée par les membres de la famille sur les femmes et les filles pendant la grossesse et après l'accouchement. Les rares études qui existent ont insisté sur l'importance des interactions familiales comme facteur

d'influence sur la diminution de la consommation de tabac (Edwards et Sims-Jones, 1998; MacLean, Sims-Jones, Hotte et Edwards, 2000; Wright, Bell et Rock, 1989). Ainsi, les couples qui se perçoivent comme une « équipe de travail » qui a pour mission d'aider la femme à cesser de fumer ou à maintenir son abstinence tabagique semblent obtenir de meilleurs résultats.

Il est prouvé que la décision d'une femme enceinte de renoncer à la cigarette et sa capacité de maintenir son abstinence tabagique au cours de la période postnatale est fortement tributaire de l'influence exercée par le partenaire (Johnson et coll., 2000; McBride, Curry, Grothaus, Nelson, Lando et Pirie, 1998; Pollak et Mullen, 1997; Wakefield et Jones, 1991). En comparaison des femmes enceintes qui vivent avec des non-fumeurs, celles qui ont un partenaire fumeur sont moins susceptibles de cesser de fumer pendant la grossesse et plus susceptibles de recommencer à fumer pendant la période postnatale (McBride, Pirie et Curry, 1992; Mullen, Quinn et Ershoff, 1990). Malgré tout, les interactions qui sous-tendent ce phénomène n'ont pas été étudiées à fond, et les interventions destinées à encourager l'abandon de la cigarette pendant la grossesse ont pour ainsi dire fait abstraction des partenaires des fumeuses. Il existe une abondance de recherches qui montrent que les changements de comportement individuels se répercutent sur tous les membres de la famille et les relations entre les membres de la famille, et que ces changements sont influencés par ces derniers (Wright et Leahey, 2000).

Bien que la plupart des travaux de recherche sur la réduction du tabagisme pendant la grossesse aient porté essentiellement sur les femmes, certains chercheurs se sont également penchés sur les partenaires de femmes enceintes. Ils ont trouvé, par exemple, que les futurs pères sont plus susceptibles de renoncer à la cigarette ou à réduire leur consommation de tabac (Waterson, Evans et Murray-Lyon, 1990) et à vouloir que leur partenaire cesse de fumer pendant sa grossesse (McBride et coll., 1998). Le renoncement tabagique du partenaire peut modifier les modes d'interaction qui existent dans une relation (Doherty et Whitehead, 1986). Il peut, du moins chez certains hommes dont la partenaire est enceinte, avoir une incidence sur la

crainte de conflits dans le couple associés au stress engendré par l'abandon de la cigarette, qui rendait l'idée du renoncement trop difficile à envisager (Wakefield, Reid, Roberts, Mullins et Gilles, 1998). Les changements dans les rôles, les responsabilités et les interactions, qui surviennent généralement avant et après l'accouchement, viennent s'ajouter à cette dynamique complexe. On ne sait toujours pas au juste comment, dans les couples, l'un incite l'autre à se joindre à lui dans les efforts qu'il mène en vue de promouvoir la santé familiale par la réduction du tabagisme.

iv) Appartenance ethnique

Aux États-Unis, les femmes membres de minorités se classent mieux que les femmes de race blanche en ce qui concerne le tabagisme, contrairement à ce qu'on aurait pu prévoir en se fondant sur leur situation socio-économique, relativement défavorable. Le taux de prévalence du tabagisme pendant la grossesse est généralement plus faible chez les Afro-américaines et les Hispaniques que chez les femmes de race blanche (Andreski et Breslau, 1995; Ruggiero et de Groot 1998; Wiemann, Berenson et San Miguel, 1994) et les immigrantes du Sud-Est asiatique et du Moyen-Orient (Bergen et Caporosa, 1999, cités dans DiClemente, Mullen et Windsor, 2000; Potter, Lumley et Watson, 1996; Ruggiero et de Groot 1998).

On observe aussi des taux plus élevés de renoncement au tabac pendant la grossesse dans ces groupes ethnoculturels que chez les femmes blanches au profil socio-économique comparable (Lillington, Royce, Novak, Ruvalcaba et Chlebowski, 1995). De 1989 à 1998, le tabagisme a diminué de 2,8 %, baissant à 20,2 %, chez les femmes enceintes autochtones (surtout chez les Amérindiennes/les Autochtones de l'Alaska); il a régressé de 7,6 %, baissant à 9,6 %, chez les femmes enceintes afro-américaines et il a diminué de 8,0 % à 4 %, chez les femmes enceintes d'origine hispanique (US Department of Health and Human Services, 2001). Il n'existe tout simplement pas de données statistiques comparables pour le Canada. Dans l'une des rares études canadiennes à rendre compte de l'appartenance ethnique, Connor et McIntyre (1999) ont constaté que les tentatives de renoncement à la

cigarette pendant la grossesse étaient 4,6 fois plus élevées chez les immigrantes que chez les non-immigrantes. Ces différences sont peut-être attribuables aux valeurs culturelles, aux normes sociales et aux taux de tabagisme dans le pays d'origine.

Au Canada, le taux élevé de prévalence du tabagisme observé dans les populations autochtones semble directement associé à leur situation relativement défavorable sur le plan socio-économique (Kaplan, Lanier, Merritt et Siegel, 1997; Wiemann et coll., 1994), et à la marginalisation traditionnellement subie par les femmes autochtones. Ce sont les populations autochtones qui affichent les taux de tabagisme le plus élevés au Canada. En 1997, 62 % des membres des Premières nations et 72 % des Inuits fumaient, contre 29 % des membres de l'ensemble de la population canadienne (Reading, 1999). Les taux de tabagisme dans les Territoires du Nord-Ouest étaient de 52,0 % et 49,7 % chez les hommes et les femmes respectivement en 1996 (NWT Bureau of Statistics, 1996). Au Nunavut, le taux global de prévalence du tabagisme s'élevait à 63,9 %; il était de 77,9 % chez les personnes de 15 à 24 ans (des deux sexes). Comme les taux de tabagisme le plus élevés touchent l'âge de procréation, il est probable que la prévalence du tabagisme soit extraordinairement élevée chez les femmes autochtones enceintes. Toutefois, on ne peut que présumer d'un tel fait puisqu'on ne possède pas de données sur les taux par âge et par sexe applicables à ces groupes minoritaires. Selon une étude, le taux de tabagisme pendant la grossesse était plus de deux fois plus élevé chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones, soit 53 % contre 26 % respectivement (Hildes-Ripstein cité dans Williams, sans date). Les données concernant les Canadiennes d'origine africaine et les immigrantes au Canada sont très rares.

v) Âge de la mère

Il est difficile de mesurer l'incidence de l'âge maternel sur le tabagisme. Les conclusions d'études ayant établi un lien entre l'âge et le tabagisme pendant la grossesse sont contradictoires. Selon certaines études, les femmes plus jeunes sont plus susceptibles de fumer au moment de la conception

(Cnattingius et coll., 1992), et les taux d'abandon de la cigarette sont plus élevés chez les femmes plus âgées (Mas, Escriba et Colomer, 1996; Thue, Schei et Jacobsen, 1995). Lawson (1994; cité dans Klesges et coll., 2001) a constaté que les adolescentes enceintes à faible revenu continuaient de fumer, sinon fumaient davantage, pendant la grossesse pour surveiller leur poids et pour éviter de suivre un régime après l'accouchement. En revanche, il existe aussi des données qui indiquent que les jeunes fumeuses sont plus susceptibles de renoncer à la cigarette (Cnattingius et coll., 1992; Isohanni et coll., 1995), ou de tenter d'y renoncer (Connor et McIntyre, 1999) pendant la grossesse, sans doute parce qu'elles fument depuis moins longtemps et qu'elles sont donc moins dépendantes (O'Campo, 1995). Ockene et coll. (2002) ont mis en évidence un lien entre le jeune âge et le renoncement spontané au tabac, mais ce lien a disparu lors de l'analyse multidimensionnelle. Un tel constat donne à penser que l'on pourrait confondre les effets de l'âge avec les effets d'autres facteurs sociaux tels que le niveau d'instruction et le revenu.

Les risques de problèmes périnataux sont élevés chez les adolescentes; ils le sont encore plus chez celles qui fument. Il est évident que de nombreuses adolescentes qui fument pendant la grossesse sont nicotino-dépendantes et ont besoin des mêmes formes de soutien que les femmes. Les tentatives ratées de renoncement pendant l'adolescence sont souvent associées à la nicotino-dépendance. Les jeunes filles qui éprouvent des symptômes de sevrage lorsqu'elles cessent de fumer devraient être traitées de la même manière que les femmes nicotino-dépendantes (Eissenberg, Stitzer et Henningfield, 1999).

vi) Nicotino-dépendance

La quantité de cigarettes consommées avant la grossesse a été utilisée comme indicateur de la dépendance. C'est une variable qui peut avoir une incidence sur le lien observé avec l'âge. Selon une analyse multidimensionnelle réalisée dans le cadre d'une étude menée en Norvège (Eriksson, Haug, Salvesen, Nesheim, Nylander et Rasmussen, 1998), une faible consommation de cigarettes

dans les trois mois précédant la grossesse était le meilleur facteur de prédiction du renoncement au tabac. En effet, la proportion de femmes qui ont cessé de fumer au début de leur grossesse était 18 fois plus élevée chez les femmes qui fumaient moins de cinq cigarettes que chez celles qui en fumaient 20 ou plus par jour (Eriksson et coll., 1998). D'après une étude inédite fondée sur des données tirées d'études réalisées par Windsor et Gielen (Windsor et coll., 1998) auprès de femmes exposées à une initiative de renoncement tabagique, une consommation légère de tabac (concentration de base de cotinine dans la salive : <100 ng/ml) est un facteur de prédiction du renoncement. De même, il ressort d'un échantillon de femmes enceintes ayant bénéficié de services publics de soins de santé que les femmes qui fumaient plus légèrement (concentration de cotinine de base : <55 ng/ml) et celles qui avaient fumé pendant moins de cinq ans étaient plus susceptibles de cesser de fumer (Woodby, Windsor, Snyder, Kohler et DiClemente, 1999).

Si une proportion considérable de femmes entreprendront spontanément de renoncer à la cigarette ou de réduire leur consommation de tabac pendant la grossesse, il existe un sous-groupe de femmes qui ne diminuent pas le montant consommé. Il semblerait en effet qu'une faible proportion de femmes fument davantage au cours de cette période (ce qui est peut-être attribuable à l'augmentation du volume de liquide circulant et à la dilution de la nicotine). En outre, la clairance métabolique de la nicotine augmenterait par un facteur de 1,6 (Dempsey et Benowitz, 2001). Une étude menée par Selby, Hackman, Kapur, Klein et Koren (2001) a mis en évidence une « concentration sérique de nicotine anormalement faible » dans un groupe de femmes enceintes qui étaient de grandes fumeuses et qui n'ont pas pu abandonner la cigarette, ce qui prouve qu'un sous-groupe de femmes métabolisent rapidement la nicotine, en raison d'une prédisposition pharmacocinétique. Ces chercheurs estiment que l'on devrait entreprendre d'autres études génétiques afin de confirmer ce constat.

vii) La génétique de la nicotino-dépendance

Il existe d'abondantes preuves de l'influence exercée par la constitution génétique sur le tabagisme (voir les recensions faites par Arinami, Ishiguro et Onaivi, 2000; Munafo, Johnstone, Murphy et Walton, 2001; et Picciotto et Corrigan, 2002). Si des recherches sur la question sont en cours, les nouvelles données indiquent que l'influence de la génétique sur la décision de commencer à fumer et de continuer de fumer n'est pas la même chez les hommes et chez les femmes (Li, Cheng, Ma et Swan, 2003 [recension]; Madden, Heath, Pedersen, Kapiro, Koskenvuo et Martin, 1999; voir aussi Munafo et coll., 2001 [recension]). D'après une méta-analyse récente, l'hérédité joue un rôle plus important dans la décision de commencer à fumer chez la femme, et dans le maintien du tabagisme chez l'homme (Li et coll., 2003). Chez les fumeuses, l'usage du tabac semble davantage tributaire de l'environnement, notamment de la situation socio-économique, et de la consommation de tabac chez les parents et les amis (Madden et coll., 1999; White, Pandina et Chen, 2002).

Si les relatives différences entre les hommes et les femmes, observées à l'égard de l'influence de la génétique sur le tabagisme, semblent stables d'une culture à l'autre, (Madden et coll., 1999), on possède quelques rares données sur des groupes ethniques, s'il y a lieu, qui seraient éventuellement porteurs de gènes les prédisposant à des réactions indésirables à la consommation de tabac. Comme le tabagisme est un phénomène polygénique (le comportement tabagique est tributaire de nombreux gènes), il est extrêmement difficile de déterminer avec certitude si un groupe donné présente sur ce plan plus de risques qu'un autre. Des recherches indiquent que les fumeurs afro-américains absorbent plus de nicotine par cigarette (Perez-Stable, Herrera, Jacob et Benowitz, 1998) et qu'ils métabolisent la cotinine (principal métabolite de la nicotine) plus lentement que les fumeurs de race blanche (Carabello et coll., 1998; Perez-Stable et coll., 1998), ce qui tient sans doute à une

interaction avec le menthol (Ahijevych, Tyndale, Dhath, Weed et Browning, 2002). Chez les fumeurs chinois, la métabolisation de la nicotine se fait plus lentement et l'absorption de la nicotine par cigarette est moins importante que chez les Blancs et les Latino-américains (Benowitz, Perez-Stable, Herrera et Jacob, 2002). Malgré ces différences, toutefois, dans l'état actuel d'avancement des connaissances, le classement fondé sur l'appartenance ethnique n'est pas suffisamment spécifique pour permettre une amélioration du traitement. La « race » présente un intérêt limité sur le plan biologique (Benowitz, 2002). Seules des techniques de génotypage appliquées à des *individus* permettraient de déterminer si ces derniers sont porteurs de gènes qui les prédisposeraient à des problèmes métaboliques.

Le génotypage pourrait entraîner une amélioration sensible des traitements axés sur le renoncement tabagique puisqu'il permettrait de concevoir sur mesure des interventions tant pharmacologiques que comportementales à la lumière d'éléments d'information génétiques. Une telle perspective présente de l'intérêt pour toutes les catégories de fumeurs, mais sans doute surtout pour les femmes enceintes qui fument. Wang et coll. (2002) ont récemment montré que les risques de mettre au monde un bébé de petit poids à la naissance sont plus de deux fois plus élevés chez les mères fumeuses génétiquement prédisposées à mal métaboliser la nicotine que chez celles qui métabolisent la nicotine et éliminent ses métabolites toxiques de manière plus efficace. Les effets du génotype du fœtus sur ce processus ne sont pas connus. Or, une telle information revêt évidemment de l'importance pour le traitement des femmes enceintes qui fument et pourrait atténuer les craintes au sujet du recours à des traitements à la nicotine que pourraient avoir les femmes enceintes qui métabolisent bien les produits dérivés de la dégradation de la nicotine.

viii) Effets du tabagisme pendant la grossesse

S'il est important de tenir compte des facteurs génétiques qui ont une incidence sur le tabagisme, il ne faut pas pour autant sous-estimer les facteurs

liés à l'environnement physique. Certains chercheurs se sont penchés sur les effets de l'exposition à la nicotine au cours de la vie intra-utérine sur l'usage de tabac plus tard dans la vie. Fait intéressant, Cornelius, Leech, Goldschmidt et Day, (2000) ont noté que les enfants de 10 ans étaient 5,5 fois plus susceptibles de tenter l'expérience de la cigarette si leur mère avait consommé plus d'un demi-paquet par jour pendant leur grossesse, qu'elle soit ou non fumeuse à l'heure actuelle. Il ressort de ce constat, ainsi que des données tirées d'études sur des animaux mettant en lumière une modification de la structure biologique des récepteurs de la nicotine chez le fœtus et d'autres effets découlant de l'exposition à la nicotine pendant la vie intra-utérine (voir p. ex., Miao et coll., 1998), que l'environnement du fœtus peut avoir ultérieurement des répercussions sur son comportement tabagique.

Comme nous l'avons déjà souligné, il existe des effets bien connus du tabagisme sur la santé de la femme, de même que sur celle du fœtus, du nouveau-né et de l'enfant. L'usage du tabac pendant la grossesse est associé à des résultats défavorables tels que la prématurité, l'insuffisance pondérale à la naissance, la mort subite du nouveau-né et les problèmes de comportement chez l'enfant. Si les risques pour la santé du fœtus dépendent de la dose, on ne comprend pas très précisément comment le tabagisme nuit au fœtus. Il existe cependant un certain nombre de pistes d'explication :

1. La nicotine est une toxine au niveau cellulaire, qui possède des propriétés vasoconstrictrices. On a souvent invoqué l'insuffisance de la circulation utéroplacentaire pour expliquer le lien entre le tabagisme et le retard de croissance fœtale et le décollement placentaire. On postule que la nicotine provoque une vasoconstriction des vaisseaux sanguins utéroplacentaires, ce qui réduit la circulation de sang vers le placenta et diminue la quantité d'oxygène et d'éléments nutritifs qui se rend jusqu'au fœtus. La validité de cette explication a cependant été mise en doute récemment (Dempsey et Benowitz, 2001).

2. Outre la nicotine, la fumée de la cigarette contient de l'oxyde de carbone, du cyanure, du plomb, de l'arsenic et 3 000 autres substances potentiellement toxiques (Klesges et coll., 2001). L'oxyde de carbone — un important produit dérivé de la fumée de cigarette — se lie à l'hémoglobine, ce qui réduit la capacité du sang à transporter de l'oxygène, d'où une diminution de la concentration en oxygène dans le tissu fœtal (hypoxie).
3. Il est prouvé que l'exposition à la nicotine a une incidence directe sur le développement du système nerveux chez le fœtus et qu'une exposition relativement restreinte peut entraîner des lésions cellulaires et une réduction du nombre de cellules. Cet effet peut aussi engendrer des problèmes de contrôle de la respiration chez le nouveau-né. Il est vrai que le placenta est un important mécanisme de protection du fœtus, et d'après des recherches, une consommation épisodique de drogues représente une source d'exposition moindre pour le fœtus qu'une consommation continue (Slotkin, 1998).
4. Le tabagisme peut modifier l'état nutritionnel de la mère/du fœtus (Benowitz et coll., 2000). Selon certaines études, les concentrations de folate sont plus faibles et ne cessent de diminuer chez les femmes qui fument pendant leur grossesse (Pagan, Hou, Goldenberg, Cliver

et Tamura, 2001; van Wersch, Jassens et Zandvoort, 2002). Si certains attribuent ce phénomène à l'influence du tabagisme sur les habitudes nutritionnelles, (la cigarette modifie l'appétit et la sensibilité gustative), McDonald, Perkins, Jodouin et Walker (2002) n'ont signalé aucune différence sur le plan du folate alimentaire chez les fumeurs et chez les non-fumeurs qui présentaient des concentrations très différentes de folate sérique. Selon ces auteurs, cet écart s'explique par une interaction entre les gènes et l'environnement, et les femmes enceintes qui fument gagneraient sans doute à consommer davantage d'acide folique pendant la période périconceptionnelle.

Il est possible que les effets défavorables du tabagisme pendant la grossesse s'expliquent par de multiples facteurs et dépendent du stade de la grossesse (autrement dit, le résultat de la grossesse pourrait varier selon la durée et le moment de l'exposition à la fumée de cigarette). D'après certaines études, les conséquences défavorables sont plus prononcées lorsque la femme continue de fumer pendant la deuxième moitié de sa grossesse (Slotkin, 1998). Même si, idéalement, le renoncement au tabac devrait se faire au début de la grossesse, il peut malgré tout avoir des effets bénéfiques s'il survient tardivement au cours de la grossesse en comparaison d'un maintien de l'habitude de la cigarette (Klesges et coll., 2001).

2c. Rechute chez les femmes et les filles après l'accouchement

Il n'existe actuellement aucune intervention pharmacologique ou comportementale vraiment efficace qui permette de prévenir la rechute chez les ex-fumeurs (Piasecki, Fiore, McCarthy et Baker, 2002). Ainsi, la rechute représente un défi important pour les personnes qui font des efforts pour cesser de fumer et pour les cliniciens qui appuient leurs efforts. Plus particulièrement, la rechute chez les femmes enceintes qui ont cessé de fumer retient de plus en plus l'attention. Bien que la grossesse représente pour la femme un puissant incitatif à abandonner la cigarette, des études

révèlent que la proportion de femmes qui cessent de fumer pendant leur grossesse et qui recommencent à fumer dans les six premiers mois suivant l'accouchement peut atteindre 70 % (Fingerhut, Kleinman et Kendrick, 1990; Mullen, Richardson, Quinn et Ershoff, 1997). Ces taux de rechute se comparent aux taux observés dans d'autres groupes de personnes ayant renoncé à la cigarette, à la différence près que chez les femmes ayant cessé de fumer pendant la grossesse, la période d'abstinence est généralement prolongée avant la rechute. Malgré ce constat, leurs risques de

rechute, surtout pendant la période qui suit immédiatement l'accouchement, sont, du moins en apparence, très semblables à ceux observés chez les personnes qui ont renoncé tôt (Stotts, DiClemente, Carbonari et Mullen, 1996).

Des études sur la rechute pendant la période postnatale ont mis en évidence une variété de facteurs de risque associés à ce phénomène, notamment, la « prise de bouffées », l'auto-efficacité, les types de stratégies d'adaptation et la décision de ne pas recourir à l'allaitement maternel ou de cesser d'y recourir (McBride et coll., 1992; Mullen et coll., 1997). Ce qui vient compliquer la compréhension du phénomène de la rechute après l'accouchement, c'est que la période postnatale marque un changement important dans la vie de la femme qui doit s'adapter à son nouveau rôle de parent, et que les facteurs qui contribuent à l'abstinence pendant la grossesse peuvent être absents ou agir différemment au cours de la période postnatale (Klesges et coll., 2001).

Le modèle conçu par Marlatt est une des théories qui ont exercé le plus d'influence dans le domaine des toxicomanies. Il explique la rechute après un changement de comportement et suggère des pistes de prévention (Marlatt et Gordon, 1985). Dans ce modèle, la rechute est présentée comme un processus tributaire de mécanismes cognitifs et comportementaux, non pas comme un phénomène distinct et irréversible. En outre, il distingue les premières tentations auxquelles on cède (écarts) du retour à l'usage régulier du tabac (rechute). Un apprentissage en prévention des rechutes fondé sur ce modèle comprend l'acquisition de compétences voulues pour anticiper les écarts dans les situations à haut risque et pour y résister et une restructuration cognitive qui vise à aider la personne à éviter de se culpabiliser en cas d'écart. Bien que l'apprentissage en prévention des rechutes soit une voie prometteuse à explorer auprès des femmes pendant la grossesse et après l'accouchement, on se demande si les expériences de la rechute vécues par les femmes pendant la période postnatale correspondent à l'explication de la rechute avancée par le modèle.

Ainsi, Bottorff, Johnson, Irwin et Ratner (2000) décrivent cinq cas de rechute dans une étude qualitative portant sur le sens attribué par les femmes à la rechute tabagique vécue après leur accouchement. Fait intéressant à signaler, dans plusieurs des témoignages, les femmes n'ont pas eu recours à la culpabilisation qui, selon le modèle proposé par Marlatt, serait un élément clé de la rechute. Elles ont plutôt indiqué qu'elles envisageaient avec plaisir l'idée de recommencer à fumer pour se récompenser de leur abstinence temporaire, et ont présenté leur rechute comme un moyen de faire face au stress liée à la prise en charge d'un nouveau-né. Comme le tabagisme était une stratégie d'adaptation qui avait déjà été efficace, elles ne voyaient d'autre solution que de recommencer à fumer. Bien que les formes de stress éprouvées pendant la période postnatale soient abondamment étudiées et qu'il s'agisse de l'un des principaux facteurs associés à la rechute tabagique, la réduction du stress n'a pas occupé une place importante dans les stratégies de prévention de la rechute destinées aux femmes pendant la grossesse et la période postnatale. Un tel état de choses est peut-être partiellement attribuable au fait que le stress n'est pas une composante clé de la plupart des modèles de prévention de la rechute, comme celui de Marlatt.

On a aussi eu recours aux étapes et mécanismes du changement comportemental décrits dans le modèle transthéorique (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992) pour comprendre le processus du renoncement au tabac pendant la grossesse. En principe, selon les étapes du changement de comportement, on considère que les femmes enceintes qui cessent de fumer se trouvent au stade de l'action puisqu'elles ont arrêté de fumer. De l'avis de certains, toutefois, les taux relativement élevés de rechute observés pendant la période postnatale indiquent peut-être que les femmes qui ont cessé de fumer pendant leur grossesse ne se sont pas parfaitement préparées à effectuer un tel changement, et se comparent sans doute davantage aux personnes qui en sont aux premiers stades du changement de comportement.

Lorsqu'on examine les mécanismes qui caractérisent le renoncement au tabac dans des groupes de femmes enceintes ou non qui cessent de fumer, on observe d'importantes différences (Stotts et coll., 1996). En effet, d'après les témoignages, le processus de changement sur les plans de l'expérience personnelle et du comportement était moins avancé et le niveau de confiance dans la capacité de pouvoir s'abstenir de fumer était plus élevé et le niveau de tentation était moins élevé chez les femmes enceintes qui ont cessé de fumer que chez les femmes qui n'étaient pas enceintes et qui en étaient au stade de l'action.

Stotts et coll. (1996) concluent que les mécanismes de changement sont très différents chez les fumeuses enceintes. En effet, un faible recours aux stratégies d'adaptation cognitive-affective et comportementale semble traduire une relative facilité qu'ont les fumeuses enceintes à cesser de fumer, qui leur donne une assurance exagérée dans leur capacité de demeurer non-fumeuses et explique qu'elles n'éprouvent pas une grande tentation de fumer. Ces chercheurs expliquent le taux élevé de rechute observé chez les femmes pendant la période postnatale à la lumière des constats et émettent l'idée que le renoncement au tabac pendant la grossesse n'est pas un véritable renoncement. Selon eux, comme les efforts de renoncement entrepris par la femme enceinte sont essentiellement motivés par un facteur externe (le bien-être du bébé) plutôt que par un processus de changement profond et voulu, l'abandon de la cigarette doit être considéré comme la restriction ou la suspension d'un comportement d'une durée limitée.

C'est ainsi que de nombreuses femmes qui cessent de fumer pendant leur grossesse abordent la période postnatale sans aucune préparation, et ne sont parfois pas disposées à maintenir leur abstinence tabagique, de sorte qu'elles recommencent à fumer peu après la naissance du bébé. Comme le modèle transthéorique tente d'expliquer des « changements de comportement voulus », Stotts, DiClemente, Carbonari et Mullen (2000) s'interrogent au sujet de l'utilité de ce concept dans le cadre des interventions visant les femmes pendant la grossesse et la période postnatale, et ils sont d'avis qu'il faudrait poursuivre des recherches en vue de décrire les

initiatives de renoncement motivées ou imposées par des facteurs extérieurs, et les mécanismes qui les sous-tendent, afin de mettre au point des stratégies d'intervention plus efficaces. Stotts et ses collègues (2000) ont élaboré un outil qui pourrait servir à distinguer les fumeuses enceintes qui en sont « vraiment » au stade de l'action dans le processus d'abandon de la cigarette de celles qui sont moins avancées dans le processus de changement et qui, de ce fait, présentent des risques élevés de rechute tabagique après l'accouchement. L'algorithme évalue trois variables : les objectifs personnels, l'auto-efficacité et le comportement tabagique. Il sert à classer la « suspension » du tabagisme selon quatre étapes du changement en vue d'une abstinence pendant la période postnatale (soit la précontemplation, la contemplation, la préparation et l'action : voir l'annexe 8a, page 71).

Les données préliminaires soutiennent l'emploi de cet instrument relativement simple pour classer les fumeuses qui se sont abstenues de fumer pendant la grossesse, qui fumaient relativement peu, et dont le niveau d'instruction et la situation socio-économique étaient supérieurs à la moyenne. Il faut également se rappeler que les réponses données par les femmes aux questions peuvent dépendre en partie des propos qu'il convient de tenir. Il ressort d'une analyse des explications fournies par les mères qui fument que le discours social dominant au sujet du tabagisme et de la maternité a pour effet non seulement de créer de la dissonance chez les femmes, mais aussi d'influencer leurs rapports avec les autres (Irwin, Johnson et Bottorff, en cours de révision).

Quoi qu'il en soit, comme les cliniciens qui ont des contacts avec des femmes qui cessent de fumer pendant la grossesse et la période postnatale n'ont pas d'instruments à leur disposition, cet outil novateur est prometteur en ce qu'il pourrait permettre de concevoir sur mesure des stratégies d'intervention. Enfin, l'idée qui ressort des travaux de Stotts et de ses collaborateurs est que les femmes enceintes ayant « cessé » de fumer pendant la grossesse ont besoin d'une intervention intensive lorsqu'elles abordent la période postnatale pour que leur effort de renoncement au tabac se transforme en un engagement durable. En outre, ce

genre d'interventions devra s'étendre sur une bonne partie de la période postnatale si l'on veut prévenir les rechutes tardives.

En résumé, la réussite des stratégies de prévention des rechutes dépendra d'une meilleure connaissance des facteurs qui contribuent aux rechutes et de leur mode d'interaction tout au cours du processus du renoncement au tabac. Si l'on approfondissait les recherches sur l'utilité de nouveaux concepts, tels que la prédisposition à la rechute et la fatigue liée au renoncement, et si l'on redéfinissait la motivation à l'arrêt pour la percevoir comme un facteur dynamique qui évolue au cours de la période du renoncement, on pourrait sans doute trouver de nouvelles pistes d'intervention (Piasecki et coll., 2002). Même

si l'on reconnaît de plus en plus que la rechute chez les femmes qui cessent de fumer pendant la grossesse est un phénomène unique, il existe d'importantes lacunes dans la littérature. En mettant l'accent sur la rechute après l'accouchement, on ne tient aucunement compte des expériences de rechute vécues avant la mise au monde du bébé. Or, il est prouvé que le taux de rechute pendant la grossesse peut varier de 21 à 25 % chez les femmes qui cessent spontanément de fumer (Klesges et coll., 2001; Quinn, Mullen et Ershoff, 1991). En outre, il n'existe pas d'études sur les expériences de rechute chez les adolescentes enceintes même s'il pourrait y avoir des facteurs importants propres à ce groupe d'âge, qui influent sur le risque de rechute.

2d. Approches en matière de traitement

i) Le traitement de la dépendance à l'égard du tabac chez les jeunes filles et les femmes en âge de procréer

Les approches cliniques, y compris le counseling et les traitements pharmacologiques, ont traditionnellement été utilisées pour aider les fumeurs à se défaire de l'habitude de la cigarette. Toutefois, un certain nombre de facteurs font que les traitements cliniques ne peuvent avoir qu'un impact limité sur une population. De plus, de nombreuses expériences ne reposent pas sur des assises scientifiques solides, sont inaccessibles et sous-utilisées.

Des facteurs sociaux qui touchent de nombreux fumeurs tels que la pauvreté et la sous-scolarisation, les problèmes de transport et de garde d'enfants, peuvent nuire à l'accessibilité des traitements. Des politiques qui améliorent les déterminants sociaux de la santé tels que le logement et le revenu, font partie d'une stratégie globale de lutte contre le tabagisme chez les femmes enceintes qui fument. L'attitude consistant à blâmer la victime doit être absente des interventions et des mesures sociales, et la notion selon laquelle le tabagisme est un « choix

de vie » doit être remplacée par la reconnaissance que le tabagisme est un problème social d'ordre structurel.

L'environnement social peut faciliter ou entraver le renoncement. Ainsi, par rapport aux fumeuses n'ayant reçu aucun soutien, celles qui ont bénéficié d'un appui étaient plus susceptibles de demeurer abstinentes après une tentative de renoncement, alors que celles qui évoluaient dans un milieu social défavorable étaient moins susceptibles de maintenir leur abstinence (Hill-Rice et coll., 1996). De plus, des antécédents de violence physique et/ou d'agression sexuelle sont associés à une consommation plus grande de substances tant avant qu'après la grossesse (McFarlane et coll., 1996). Des femmes enceintes ont indiqué que la violence débute ou s'accroît lorsqu'elles refusent de consommer des substances avec l'agresseur (McFarlane et coll. 1996).

Un récent essai clinique auquel ont pris part plus de 500 gros fumeurs aux États-Unis a montré que le principal facteur de prédiction d'une abstinence prolongée était les effets indésirables subis par les participants, et leur confiance dans la capacité des produits de remplacement de la nicotine d'atténuer de tels symptômes (Kenford et coll., 2002).

La tendance à éprouver des effets indésirables était un facteur de prédiction plus exact de l'abstinence que les mesures traditionnelles de la nicotinépendance; de plus, la validité prédictive de ces mesures dépendait essentiellement de ce facteur (Kenford et coll. 2002). C'est ce qui ressort d'un corpus grandissant de recherches qui montrent que la capacité de maintenir l'abstinence dépend en grande partie de la façon dont la personne avec les émotions négatives associées à sa tentative de renoncement (et non pas d'une détresse affective et psychologique préexistante ou coexistante) (McDonald, 2003). Caggiula et coll. (2001) ont récemment souligné l'importance du rôle joué par le conditionnement et le renforcement psychologiques dans le maintien de l'habitude du tabac, et sont d'avis que l'on devrait envisager d'intégrer davantage les déclencheurs associés au tabagisme aux stratégies de renoncement au tabac. Si beaucoup considèrent que la principale difficulté posée par l'abandon de la cigarette consiste à surmonter les facteurs biologiques par la pharmacothérapie et d'autres traitements, il ne faut pas sous-estimer l'importance du rôle joué par les facteurs cognitifs, affectifs et environnementaux. C'est pourquoi une stratégie de renoncement efficace doit déborder le strict cadre de la biologie humaine et englober les questions d'ordre social, économique et environnemental de même que les facteurs intrapersonnels.

ii) Remplacement de la nicotine

La nicotinépendance chez les filles et les femmes qui continuent de fumer pendant leur grossesse a pour ainsi dire été négligée par les praticiens. En effet, de manière générale, on présume que les femmes enceintes ont la motivation voulue pour cesser de fumer « pour le bien de l'enfant » et qu'il est donc inutile de tenir compte du caractère toxicomanogène de la nicotine. L'accoutumance a été définie de diverses façons, et de manière générale, on convient qu'il s'agit de l'usage compulsif d'une drogue aux propriétés psychotropes, ce qui peut être associé à la tolérance et à la dépendance physique (Kalant, 2000). La plupart des personnes qui fument tous les jours sont dépendantes à l'égard de la nicotine, et elles éprouveront des symptômes de sevrage lorsqu'elles cesseront de fumer. Il s'ensuit que la

majorité des femmes enceintes qui fument quotidiennement sont nicotinépendantes. Il n'existe pas de seuil révélateur de la dépendance : il arrive que des personnes qui ne fument pas plus de cinq cigarettes par jour éprouvent des symptômes de sevrage importants (Kalant, 2000).

Il est toutefois possible d'éviter les effets indésirables du tabagisme si les femmes qui fument pendant leur grossesse renoncent à la cigarette. Les données recueillies chez l'homme et chez l'animal indiquent que le risque associé à la consommation de cigarettes pendant la grossesse est de loin supérieur au risque d'une exposition à la nicotine pure (Dempsey et Benowitz, 2001). Il est prouvé que l'emploi de stratégies axées sur la réduction des méfaits, comme la diminution de la consommation ou le recours à la substitution nicotinique (qui limite l'exposition à l'oxyde de carbone), est bénéfique pour la mère comme pour l'enfant.

iii) Le rôle de la réduction des méfaits dans le renoncement au tabac pendant la période périnatale

De manière générale, la réduction des méfaits désigne l'application de politiques, de programmes, de méthodes et de produits visant à réduire ou à atténuer les dommages associés à certains comportements (Poole et Robertson, 1999).

De manière générale, le port d'une ceinture de sécurité ou d'un casque de vélo, le respect de la limite de vitesse sur la route ou l'utilisation de condoms sont tous considérés comme des mesures visant à réduire les méfaits. Dans l'optique de la lutte contre le tabac, la réduction des méfaits vise à atténuer l'incidence des maladies et des décès imputables au tabagisme (Warner, 2002).

Une stratégie axée sur la réduction des méfaits dans le domaine de la lutte contre le tabagisme fait appel à des méthodes diverses, notamment l'application de politiques antitabac (p. ex. l'augmentation des taxes et l'interdiction de fumer dans certains lieux), la prévention du début de l'usage du tabac, le soutien des efforts de renoncement, la

protection contre la fumée de tabac ambiante et l'utilisation de produits de remplacement de la nicotine (Hatsukami et coll., 2002; Warner, 2002).

Si une approche axée sur la réduction des méfaits est souvent adoptée dans le domaine général de la lutte contre la toxicomanie, on hésite à l'appliquer à la lutte contre le tabagisme. De l'avis de certains, l'industrie du tabac est elle-même le fer de lance de l'approche axée sur la réduction des méfaits qu'elle utilise comme un moyen de promouvoir d'autres modes de distribution de la nicotine, notamment du tabac; ce genre d'approche entretient auprès des usagers de faux espoirs concernant l'efficacité du remplacement de la nicotine; il existe peu de données prouvant qu'une stratégie axée sur la réduction des méfaits débouche sur un renoncement de longue durée et, en outre, elle contribue non pas à réduire, mais à perpétuer, les méfaits (Fiore, Hatsukami et Baker, 2002; Pierce, 2002; Warner, 2002).

Pour répondre à ces critiques, on pourrait faire valoir que la réduction des méfaits est une approche relativement nouvelle et que les maladies liées au tabagisme ne surviennent qu'au bout de nombreuses années, de sorte que l'on ne connaît pas tous les effets de ce genre d'approche (Hatsumaki et coll., 2002). De plus, si selon les *United States Public Health Service Clinical Practice Guidelines* (Fiore et coll., 2002), il n'existe pas suffisamment d'éléments de preuve pour conclure à l'efficacité de la réduction des méfaits, Fox et Cohen (2002) attribuent cette lacune aux professionnels de la santé qui n'appliqueraient pas systématiquement les lignes directrices. En conséquence, il est impossible d'évaluer l'efficacité d'une approche axée sur la réduction des méfaits sans faire en sorte que les stratégies soient appliquées intégralement et systématiquement.

Les effets possibles d'une approche axée sur la réduction des méfaits chez certains groupes de fumeurs (tels que les femmes enceintes, les personnes à faible revenu, les personnes atteintes d'une maladie mentale et les gros fumeurs) sont importants et doivent être explorés (Hatsumaki et coll.,

2002). Il est prouvé que lorsqu'elle est utilisée auprès des femmes enceintes (surtout celles qui fument beaucoup ou qui continuent de fumer tout au cours de leur grossesse), cette approche peut réduire les dommages tant chez la femme que chez son fœtus (Hanna, Faden et Dufour, 1997; Li, Windsor, Perkins, Goldenberg et Lowe, 1993).

Les stratégies suggérées pour réduire les méfaits chez les femmes enceintes qui fument consistent entre autres à réduire la consommation de cigarettes, à cesser de fumer pendant de brèves périodes à des stades critiques de la grossesse et à l'approche de l'accouchement, à adopter des habitudes de vie saines telles que prendre des vitamines et faire de l'exercice, à réduire l'exposition à la fumée de tabac ambiante et à prendre des mesures face au tabagisme du partenaire (DiClemente et coll., 2000). Si un abandon total de la cigarette pendant la grossesse serait le plus bénéfique pour la santé de la femme enceinte et de son fœtus, la réduction de l'exposition aux effets dommageables du tabac est préférable à l'absence de mesure. Selon une étude menée récemment par England et coll. (2001), la relation dose-effet entre l'exposition au tabac et le poids à la naissance est non linéaire. C'est pourquoi il y aurait lieu d'envisager le recours à cette option auprès des femmes enceintes qui ont beaucoup de difficulté à modifier leurs habitudes de consommation de tabac pendant leur grossesse.

iv) Modèles de renoncement au tabac/Programmes de traitement de la toxicomanie

Les programmes de traitement de la toxicomanie font de plus en plus appel à des stratégies de réduction des méfaits. De plus, le secteur plus vaste du traitement des toxicomanies commence à faire une place à la nicotinedépendance alors que, jusqu'ici, il a pour ainsi dire fait abstraction de ce phénomène, malgré les taux élevés de tabagisme chez les personnes aux prises avec l'abus d'alcool et d'autres substances. Il est prouvé que l'effet conjugué du tabac et de l'alcool est encore plus dommageable pour la santé que l'effet associé à l'une ou l'autre substance prise isolément (Blot, 1992; Castellsague et coll., 1999). Pendant la

grossesse, les effets combinés du tabac et d'autres substances peuvent nuire aussi bien à la femme enceinte qu'à son fœtus.

Bien que le tabagisme compromette sérieusement la santé des femmes dépendantes à l'égard de substances (y compris les femmes enceintes), on a hésité à associer la nicotine à une « drogue » au même titre que d'autres substances visées par les programmes de traitement des toxicomanies. Une telle résistance s'explique par trois grands facteurs. D'abord, il y a la perception selon laquelle la lutte contre le tabagisme aura des répercussions défavorables sur la lutte contre l'abus de l'alcool et d'autres drogues (Hahn, Warnick et Plemmons, 1999). Ensuite, on observe parfois de la résistance chez les membres du personnel qui sont eux-mêmes fumeurs et qui peuvent hésiter à créer un environnement sans fumée (Bobo et Davis, 1993). Enfin, les programmes de traitement des toxicomanies ont reflété la réticence de la société à assimiler l'usage de la cigarette à l'abus d'autres substances telles que l'alcool, les drogues et la caféine.

Au cours de la dernière décennie, les preuves indiquant que le traitement de la nicotinedépendance ne nuisait aucunement au traitement de l'abus de l'alcool et d'autres drogues ont commencé lentement à s'accumuler (Hurt et coll., 1994; Martin et coll., 1997). De plus, certaines études ont montré que le traitement combiné de la nicotinedépendance et de la dépendance à l'égard de l'alcool et d'autres drogues augmente les chances d'un maintien de la sobriété (Bobo, Schilling, Gilchrist et Schinke 1986; Orleans et Hutchinson, 1993; Trudeau, Isenhardt et Silversmith, 1995). Face à la résistance montrée par le personnel, les centres de traitement ont créé des milieux de travail sans fumée (voir, par exemple, Fishman et Earley, 1993). Diverses stratégies sont employées pour appliquer de telles mesures, par exemple offrir des programmes de renoncement au tabac, encourager le personnel à y participer et en assumer les frais (Campbell, Krumenacker et Stark, 1998). Campbell et ses collaborateurs font ressortir

l'importance de ce genre de mesures en indiquant que les meilleurs résultats ont été obtenus dans les centres de traitement où le programme de renoncement au tabac était appuyé par le personnel et intégré au traitement des toxicomanies.

Parmi les centres qui ont intégré l'abandon de la cigarette aux programmes de traitement d'autres toxicomanies figurent CODA à Portland, en Oregon (Campbell et coll., 1998); le Counterpoint Unit au CPC Parkwood Hospital à Atlanta, en Géorgie (Fishman et Earley, 1993); le Minneapolis VA Medical Center (Pletcher, 1993) aux États-Unis; et, au Canada, l'Aurora Centre (Poole, Greaves et Cormier, 2003), le Centre de toxicomanie et de santé mentale à Toronto (Bernstein et Stoduto, 1999), et les programmes mis en œuvre en Ontario par l'organisme Action on Women's Addiction-Research and Education (AWARE). L'Aurora Centre à Vancouver, en Colombie-Britannique, a intégré la nicotinedépendance à son programme de traitement des toxicomanies. Sa décision tient à un autre facteur important. En effet, en réponse à une enquête réalisée par le centre, 39 % des femmes inscrites au programme de traitement en établissement et 48 % de celles qui participaient à un programme de traitement de jour ont désigné la nicotine comme l'une des trois principales substances qui leur posaient problème. Comme ce sont les femmes elles-mêmes qui assimilent la nicotine à une « substance problème », il faut absolument que les programmes de traitement des toxicomanies tiennent compte d'une telle perception (Poole et coll., 2003).

Grâce à l'intégration de la lutte contre le tabagisme et de la lutte contre l'abus de l'alcool et d'autres substances, il est évident que les centres de traitement ont la possibilité d'intervenir auprès des femmes enceintes qui fument et qui pourraient ou non être aux prises avec d'autres formes de toxicomanie.

3 Méthodologie

Les éléments d'information énoncés dans la présente analyse proviennent essentiellement de deux sources : la littérature qui décrit les interventions et stratégies de renoncement au tabac conçues pour les femmes et les filles pendant la grossesse et la période postnatale, et la littérature théorique à caractère plus général, qui nous éclaire sur le tabagisme et les rechutes au sein de ces populations. Le chapitre 3 décrit la démarche utilisée pour évaluer les interventions et le matériel des programmes destinés aux femmes enceintes qui fument. Le chapitre 4 présente ces résultats, et les chapitres 4 et 5 analysent les résultats à la lumière d'autres données plus générales. Le chapitre 6 contient les recommandations finales – meilleures pratiques.

Les interventions analysées ici visent directement les femmes pendant la grossesse et la période postnatale, et sont généralement auto-administrées ou

sont dirigées par des professionnels de la santé. Certains aspects de ces interventions feront l'objet d'une analyse critique ci-après. Il existe toutefois d'autres stratégies orientées vers la population, telles que les politiques de taxation et l'augmentation des prix, les campagnes de publicité et les règlements régissant la fumée de tabac ambiante, qui ne sont pas évaluées ici (voir, par exemple, Ringel et Evans, 2001). Les programmes intégrés de lutte contre le tabac ont des répercussions certaines sur les femmes enceintes en tant que sous-groupe de la population.

Il importe de signaler que la réussite de chacune des interventions examinées ici dépend de certains facteurs, comme le respect des protocoles d'intervention par le clinicien ou le type de professionnel qui dirige l'intervention.

3a. Population cible

Les initiatives d'abandon et de réduction du tabagisme qui ont été passées en revue visaient les femmes pendant la grossesse et la période postnatale. Elles comprennent des interventions et des programmes spécifiquement axés sur certaines sous-populations à l'intérieur de ce groupe (soit, les adolescentes [section 4c], les femmes

autochtones [sections 4e et 4h], les femmes à faible revenu [section 4e], les femmes francophones [section 4e], les grandes fumeuses [section 4c], les anciennes fumeuses qui ont recommencé à fumer [sections 4c et 4g], les fumeuses qui n'ont jamais cessé de fumer [section 4c] et les fumeuses qui ont spontanément cessé de fumer [section 4c]).

3b. Corpus de données

Les éléments d'information sur les modèles d'initiatives de renoncement au tabac et de prévention des rechutes visant les filles et les femmes pendant la grossesse et la période postnatale proviennent de sources diverses. Nous nous sommes surtout

penchés sur les modèles mis au point au Canada et aux États-Unis, sans pour autant négliger ceux qui existent dans d'autres pays développés comme l'Australie et le Royaume-Uni. Voir la liste des termes de recherche à l'annexe 8f.

Nous avons puisé essentiellement dans deux sources d'information :

- 1) Nous avons choisi des études qui évaluent l'efficacité d'une intervention antitabac visant les filles et les femmes pendant la grossesse et la période postnatale. Nous en avons extrait des données publiées dans des revues approuvées par des pairs, des rapports gouvernementaux, des livres, des chapitres de livres, des exposés présentés dans des conférences, et du matériel signalé par des experts consultés. Quatre-vingts rapports sur l'efficacité des interventions antitabac axées sur les populations cibles ont été identifiés au cours de l'examen. De plus, nous avons communiqué directement avec des organismes qui mettent en œuvre des programmes destinés à cette population partout au Canada pour obtenir des données d'évaluation. Nous avons aussi fait appel aux données tirées de quatre autres programmes de renoncement au tabac.
- 2) Nous avons dressé une liste complète de programmes spécifiquement destinés aux filles et aux femmes pendant la grossesse et la période postnatale, mis en œuvre au Canada et à

l'étranger, à partir de plus de 100 programmes mentionnés par diverses sources, dont le *Répertoire de ressources et de programmes canadiens de renoncement au tabagisme*, établi par Santé Canada en 1997 et mis à jour en 2001, une liste de projets axés sur la lutte contre le tabagisme et la grossesse, financés par IRSC, divers sites Web et une liste de personnes-ressources fournie par le D^r David Aboussafy, membre de l'équipe. Nous avons contacté plus de 50 organismes par courriel, par télécopieur et par téléphone pour obtenir du matériel relatif à leurs programmes.

Nous n'avons inclus dans notre examen que des études publiées (ou réalisées, dans le cas d'études inédites) après 1990. En outre, les interventions qui ont retenu notre attention devaient viser les filles et les femmes pendant la grossesse et la période postnatale et avoir pour objet de les aider à abandonner la cigarette ou à réduire leur consommation de tabac. Les termes de recherche et les bases de données utilisés sont décrits à l'annexe 8f.

3c. Extraction des données

Dans un premier temps, nous avons extrait de l'information de chacune des sources de données signalées plus haut. Nous avons préparé un formulaire devant nous permettre de recueillir des données sur toutes les interventions antitabac. Le formulaire était divisé en cinq parties :

- 1) **Identification.** La présente partie comprend le nom de l'intervention et le lieu où elle se donnait, une description de la source de données et une description générale du programme proprement dit.
- 2) **Information sur le programme ou l'intervention.** La présente partie renferme plus de détails sur l'intervention, notamment le cadre où elle se donnait, une description des dispensateurs du service et des précisions sur l'intervention

même (par exemple, la théorie sur laquelle elle reposait, les éléments du programme, la durée de l'intervention, la population cible et les coûts du service).

- 3) **Évaluation—participantes.** La présente partie porte sur les caractéristiques démographiques et le tabagisme des sujets ayant participé à l'étude d'évaluation de l'intervention.
- 4) **Évaluation—méthodologie.** La présente partie décrit la méthodologie générale des interventions qui ont été évaluées, notamment le protocole, les mesures et la durée.
- 5) **Évaluation—résultats.** La présente partie rend compte des résultats de l'étude et décrit ses faiblesses.

3d. Analyse des données : Évaluation de la solidité des preuves

On a fait appel à des démarches distinctes pour analyser les études qui évaluent les interventions antitabac et pour déterminer dans quelle mesure le matériel des programmes non étayé par des preuves peut avoir une incidence sur le tabagisme de la population cible (voir les figures 3.1-3.3, pages 26-27). On trouvera ici une description de la démarche suivie pour évaluer les interventions et le matériel des programmes assortis de données d'évaluation. Le matériel des programmes non accompagné de données d'évaluation est décrit sous la section 3h.

La démarche utilisée pour évaluer la solidité des preuves comportait plusieurs étapes :

1. Toute étude ayant pour objet de déterminer l'impact d'une initiative de renoncement au tabac destinée aux femmes pendant la grossesse ou la période postnatale a été incluse dans notre examen.
2. Nous avons adopté un système de classement analogue à celui qu'avaient appliqué Miller et ses collaborateurs (2001) dans leur recension des initiatives exemplaires de renoncement au tabac en groupe. Les modèles dont on peut s'inspirer pour concevoir un système de classement sont rares. Celui qui a été mis au point par Miller et ses collaborateurs a été jugé le plus pertinent et le plus prometteur même s'il présente plusieurs lacunes (dont il est question sous la section 4b). Chaque étude repérée lors de l'étape 1 a été désignée soit comme un essai contrôlé randomisé (« plan expérimental comprenant l'affectation aléatoire des participants à des groupes »), un essai contrôlé (« plan expérimental comprenant le recours à des traitements comparables et à des groupes témoins »), ou un plan quasi expérimental (« pré-test/post-test ou étude d'observation »).
3. On a fait appel aux questions 1 à 7 de l'échelle d'évaluation d'essais randomisés et/ou contrôlés (questions 1 à 6 dans le cas du plan quasi expérimental) pour classer les études qui portaient sur la grossesse. On a fait le total des scores attribués à l'égard de toutes les questions. Les scores ≥ 5 ont été classés dans la catégorie « A »; les scores < 5 , dans la catégorie « B » (dans le cas des plans quasi expérimentaux, les scores ≥ 4 ont été classés dans la catégorie « A »; les scores < 4 , dans la catégorie « B »). Les études ayant reçu un score de zéro ou moins n'ont pas été classées et ont été éliminées de l'examen.
4. Dans le cas des études qui portaient exclusivement sur la période postnatale, on a utilisé les questions 1, 2, 3, 5 et 7 (les questions 1, 2, 4, et 6, dans le cas des plans quasi expérimentaux) pour classer les interventions. Dans le cas des interventions contrôlées portant sur la période postnatale, celles qui ont reçu un score de 4 ou plus ont été classées dans la catégorie « A », celles qui ont reçu un score de moins de 4, dans la catégorie « B ». Dans le cas des interventions quasi expérimentales portant sur la période postnatale, celles qui ont reçu un score de 3 ou plus ont été classées dans la catégorie « Quasi-A » et celles qui ont reçu un score de moins de 3, dans la catégorie « Quasi-B ». Les études qui ont reçu un score de zéro n'ont pas été classées et ont été éliminées de l'examen.

Figure 3.1**Échelle d'évaluation des études — Essais randomisés et/ou contrôlés**

- 1. Les groupes étaient-ils comparables à la base à l'égard des variables démographiques, des mesures du tabagisme et de la semaine de grossesse?**

Tous (toutes les variables ont été mesurées; comparables à l'égard de toutes les variables) (1)

Certains (toutes les variables ont été mesurées; comparables à l'égard de certaines variables) (0)

Aucun (certaines variables n'ont pas été mesurées) (-1)

- 2. Les participantes perdues lors du suivi sont-elles considérées comme des fumeuses ou y a-t-il des raisons suffisantes justifiant le contraire? (Intention de suivre un traitement)**

Oui (1) Non (0)

- 3. Le taux d'abandon du programme était-il > 25 %? (pour des facteurs autres que la perte du fœtus)**

Oui (-1) Non (0)

- 4. Les cas de renoncement spontané (autrement dit, les femmes qui ont cessé de fumer avant de suivre le programme) sont-ils inclus dans l'étude?**

Oui (-1) Non (0)

- 5. L'évaluation des résultats doit-elle être corroborée par une auto-évaluation ou être validée par des analyses biochimiques?**

Oui, totalement (2) Oui, en partie (1) Non (0)

- 6. L'évaluation des résultats comprend-elle un suivi au cours de la période postnatale?**

Oui (1) Non (0)

- 7. A-t-on fait appel à un test statistique approprié aux fins de comparaisons concernant les effets sur le tabagisme?**

Oui (1) Non (0)

Évaluation : On a fait le total des scores relatifs aux questions 1 à 7. Les scores ≥ 5 ont été classés dans la catégorie « RCT A » ou « CT A », et les scores < 5 , dans la catégorie « RCT B » ou « CT B ». Les études qui ont reçu un score de 0 n'ont pas été classées et ont été éliminées de l'examen.

Figure 3.2**Échelle d'évaluation des études — Études quasi expérimentales**

- 1. Les participantes perdues lors du suivi sont-elles considérées comme des fumeuses ou y a-t-il des raisons suffisantes justifiant le contraire? (Intention de suivre un traitement)**

Oui (1) Non (0)

- 2. Le taux d'abandon du programme était-il > 25 %? (pour des facteurs autres que la perte du fœtus)**

Oui (-1) Non (0)

- 3. Les cas de renoncement spontané (autrement dit, les femmes qui ont cessé de fumer avant de suivre le programme) sont-ils inclus dans l'étude?**

Oui (-1) Non (0)

- 4. L'évaluation des résultats doit-elle être corroborée par une auto-évaluation ou être validée par des analyses biochimiques?**

Oui, totalement (2) Oui, en partie (1) Non (0)

- 5. L'évaluation des résultats comprend-elle un suivi au cours de la période postnatale?**

Oui (1) Non (0)

- 6. A-t-on fait appel à un test statistique approprié aux fins de comparaisons concernant les effets sur le tabagisme?**

Oui (1) Non (0)

Évaluation : On a fait le total des scores relatifs aux questions 1 à 6. Les scores ≥ 4 ont été classés dans la catégorie « Quasi-A », et les scores < 4 , dans la catégorie « Quasi -B ». Les études qui ont reçu un score de 0 n'ont pas été classées et ont été éliminées de l'examen.

Les études ayant reçu un score de un ou plus ont été classées dans l'une des six catégories suivantes, selon le score attribué :

- 1) RCT A
- 2) RCT B
- 3) CT A
- 4) CT B

- 5) QUASI-A
- 6) QUASI-B

Les études ayant reçu un score de zéro n'ont pas été classées et ont été éliminées de l'examen. (Voir une description plus détaillée du mode d'évaluation à l'annexe 8f.) Les résultats de l'examen sont résumés aux annexes 8b et 8c.

3e. Comment déterminer que les interventions et les éléments de programmes sont efficaces ou inefficaces

Les études évaluées ayant reçu un score de un ou plus ont été divisées en deux groupes, celles qui ont montré que l'effet des interventions sur le tabagisme était très différent dans les groupes expérimentaux et dans les groupes témoins, et celles qui n'ont mis en évidence aucun effet statistiquement significatif. Chaque étude portant sur une intervention a été classée dans l'une des catégories suivantes « preuves solides », « preuves suffisantes » ou « preuves insuffisantes », à la lumière des critères exposés ci-après.

Preuves solides :

- 1) Plan = RCT/CT A *et* nombre d'études = au moins 2
- 2) Plan = RCT/CT B *ou* Quasi-expérimental A *et* nombre d'études = au moins 5

Preuves suffisantes :

- 1) Plan = RCT/CT A *et* nombre d'études = au moins 1
- 2) Plan = RCT/CT B *ou* Quasi-expérimental A *et* nombre d'études = au moins 3
- 3) Plan = Quasi-expérimental B *et* nombre d'études = 5

Preuves insuffisantes :

- 1) Plan = RCT/CT B *ou* Quasi-expérimental A *et* nombre d'études < 3
- 2) Plan = Quasi-expérimental B *et* nombre d'études < 5

3f. Application des critères de plausibilité

Les interventions ont été évaluées en fonction des critères de plausibilité suivants :

- Facteur temps : L'intervention est-elle actuelle ou jugée encore adaptée aux besoins actuels?
- Capacité de reproduction : Possède-t-on suffisamment d'information sur l'intervention pour bien reproduire l'expérience?
- Application étendue : L'intervention répond-elle aux besoins de la population cible ou à des sous-populations?
- Coûts-avantages : Le coût de la mise en œuvre de l'intervention est-il justifié?

3g. Recommandations préliminaires

Les recommandations concernant les interventions et les éléments de programmes ont été faites à la lumière de la solidité des preuves et des critères de plausibilité. Autrement dit, ceux qui étaient étayés par des preuves d'efficacité solides et qui répondaient à tous les critères de plausibilité ont été fortement recommandés en tant que « Pratiques exemplaires »; ceux qui reposaient sur des preuves d'efficacité suffisantes et qui répondaient à tous les critères de plausibilité ont été fortement recommandés en tant que « Meilleures pratiques ». Les

études qui ont montré que les interventions entraînaient un effet significatif, mais qui ne reposaient pas sur des preuves suffisamment solides ont été évaluées à la lumière des critères de plausibilité. Les interventions considérées comme plausibles ont été classées dans la catégorie « Approche prometteuse ». Celles qui étaient étayées par des preuves solides ou suffisantes, mais qui n'ont pas résisté à l'épreuve de la plausibilité ont aussi été classées dans la catégorie « Approche prometteuse ».

3h. Analyse du matériel relatif aux programmes

Les méthodes de renoncement au tabac repérées surtout grâce au matériel y afférent, plutôt qu'au moyen d'ouvrages spécialisés publiés, sont assimilées ici à des programmes. Les programmes s'accompagnent ou non de données d'évaluation. Ceux qui sont assortis de données sur les résultats obtenus sur le plan du renoncement au tabac ont été considérés comme des interventions et ont été soumis au processus d'examen exposé plus haut. On trouvera aux annexes 8b et 8c des précisions sur notre examen du matériel relatif aux programmes évalués.

Les programmes non accompagnés de données probantes ont été soumis à un examen différent. Nous avons analysé le contenu du matériel qui les concerne et définirons les éléments de chaque programme. Les programmes qui utilisent l'ensemble ou la plupart des éléments étayés par des preuves et qui répondent aux critères de plausibilité ont aussi été classés dans la catégorie « Approche prometteuse ».

3i. Meilleures pratiques – Recommandations finales

Nous avons examiné les recommandations préliminaires élaborées au moyen du modèle des meilleures pratiques dans le contexte de la littérature plus générale (décrite dans les chapitres 4 et 5) en vue de formuler des recommandations finales concernant de meilleures pratiques,

exposées au chapitre 6. Ces recommandations finales tablent sur des données probantes que l'on possède sur les interventions et sur le matériel relatif aux programmes, et d'autres travaux théoriques.

Résultats : Interventions et programmes de renoncement au tabac conçus pour les filles et les femmes pendant la grossesse et la période postnatale

4a. Interventions axées sur le renoncement au tabac

Notre examen a porté sur 58 études. De ce nombre, 20 ont montré des différences statistiquement significatives entre les groupes expérimentaux et les groupes témoins sur le plan du renoncement au tabac. En nous fondant sur les preuves de leur efficacité et de leur solidité méthodologique (voir page 28), nous avons recommandé six interventions et 14, dans la catégorie « approche prometteuse ». Ces interventions sont mentionnées dans les tableaux 4.1 et 4.2 ci-après. Nous avons analysé séparément, sous la section 4f (voir page 41), le matériel relatif aux programmes pour lesquels il n'existait pas de données d'évaluation.

Environ 14 des interventions énumérées dans les tableaux 4.1 et 4.2 ci-après ont été mises à l'essai auprès de la population « générale » de femmes enceintes qui fument; 10 autres, auprès de sous-populations telles que les membres de minorités ethniques, les femmes défavorisées sur le plan socio-économique et les adolescentes. Nous analyserons séparément les résultats applicables à chacun de ces groupes, sous les sections 4c à 4f ci-après. Notre examen de chaque intervention est résumé aux annexes 8b et 8c. Veuillez consulter le tableau 4.3 et la figure 4.1 pour une description détaillée du nombre d'études qui ont été prises en compte ou écartées aux fins de l'examen.

Tableau 4.1

Interventions et programmes efficaces

Auteur/année	Population	Description de l'intervention	Solidité des preuves (solides/suffisantes/étayées par l'avis d'experts/insuffisantes)	Plausibilité (Mise en œuvre plausible/non plausible)	Recommandation
Donatelle et coll., 2000	Femmes à faible revenu (fréquentant des centres WIC)	Information; information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>); soutien social (jumelage); incitatifs.	Suffisantes	Plausible	Recommandée sur la foi de preuves d'efficacité suffisantes
Ershoff et coll., 1989, 1990; Mullen et coll., 1990	Population générale	Information; information personnalisée (<i>Ershoff Guide</i>)	Suffisantes	Plausible	Recommandée sur la foi de preuves d'efficacité suffisantes
Hjalmarson et coll., 1991	Population générale	Information; information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>); counseling	Suffisantes	Plausible	Recommandée sur la foi de preuves d'efficacité suffisantes
O'Connor et coll., 1992	Groupes ethniques divers, faible revenu	Information; information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>).	Suffisantes	Plausible	Recommandée sur la foi de preuves d'efficacité suffisantes
Walsh et coll., 1997	Population générale	Information; information personnalisée; soutien social; counseling; incitatifs	Suffisantes	Plausible	Recommandée sur la foi de preuves d'efficacité suffisantes
Windsor et coll., 2000	Bénéficiaires du programme Medicaid	Information; information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>); counseling.	Suffisantes	Plausible	Recommandée sur la foi de preuves d'efficacité suffisantes
Gebauer et coll., 1998	SSE inférieure; Environ 45 % d'Afro-américaines	Information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>); counseling; « 4A approach » (interroger, conseiller, aider, prévoir le suivi)	Insuffisantes	Plausible	Approche prometteuse

Tableau 4.1 Interventions et programmes efficaces (suite)

Auteur/année	Population	Description de l'intervention	Solidité des preuves (solides/suffisantes/étayées par l'avis d'experts/insuffisantes)	Plausibilité (Mise en œuvre plausible/non plausible)	Recommandation
Gilles et coll., 1990	Population générale (75 % – population ouvrière)	Information, counseling, information biologique personnalisée (facultatif)	Insuffisantes	Plausible	Approche prometteuse
Hartmann et coll., 1996	~45 % moins qu'un niveau d'études secondaires; 25 % d'Afro-américaines	Information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>); counseling	Insuffisantes	Plausible	Approche prometteuse
Haug et coll., 1994	Population générale	Information; information personnalisée	Insuffisantes	Plausible	Approche prometteuse
Jaakkola et coll., 2001	Population générale	Information; counseling	Insuffisantes	Plausible	Approche prometteuse
Lillington et coll., 1995	53 % d'Afro-américaines; 43 % d'Hispaniques; femmes à faible revenu fréquentant des centres WIC	Information personnalisée; information; counseling; incitatifs	Insuffisantes	Plausible	Approche prometteuse
Mayer et coll., 1990	Clientèle des centres WIC (80 % de bénéficiaires du programme Medicaid)	Information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>); counseling/Information; counseling	Insuffisantes	Plausible	Approche prometteuse
Petersen et coll., 1992	Population générale	Information; information personnalisée; (suivi)	Insuffisantes	Plausible	Approche prometteuse
Secker-Walker et coll., 1997	Population blanche, instruite	Information personnalisée; counseling	Insuffisantes	Plausible	Approche prometteuse

Tableau 4.1

Interventions et programmes efficaces (suite)

Auteur/année	Population	Description de l'intervention	Solidité des preuves (solides/suffisantes/étayées par l'avis d'experts/insuffisantes)	Plausibilité (Mise en œuvre plausible/non plausible)	Recommandation
Shakespeare, 1990	Population générale	Information	Insuffisantes	Plausible	Approche prometteuse
Valbo et Nylander, 1994	Population générale (grandes fumeuses)	Information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>)	Insuffisantes	Plausible	Approche prometteuse
Valbo et Schioldborg, 1994	Population générale	Information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>)/guide d'initiative personnelle	Insuffisantes	Plausible	Approche prometteuse
Valbo et Schioldborg, 1991	Population générale	Counseling/information	Insuffisantes	Plausible	Approche prometteuse
Windsor et coll., 1990, 1993; Anonyme, 1997	50 % d'Afro-américaines; 14-40 ans	Information; information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>)	Insuffisantes	Plausible	Approche prometteuse

Tableau 4.2 Interventions et programmes inefficaces

Auteur/année	Population	Description de l'intervention	Solidité des preuves (solides/suffisantes/étayées par l'avis d'experts)	Plausibilité (Mise en œuvre plausible/non plausible)	Recommandation
Gielen et coll., 1997	Afro-américaines à faible revenu	Information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>); counseling; soutien social (jumelage)	Preuves suffisantes de l'inefficacité	Plausible	Non recommandée sur la foi de preuves suffisantes de l'inefficacité
Lowe et coll., 1997	Population générale (cas de renoncement spontané)	Soutien social; counseling	Preuves suffisantes de l'inefficacité	Plausible	Non recommandée sur la foi de preuves suffisantes de l'inefficacité
Solomon et coll., 2000	Patientes de race blanche bénéficiaires du programme Medicaid	Counseling	Preuves suffisantes de l'inefficacité	Plausible	Non recommandée sur la foi de preuves suffisantes de l'inefficacité
Tappin et coll., 2000	Population générale	Information; counseling	Preuves suffisantes de l'inefficacité	Plausible	Non recommandée sur la foi de preuves suffisantes de l'inefficacité

4b. Faiblesses méthodologiques

Les études que nous avons analysées jusqu'ici présentent plusieurs lacunes méthodologiques. Dans bien des cas, les définitions données aux termes de « fumeur/fumeuse » et « non-fumeur/non-fumeuse » varient d'une étude à l'autre, d'où un manque de précision et la difficulté ou l'impossibilité de comparer les études. Il existe aussi des différences dans les démarches adoptées face à la question du renoncement spontané. Certaines études mesurent le renoncement spontané, d'autres pas. C'est pourquoi il est parfois difficile de déterminer si les taux de renoncement pendant la grossesse sont attribuables à l'intervention ou sont indépendantes de celle-ci. Un autre problème concerne les femmes qui abandonnent l'étude. Doit-on les considérer comme des fumeuses ou pas? Nous avons trouvé que ce point n'était pas toujours clair dans les études que nous avons analysées, mais que le fait de ne pas considérer ces femmes comme des fumeuses pourrait avoir une incidence importante sur les taux absolus de renoncement signalés dans les études.

De nombreuses interventions destinées à aider les femmes enceintes à cesser de fumer sont délibérément conçues pour répondre aux besoins perçus des femmes enceintes. Bon nombre d'interventions sont adaptées, mais le processus utilisé n'est souvent pas défini ou expliqué de manière détaillée et les critères utilisés pour adapter les éléments des interventions demeurent obscurs. Si ce processus est évidemment un aspect important des interventions de renoncement, il est souvent difficile d'en déterminer la nature précise et le cadre théorique dans lequel il s'inscrit.

L'efficacité théorique et pratique est une autre question qui se pose. En effet, il arrive que les interventions soient valides et reçoivent l'appui du milieu de la recherche, mais ne résistent pas à l'épreuve de l'application pratique. Le problème est difficile à mesurer lorsqu'on se penche sur les ouvrages qui portent sur les interventions qui se

déroulent dans des conditions idéales. Ce qui complique les choses, c'est que la question de l'application pratique des interventions est rarement abordée et qu'il existe peu de descriptions de la démarche utilisée pour mettre en œuvre les programmes. Ainsi, l'efficacité clinique et le respect des protocoles cliniques font l'objet d'évaluations dans certaines études; or, la question de savoir si l'intervention résisterait ou non à l'épreuve de la « réalité concrète » est souvent écartée.

Les difficultés liées à l'évaluation du matériel relatif aux programmes sont en partie attribuables aux données d'évaluation qui font généralement défaut ou, lorsqu'elles existent, se contredisent. Un tel état de choses est une source de complications lorsqu'on cherche à déterminer quelles sont les meilleures pratiques parmi les nombreux programmes et ressources qui existent ou sont adaptés à des situations réelles partout au Canada, mais qui n'ont pas été suffisamment étudiés et évalués. Dans certains cas, nous avons constaté que le matériel relatif aux programmes faisait partie des éléments d'une intervention, mais là encore, souvent, l'évaluation ne distinguait pas les effets de cet élément des effets de l'ensemble de l'intervention, ce qui contribuait au manque de précision concernant les effets du matériel relatif aux programmes. Enfin, il n'existe pas de registre général à jour de tels programmes, utile à la recherche et à des fins cliniques.

Le principal problème méthodologique concerne les rôles précis des divers éléments dans les interventions, et la difficulté de les évaluer séparément. La plupart des interventions comportent plusieurs éléments ou composantes. À mesure que le domaine de la lutte contre le tabagisme chez les femmes enceintes a pris de l'expansion, les programmes qui comportent de multiples éléments semblent être devenus la règle plutôt que l'exception. Toutefois, dans bien des cas, les divers éléments ne sont pas évalués séparément, d'où la difficulté de déterminer l'impact de chacun dans ces interventions.

4c. Interventions visant les femmes enceintes qui fument, y compris les grandes fumeuses et les adolescentes

Les interventions réussies et non concluantes, visant les femmes enceintes qui fument, comportaient de multiples éléments, mais, dans la plupart des cas, l'efficacité de chaque élément n'a pas été évaluée. C'est pourquoi, il est impossible de recommander avec certitude un quelconque élément d'une intervention donnée comme étant efficace. Il reste que certains éléments se retrouvent souvent dans les interventions conçues pour les femmes enceintes, qui sont couronnées de succès, notamment de l'information personnalisée sous forme de guide d'initiative individuelle. Ces guides peuvent avoir pour effet d'appuyer les efforts de renoncement dans la population « générale » de femmes enceintes qui fument.

Les femmes enceintes qui fument ne forment pas un groupe cible uniforme. En effet, elles diffèrent non seulement par le profil socio-économique et culturel, dont il est question sous la section 4e, mais aussi beaucoup par la quantité de nicotine consommée. Les grandes fumeuses, qui désignent les femmes qui fument 10 cigarettes ou plus par jour pendant leur grossesse, et les femmes qui cessent spontanément de fumer au début de leur grossesse, ont de toute évidence besoin de formes de soutien cliniques différentes dans les efforts qu'elles mènent pour cesser de fumer ou maintenir leur abstinence. Pourtant les deux groupes se retrouvent souvent dans la même catégorie générale des femmes enceintes qui fument. Bien que ces deux groupes soient considérés séparément dans les analyses statistiques de nombreuses études, on ignore dans quelle mesure les interventions sont spécifiquement adaptées à leurs besoins.

Les femmes qui cessent spontanément de fumer ont comparativement peu retenu l'attention exclusive des chercheurs. Aucune des six études examinées, qui proposaient à cette population une intervention, n'a montré qu'elle avait des effets importants. Diverses combinaisons (information générale sur la santé, information personnalisée, counseling, soutien social et information

biologique personnalisée) ont été mises à l'essai (Ershoff, Quinn et Mullen, 1995; Lowe, Windsor, Balanda et Woodby, 1997; McBride et coll., 1999; Hajek et coll., 2001; Secker-Walker, Mead et coll., 1995; Secker-Walker, Solomon, Flynn, Skelly et Mead, 1998). D'après notre méthodologie et les preuves recueillies jusqu'ici, on peut affirmer qu'une combinaison de soutien social et de counseling, mise à l'essai par Lowe et ses collaborateurs (1997), ne réussit pas à aider les femmes ayant cessé de fumer au début de leur grossesse à maintenir leur abstinence. Il serait extrêmement important d'approfondir les recherches sur la question, étant donné la forte proportion de femmes qui renoncent à la cigarette pendant la grossesse et recommencent à fumer peu après (Lowe et coll., 1997).

Les femmes qui fument plus de 10 cigarettes par jour, même lorsque leur grossesse est passablement avancée, représentent aussi un groupe cible distinct pour les interventions personnalisées de renoncement au tabac. Là encore, les interventions qui visent spécifiquement ce sous-groupe de femmes font défaut, mais plusieurs stratégies ont été mises à l'essai. Une intervention qui fait appel à un guide d'initiative personnelle (Valbo et Schioldborg, 1994) semble prometteuse. Le remplacement de la nicotine a été testé presque exclusivement auprès de cette population (voir la section 4d), mais jusqu'ici, aucune étude ne nous permet d'émettre un avis définitif sur l'utilité de ce genre de traitement. Du point de vue de la réduction des méfaits, le recours au remplacement de la nicotine pour faciliter l'abandon de la cigarette à un stade avancé de la grossesse chez les grandes fumeuses peut s'avérer particulièrement avantageux.

Il existe de très rares études qui visent spécifiquement le renoncement au tabac chez les adolescentes enceintes, et aucune étude ne répondait aux critères que nous avons fixés sur les plans de la méthodologie et des résultats, à la lumière desquels une recommandation pouvait être faite. En effet,

rare sont les programmes de renoncement conçus spécialement pour les adolescents en général, la majorité des interventions destinées à ce groupe d'âge étant des initiatives en milieu scolaire visant à prévenir le début de l'usage du tabac. Il est peu probable que les stratégies conçues pour les femmes enceintes puissent être appliquées directement auprès des adolescentes enceintes, étant donné l'écart considérable qui existe entre les milieux dans lesquels évoluent les deux groupes et les réalités de la vie de chacun. Les interventions visant les adolescentes comprenaient des séances

d'information en groupe, des séances individuelles de counseling offertes par une infirmière, le jumelage avec une autre adolescente non fumeuse. Rien n'indique toutefois que ce genre d'intervention est plus efficace que les formules couramment utilisées. Étant donné l'abondance des ouvrages indiquant que l'influence des pairs est un important facteur de prédiction du tabagisme chez les adolescentes, il pourrait être utile d'approfondir les recherches sur les stratégies qui comportent un élément « soutien par les pairs ».

4d. Interventions pharmacologiques destinées aux femmes enceintes qui fument

Si l'efficacité des interventions pharmacologiques, notamment le recours à des produits de substitution nicotinique et à d'autres produits, comme le Bupropion (Zyban), est bien établie dans les populations adultes, elle ne l'est pas vraiment dans le cas des femmes enceintes qui fument. Chez les fumeuses qui ne sont pas enceintes, les diverses formes de traitement à la nicotine et le Bupropion ne comportent généralement pas de risque lorsque les indications sont suivies. Des études ont montré que les interventions pharmacologiques peuvent augmenter, parfois doubler, les taux de réussite du renoncement (Benowitz et coll., 2000). Ces produits servent à atténuer les symptômes de sevrage, même si l'on ne comprend pas parfaitement le mécanisme d'action du Bupropion. Si les taux de renoncement semblent comparables chez les hommes et chez les femmes, les risques de symptômes de sevrage sont plus élevés chez ces dernières. Selon certaines études, les traitements à la nicotine sont plus efficaces chez les hommes que chez les femmes (Okuyemi, Ahluwalia et Harris, 2000).

Les chercheurs commencent à se pencher sur le recours aux interventions pharmacologiques pendant la grossesse. Il n'existe pour ainsi dire aucune recherche sur l'efficacité des traitements à la nicotine auprès des femmes enceintes. Selon les rares études réalisées sur le sujet, si le timbre de nicotine ne produit pas d'effets indésirables sur le fœtus (Schroeder et coll., 2002; Wisborg, Henriksen,

Jespersen et Secher, 2000), il ne semble pas améliorer les taux de renoncement (Ogburn et coll., 1999; Wisborg, et coll., 2000; Wright et coll., 1997). Il a été prouvé que la concentration de nicotine à laquelle est exposé le fœtus en cas d'utilisation du timbre ou de la gomme à mâcher à la nicotine, est inférieure à celle associée à la consommation de cigarettes (Benowitz et coll., 2000; Oncken, Pbert, Ockene, Zapka et Stoddard, 2000). Il ne fait aucun doute qu'il faudrait réaliser des études sur l'efficacité des traitements à la nicotine comme adjuvants pour faciliter le renoncement tabagique pendant la grossesse. À la lumière des recherches réalisées jusqu'ici, voici les recommandations qui peuvent être faites :

- 1) Il y a lieu d'encourager une thérapie comportementale avant le recours à une intervention pharmacologique. Il est préférable que les femmes comptent sur leurs propres ressources pour cesser de fumer. Les traitements tels que le remplacement de la nicotine et le Bupropion peuvent avoir des effets indésirables qui devraient être expliqués à la femme.
- 2) Les traitements de remplacement de la nicotine devraient être utilisés auprès des femmes qui sont incapables d'abandonner la cigarette pendant la grossesse. D'après certaines études, il y a peut-être lieu de préférer les formes de substitution nicotinique, telles que la gomme

à mâcher, qui impliquent une exposition intermittente à la nicotine à celles qui supposent une exposition constante, parce qu'elles comportent moins de risques pour le fœtus (Benowitz et coll., 2000; Dempsey et Benowitz, 2001). De l'avis de certains chercheurs, le traitement au moyen du timbre doit être interrompu pendant le sommeil pour que les concentrations de nicotine au cours de la nuit ne soient guère plus élevées que celles associées à une consommation normale de cigarettes (Hackman, Kapur et Koren, 1999).

3) On ne dispose actuellement d'aucune donnée sur l'usage du Bupropion pendant la grossesse. Selon les recherches chez l'animal, ce produit

ne comporte aucun risque, mais ce constat n'a pas encore été confirmé chez l'humain. Dans l'état actuel des choses, les cliniciens sont d'avis que l'on peut utiliser du Bupropion chez les femmes enceintes fumeuses (Okuyemi et coll., 2000).

4) La quantité de nicotine excrétée dans le lait maternel est infime (Dempsey et Benowitz, 2001). L'usage continu du tabac et l'emploi de traitements de substitution nicotinique ne constituent pas une contre-indication à l'allaitement maternel.

4e. Interventions destinées à des sous-populations de femmes enceintes (membres de groupes ethniques, femmes défavorisées sur le plan socio-économique)

S'il y a eu de nombreuses interventions visant les femmes membres de groupes minoritaires et à faible revenu, il n'est pas toujours facile de déterminer si elles ont été spécifiquement conçues en fonction des besoins de ces sous-populations. On peut établir une distinction importante entre la population pour laquelle une intervention est conçue et celle à qui elle est offerte. Comme les déterminants du tabagisme pendant la grossesse sont liés à la pauvreté et à une situation socio-économique défavorable, on ne doit pas s'étonner de constater que ce sont les femmes qui correspondent à ce profil qui constituent les populations cibles. Idéalement, les pratiques exemplaires devraient résulter des interventions qui visent les sous-populations de femmes à faible revenu et membres de groupes minoritaires, *et* qui sont administrées auprès de ces dernières.

Il est difficile de déterminer quelles sont les interventions les plus efficaces étant donné les différences constatées entre les méthodologies, les éléments des interventions, les populations étudiées et les milieux où sont mis en œuvre les programmes. Aux États-Unis, le quart des femmes

enceintes reçoivent leurs soins prénatals dans le cadre des services de santé, des initiatives de santé financées par l'administration fédérale ou des centres universitaires, et les interventions ont surtout été orientées vers ces sous-groupes de femmes à faible revenu. Les femmes qui fréquentent ces milieux affichent des taux élevés d'inscription tardive à des programmes de soins prénatals, de consommation et d'abus de substances autres que le tabac et de faible niveau d'alphabetisation. Ces centres confient souvent au personnel en place le soin d'administrer l'intervention. Toutefois, certains facteurs, tels que le conflit de priorités et le peu de temps à consacrer aux activités de recherche, peuvent nuire à l'intensité et à la constance de l'intervention offerte.

Les interventions menées auprès de sous-groupes de femmes défavorisées sur le plan socio-économique ont surtout été élaborées à partir de matériel et de méthodes conçus au départ par Windsor et ses collaborateurs, et devant être utilisés dans des milieux de soins de santé financés par l'État, par exemple le programme WIC, qui s'adresse aux femmes, aux nouveau-nés et aux

enfants, aux États-Unis. L'intervention table sur quatre comportements que l'on retrouve couramment chez les intervenants : interroger, conseiller, aider et prévoir un suivi. La plus récente version de l'intervention (Windsor et coll., 2000) comprend une vidéo de 14 minutes, un guide d'initiative personnelle qui propose un programme d'abandon du tabac en sept jours, et une séance de counseling axée sur la patiente, d'une durée de moins de cinq minutes, au cours de laquelle un plan d'action est dressé.

Le transfert d'une intervention d'un cadre à un autre peut nuire à son efficacité si ses éléments sont modifiés ou si des aspects du matériel ne sont pas adaptés à la réalité culturelle de la population cible. Par exemple, le programme élaboré par Windsor s'est avéré efficace à Birmingham, en Alabama (Windsor et coll., 1985; Windsor et coll., 1993), mais pas à Baltimore, dans le Maryland (Gielen et coll., 1997). Toutefois, on ne sait pas au juste si cette différence était attribuable au fait que les femmes de Baltimore étaient un sous-groupe particulièrement défavorisé des vieux quartiers pauvres, parce que l'intervention a fait appel à des pairs agissant en qualité de conseillères, qui possédaient une formation minimale, plutôt qu'à des éducatrices sanitaires dûment formées, ou si elle était imputable à quelque autre facteur. Une seule étude canadienne fait partie de la littérature qui existe sur le programme conçu par Windsor. Elle rend compte d'une intervention menée dans un centre de consultation prénatale, auprès d'une population au profil socio-économique diversifié, et comprenant des femmes francophones. Les femmes qui faisaient partie du groupe d'intervention ont pu bénéficier d'une séance de counseling de 20 minutes dirigée par une infirmière en santé publique et fondée sur le guide élaboré par Windsor, ainsi que d'un suivi téléphonique. Les taux de renoncement tabagique observés dans le groupe d'intervention étaient statistiquement beaucoup plus élevés un mois après le début de la participation (14,9 % contre 5 %) et six semaines après l'accouchement (13,8 % contre 5,2 %) (O'Connor et coll., 1992).

L'emploi d'incitatifs financiers appropriés auprès de sous-populations démunies mérite d'être étudié plus à fond. Donatelle, Prows, Champeau et

Hudson (2000) ont passé en revue les résultats de plusieurs études, dont deux méta-analyses sur le renforcement et conclu qu'elles prouvaient de manière convaincante que le renforcement positif entraîne des changements de comportement souhaitables. Dans une intervention menée dans le cadre du programme WIC (Donatelle et coll., 2000) essentiellement auprès de femmes dans la jeune vingtaine, à faible revenu, de race blanche et ayant un partenaire, les taux d'abandon du tabac constatés au huitième mois de la grossesse s'élevait à 32 % (contre 9 % dans le groupe témoin). À la différence d'autres interventions qui proposent des récompenses relativement insignifiantes, celle-ci offrait 10 coupons de 50 \$ aux femmes dont l'abandon du tabac était confirmé mensuellement par un test biochimique. Les femmes avec lesquelles elles étaient jumelées ont aussi reçu des coupons. Même si l'on peut s'interroger sur le caractère éthique d'une intervention qui fait appel à une récompense financière lorsqu'elle s'adresse à une population à faible revenu, on peut alléguer que ce genre d'incitatif renforce la liberté d'action de ces femmes. C'est une mesure qui peut être perçue comme une façon de reconnaître l'accomplissement d'une tâche extrêmement difficile.

La réduction des méfaits est aussi une démarche à envisager dans le cas des femmes défavorisées sur le plan socio-économique, qui ne peuvent ou ne veulent renoncer à la cigarette. Il est prouvé que, par rapport aux femmes qui ne modifient en rien leurs habitudes tabagiques, celles qui réduisent de 50 % leur consommation pendant leur grossesse mettent au monde des bébés de poids plus élevé à la naissance (Li et coll., 1993). Windsor a proposé d'utiliser comme mesure de la diminution de la consommation du tabac la réduction de moitié du taux de cotinine (Windsor et coll., 1993). De l'avis de certains, il y aurait lieu de revoir ce chiffre de manière à tenir compte des effets du gain pondéral et du volume de distribution (Selby, 2003, communication personnelle). D'autres études ont utilisé comme mesure une réduction de 50 % de l'exposition à la fumée de tabac ambiante, validée par des tests biochimiques, fondés sur la concentration de cotinine dans la salive (Gielen et coll., 1997; Windsor et coll., 1993) ou d'oxyde de carbone (Hartmann, Thorp, Pahel-Short et Koch, 1996).

Des chercheurs ont recommandé que des études soient réalisées sur la réduction de la consommation comme stratégie, sans que l'accent soit mis exclusivement sur le fœtus (Windsor, Boyd et Orleans, 1998). Outre les effets favorables sur le fœtus, la stratégie de la réduction de la consommation de tabac donne l'occasion d'appuyer, d'encourager et de rendre autonome la femme elle-même.

Bref, malgré les taux de tabagisme invariablement élevés observés dans les sous-populations de femmes enceintes défavorisées sur le plan socio-économique, rares sont les programmes de renoncement au tabac qui s'adressent spécifiquement à ce groupe au Canada (voir à l'annexe 8e une liste de programmes qui visent les femmes autochtones et d'autres sous-groupes de femmes, et qui pourraient être adaptés aux besoins des femmes enceintes). Si l'on se fie à certaines données probantes, les interventions axées sur le renoncement au tabac peuvent s'avérer efficaces auprès de ces femmes, mais on ne connaît

toujours pas la relative efficacité d'éléments précis de ces interventions. Selon un groupe d'experts qui ont passé en revue les pratiques exemplaires en la matière, un counseling de courte durée profite essentiellement aux fumeuses légères à modérées (Melvin, Mullen, Windsor, Whiteside et Goldenberg, 2000). Les programmes qui impliquent un contact minimal avec la personne visée seraient moins efficaces chez les femmes de condition socio-économique inférieure que chez les femmes favorisées sur ce plan. Il est probable que les interventions qui visent des sous-populations de femmes défavorisées doivent faire appel à des stratégies plus ciblées, comportant un suivi plus intensif et de multiples éléments. Le recours aux incitatifs financiers et l'inclusion de stratégies axées sur la réduction des méfaits sont des voies prometteuses qui méritent d'être explorées.

4f. Interventions axées sur le renoncement au tabac/ Programmes mis en œuvre dans des centres de traitement des toxicomanies

Seules deux des études incluses dans notre examen ont rendu compte d'évaluations dont ont fait l'objet des interventions axées sur l'abandon du tabac, intégrées à des programmes destinés à des femmes aux prises avec des problèmes de toxicomanie (Ker, Leischow, Markowitz et Merikle, 1996; Waller, Zollinger, Saywell et Kubisty, 1996). Les deux évaluations étaient des études préliminaires qui ont eu certains effets prometteurs. Fait important, ces études donnent à penser qu'il est possible d'adapter les interventions visant l'abandon du tabac pour qu'elles soient offertes dans des centres de traitement des toxicomanies, et que l'idée est acceptable pour les femmes qui fument et pour le personnel de ces centres. Ces constats sont étayés par une enquête menée récemment sur les programmes canadiens de lutte contre les toxicomanies, qui révèle que les efforts de renoncement au tabac occupent une certaine place dans plus de la moitié des 223 programmes participants (Currie,

Nesbitt, Wood et Lawson, 2003). L'importance accordée à l'abandon du tabac à l'intérieur de ces programmes, et les stratégies utilisées, sont cependant très variables.

Il ressort d'un programme de renoncement au tabac qui a été intégré à un programme de traitement en établissement destiné aux femmes aux prises avec des toxicomanies pendant la grossesse et la période postnatale que les programmes traditionnels d'abandon du tabac conçus pour des personnes ayant déjà la motivation voulue pour se défaire de l'habitude de la cigarette ne donnent pas de résultats efficaces dans un tel cadre (Ker et coll., 1996). Parmi les mesures prises en vue de concevoir un « programme involontaire d'abandon de la cigarette », on pourrait citer un système de surveillance de l'oxyde de carbone, le renforcement positif pour l'abandon ou la réduction de l'usage du tabac et les activités éducatives visant à aider les

femmes à être mieux préparées à faire le saut. D'après les réactions favorables au programme observées même chez les fumeuses auparavant réticentes, la démarche pourrait être appliquée avec succès auprès de femmes, quel que soit leur état de préparation à l'égard de l'abandon du tabac. Même si l'on attend les résultats d'études bien conçues avant de présenter des recommandations précises au sujet de l'intégration d'interventions visant l'abandon du tabac à la lutte contre

d'autres formes de toxicomanies, il est évident qu'il faudrait offrir dans les centres de traitement des toxicomanies des interventions axées sur le renoncement tabagique adaptées aux besoins des femmes pendant la grossesse et la période postnatale, tant aux femmes qui ont besoin d'aide pour se défaire de l'habitude de la cigarette qu'à celles qui n'ont pas la motivation voulue pour y arriver.

4g. Interventions destinées aux fumeuses pendant la période postnatale

D'après notre analyse de la littérature, il existe relativement peu de programmes ou d'interventions conçus pour faciliter le maintien de l'abstinence tabagique après l'accouchement chez les femmes ou les filles ayant cessé de fumer pendant la grossesse. La volonté accrue d'aider les femmes enceintes à réaliser l'objectif du renoncement durable a donné naissance à des interventions et à des programmes visant la prévention des rechutes pendant la période postnatale, qui consistent à : 1) offrir de l'information et des conseils aux femmes au sujet des avantages d'un arrêt durable tant pour leurs enfants que pour elles-mêmes, et 2) faciliter l'acquisition de compétences voulues pour réagir aux situations à haut risque et aux écarts (Dunphy, 2000; Johnson et coll., 2000/Ratner, Johnson, Bottorff, Dahinten et Hall, 2000; Van't Hof, Wall, Dowler et Stark, 2000; Wall et Severson, 1995/Severson, Andrews, Lichtenstein, Wall et Akers, 1997; Secker-Walker et coll., 1995; McBride et coll., 1999; DiClemente et coll., 2000/Mullen, DiClemente et Bartholomew, 2000). Les interventions comprenaient divers guides d'initiative personnelle (documents imprimés ou vidéos), des lettres ou des bulletins personnalisés, de brèves séances individuelles de counseling (en personne ou par téléphone) et des rappels sur les dossiers. Ces interventions, sauf une, mettaient l'accent sur les femmes proprement dites. Le projet PANDA, toutefois, vise aussi bien les partenaires que les femmes. Il fait appel à des bulletins et à des vidéos qu'il distribue au cours des dernières semaines de la grossesse et des six premières semaines suivant l'accouchement dans

le but d'éviter une reprise des habitudes tabagiques (DiClemente, Muller et Windsor, 2000/Mullen, DiClemente et Bartholomew, 2000).

Certaines des interventions ayant pour objet de prévenir les rechutes après l'accouchement ont été plus intensives que d'autres. Toutefois, elles ne se sont pas prolongées au-delà des trois à quatre mois suivant l'accouchement. Bien que certains effets bénéfiques (arrêt ou diminution de la consommation) aient été observés à court terme (par exemple, six mois après l'accouchement), la plupart des études ont montré que cet effet s'atténuait au fil du temps, ce qui donne à penser que les interventions axées sur le post-partum pourraient tout simplement ralentir ou retarder les rechutes (McBride et coll., 1999; Ratner et coll., 2000; Secker-Walker et coll., 1995; Severson et coll., 1997). Certaines études indiquent que les interventions n'ont pas porté fruit auprès de certaines catégories de femmes qui ont cessé de fumer pendant la grossesse (par exemple, celles qui ont un partenaire fumeur; les grandes fumeuses et celles qui ont une santé mentale plus fragile). Les vidéos et le matériel imprimé du projet PANDA, qui sont conçus dans une perspective masculine, laissent entrevoir des possibilités nouvelles sur le plan de la prévention des rechutes pendant le post-partum. Il semble que le matériel ait été utilisé et lu par la population masculine et qu'il ait eu une certaine incidence sur sa consommation de tabac (DiClemente et coll., 2000). C'est là une piste qui mérite certainement d'être explorée et évaluée.

On ne possède pas suffisamment de preuves pour recommander une intervention donnée ou un élément de programme en vue de prévenir les rechutes après l'accouchement. Toutefois, certains facteurs jouent un rôle important dans le maintien de l'abstinence pendant la période postnatale : 1) la période pendant laquelle il pourrait être nécessaire d'offrir du soutien pour maintenir une abstinence durable (une aide qui s'étend au-delà de la période qui suit immédiatement l'accouchement semble indiquée), et 2) la prise en compte d'autres variables qui influent sur la capacité des femmes de demeurer non-fumeuses (par exemple, les habitudes tabagiques du partenaire, la santé mentale de l'intéressée). Comme aucune initiative de prévention des rechutes pendant le post-partum n'a été spécialement conçue pour les adolescentes, on ne sait toujours pas comment adapter ces initiatives aux besoins de ce groupe.

À notre connaissance, aucune intervention axée sur le post-partum n'a été spécialement conçue pour aider les femmes et les filles qui ont continué de fumer pendant la grossesse ou qui ont recommencé à fumer avant leur accouchement. Il faudra mettre au point une série distincte d'interventions pour ce sous-groupe. La promotion de l'abandon du tabac auprès de ce sous-groupe de femmes et de filles pourrait poser des difficultés, mais il ne faut pas perdre de vue qu'il est important de viser une réduction du tabagisme et d'aider les femmes et les filles à créer un environnement sans fumée pour leurs enfants. Un groupe de chercheurs a commencé à se montrer favorable, quoique de manière très timide, à une intervention individuelle, axée sur la motivation, auprès de fumeuses « irréductibles » qui persistent à fumer à un stade avancé de la grossesse (Stotts, DiClemente et Mullen, 2002). Leur approche pourrait inspirer de nouvelles interventions orientées vers les femmes qui fument après leur accouchement.

4h. Programmes d'abandon du tabac destinés aux femmes et aux filles enceintes

Dans notre analyse, un « programme » désigne une méthode d'abandon du tabac repérée essentiellement au moyen du matériel qui s'y rattache, plutôt que par les évaluations de son efficacité faites dans des ouvrages spécialisés. Comme nous l'avons signalé aux pages 31 et 36, les programmes non assortis de données concernant leurs effets sur le tabagisme ont été analysés séparément. Les éléments de ces programmes non évalués ont été comparés aux éléments des interventions recommandées (voir page 27), et les programmes dont le contenu était comparable ont été classés dans la catégorie « approche prometteuse ».

Au total, nous avons examiné neuf programmes ayant spécifiquement pour cibles les femmes pendant la grossesse et la période postnatale. Quatre d'entre eux étaient assortis de données d'évaluation et ont été analysés à la lumière des critères applicables aux interventions axées sur l'abandon du tabac, décrites à la page 28. Les quatre programmes ont reçu un score de zéro ou moins selon notre échelle d'évaluation des études, et ont par conséquent été éliminés de notre examen (voir description à l'annexe 8c). Les cinq autres programmes, qui n'étaient pas accompagnés de données d'évaluation, sont présentés au tableau 4.3.

Tableau 4.3 Études visées par l'examen

Étape de l'examen	Nombre d'études (n)
Collecte de données	70
Système de notation des études	58 (12 études ont obtenu une note ≤ 0)
Critère d'efficacité	20 (38 études où il y avait absence d'effets)
Critère de qualité de la preuve	6 (14 études où les données probantes étaient insuffisantes)
Critère de vraisemblance	6 (aucune étude ne manquait de vraisemblance)
Études recommandées	6

Figure 4.1

Études et matériel des programmes visés par l'examen

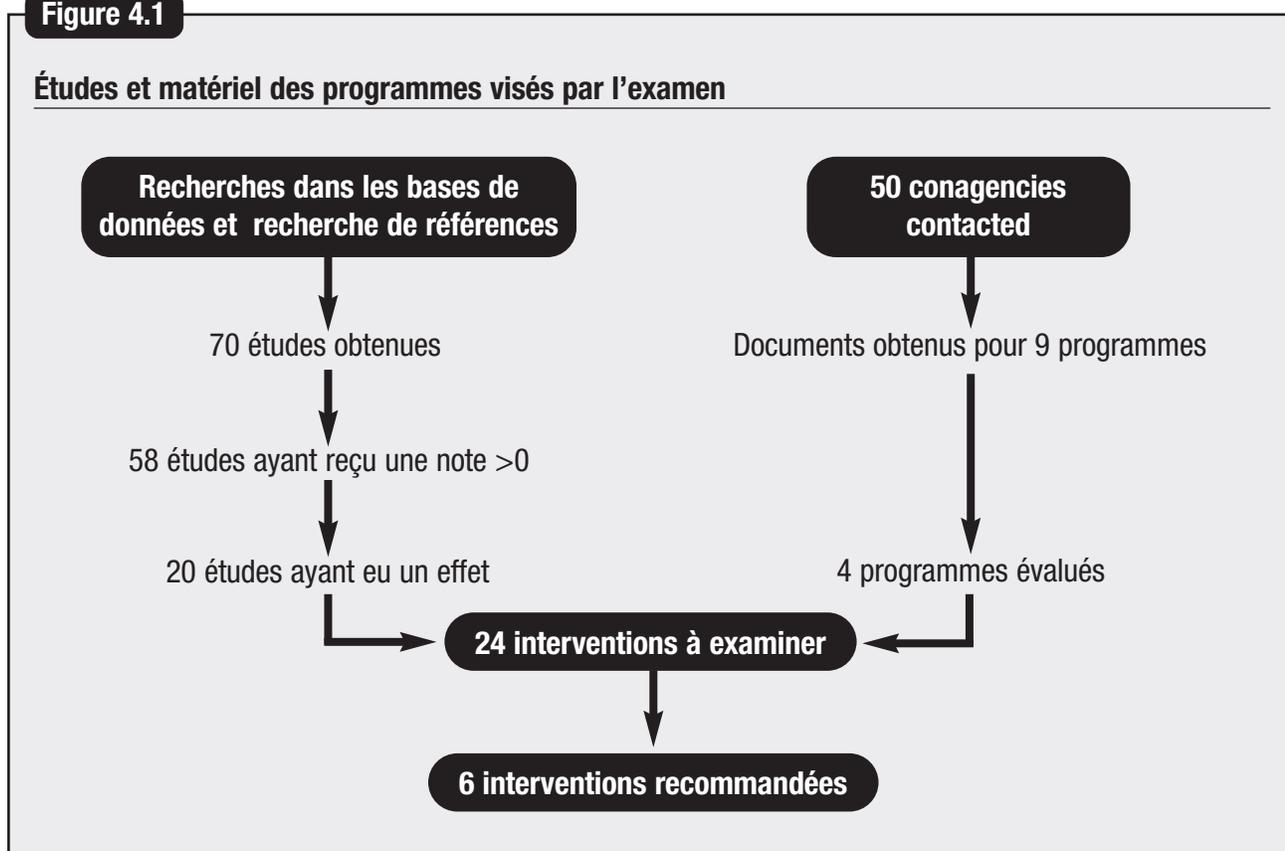


Tableau 4.4**Programmes non évalués visant les femmes pendant la grossesse/la période postnatale**

Programme	Pays	Population cible	Intervention	Éléments de l'intervention
Baby's Coming, Baby's Home*	Canada	Femmes enceintes qui fument (« à faible revenu »)	Professionnels de la santé, éducateurs et autres personnes-ressources	Information; information adaptée (vidéo); doit s'accompagner de counseling
Great Start*	É.-U.	Femmes enceintes qui fument	Initiative personnelle	Information adaptée (<i>Great Start Self-Help Guide</i>)
Holding Our Own*	Canada	Femmes enceintes qui fument (femmes autochtones et femmes de couleur)	Vidéo (encourage le recours à un groupe d'aide par des pairs)	Information adaptée (vidéo)
New Start*	Canada	Femmes enceintes qui fument	Initiative personnelle (Aide en direct)	Information adaptée (guide d'initiative personnelle)
Start Quit, Stay Quit* Rapport technique disponible : Edwards et coll., 1997	Canada	Femmes enceintes qui fument	Initiative personnelle	Information adaptée destinée aux partenaires et aux femmes enceintes qui fument; doit s'accompagner de counseling

*Voir les renseignements sur les ressources à l'annexe 8e.

Les programmes décrits au tableau 4.4 sont généralement fondés sur l'initiative personnelle, le modèle transthéorique mis au point par Prochaska et DiClemente (p. ex., Prochaska et coll., 1992) et des techniques d'entrevue motivationnelle. Même s'il est impossible de déterminer avec certitude si l'un ou l'autre de ces éléments pourrait avoir une incidence sur l'abandon du tabac, d'après les données qui existent (qui sont résumées sous la section 4a), les programmes qui tablent sur l'initiative personnelle semblent une piste d'intervention prometteuse. Toutefois, la plupart des guides d'initiative personnelle que nous avons examinés ont été présentés et expliqués aux femmes par des professionnels de la santé au cours d'une consultation prénatale, ce qui pourrait expliquer en partie leur effet sur le traitement.

Seuls trois programmes visaient spécifiquement des sous-groupes de femmes pendant la grossesse et/ou la période postnatale; deux qui étaient assortis de données d'évaluation et qui ont été éliminés faute de preuves suffisantes, et un document vidéo mentionné au tableau 4.4. Comme l'indique la section 4e, il est possible que d'autres formes d'interventions plus intensives conviennent davantage à des sous-populations de femmes enceintes, notamment des membres de minorités ethniques et de condition socio-économique inférieure. Par conséquent, aucun programme non évalué visant des sous-groupes de femmes enceintes fumeuses ne peut être recommandé comme « approche prometteuse ».

Nous avons contacté plus de 50 organismes partout au Canada en vue de découvrir du matériel relatif à des programmes pertinents, mais n'avons pu ainsi mettre la main que sur neuf programmes d'abandon du tabac destinés à des femmes enceintes.

Cette situation tient en partie au financement de ce genre de programmes, qui a toujours été instable, et en partie à l'absence de registre de ressources régulièrement actualisé dans le domaine de la lutte contre le tabagisme. Les données d'évaluation concernant ces programmes sont encore plus rares : seuls quatre des neuf programmes ont été évalués et, dans chaque cas, le protocole d'évaluation a nui à la fiabilité des résultats.

5 Analyse et conclusions

Jusqu'ici, nous avons passé en revue les ouvrages portant spécifiquement sur les interventions faites auprès de femmes qui fument pendant la grossesse (et la période postnatale). Les données ont été tirées de la littérature publiée sur les interventions faites auprès de femmes enceintes et de l'évaluation du matériel relatif aux programmes de renoncement au tabac. Malgré les faiblesses méthodologiques observées, nous avons présenté les conclusions de ces interventions.

La prochaine étape de notre examen consistera à mettre en contexte et à soumettre à une analyse critique les conclusions qui se dégagent d'ouvrages à caractère plus général. Dans cette optique, nous désignerons et évaluerons les éléments de programmes qui semblent prometteurs; nous indiquerons et décrirons d'importantes sous-populations de femmes enceintes qui fument et, enfin, nous signalerons quelques approches prometteuses mises en lumière par notre examen.

5a. Éléments des interventions

Nous avons relevé dans la littérature 12 éléments propres aux interventions et aux programmes destinés aux femmes enceintes qui fument. S'il est impossible de mesurer les effets de chacun de ces éléments pris isolément, on peut par contre déterminer que les 12, pris ensemble et isolément, jouent un rôle important dans la lutte contre le tabagisme auprès des femmes enceintes. D'après la littérature, il n'est pas possible d'attribuer une valeur précise à chacun d'entre eux ni de les classer par ordre d'importance.

1. Guides de renoncement : Bon nombre d'interventions ont fait appel à une forme quelconque de guide d'initiative personnelle qui implique généralement l'acquisition de compétences, des conseils sur la réduction et l'arrêt de la consommation.
2. Counseling : Bon nombre d'interventions comprenaient une forme quelconque de counseling, généralement offert par une variété d'intervenants, aussi bien des obstétriciens que des pairs.
3. Soutien par des pairs : De nombreuses interventions encourageant la recherche et la mise à contribution d'une personne avec qui la femme enceinte sera « jumelée » et qui la soutiendra dans ses efforts de renoncement.
4. Counseling axé sur le partenaire et l'entourage : Certaines interventions font une place importante à l'évaluation des habitudes tabagiques du partenaire, des amis et des membres de la famille de la femme enceinte.
5. Information : De nombreuses interventions comprenaient de l'information sur la grossesse et le tabagisme sous forme de brochures ou de vidéos.
6. Traitements de remplacement de la nicotine : Certaines interventions combinaient un volet pharmacologique avec d'autres approches.
7. Suivi individuel : Le suivi individuel était intégré à plusieurs interventions, l'objectif étant de maintenir les effets bénéfiques des autres volets et d'encourager l'intéressée.

8. Autres formes de suivi : D'autres formes de suivi, notamment de la correspondance destinée à évaluer l'impact de l'intervention, constituent un élément distinct de certaines interventions.
9. Incitatifs : Des récompenses tant financières que symboliques ont été intégrées à certaines interventions.
10. Rétroaction concernant des changements biologiques : Des clichés d'échographie, des résultats d'épreuves d'effort ou d'autres données biologiques ont été communiqués à la femme enceinte afin de lui montrer les effets du tabagisme sur le fœtus.

11. Groupes : Dans certains cas, on a recours à des groupes de soutien ou à des séances de counseling en groupe pour la mise en œuvre de l'intervention et/ou le maintien de ses effets bénéfiques.

Il semble évident que les approches qui comprennent de multiples éléments sont les meilleures (US Department of Health and Human Services, 2001, p.555). Il n'est toutefois pas possible de déterminer quel est l'élément qui a le plus d'impact et auprès de quelle population de femmes enceintes fumeuses. En revanche, il est possible d'énumérer les éléments que l'on retrouve le plus souvent dans les interventions efficaces, comme l'illustre la liste ci-dessus.

5b. Sous-populations de femmes enceintes qui fument

Il importe aussi de déterminer quelles sont les sous-populations de fumeuses qui ont été visées séparément dans les interventions. Il est évident que la réussite des interventions visant les femmes enceintes qui fument est également tributaire de facteurs et de variables qui ont une incidence sur la prévalence du tabagisme chez les filles et les femmes en général, tels que la pauvreté, la situation socio-économique, le niveau d'instruction et l'appartenance à certains groupes minoritaires. L'efficacité des interventions et le type d'intervention choisi dépendent aussi de certaines sous-catégories de fumeuses enceintes, sans doute caractérisées par le niveau de dépendance ou les antécédents de tabagisme. Si ces sous-populations sont identifiables, on ne possède pas pour l'instant de preuves scientifiques suffisantes ou convaincantes pour déterminer l'incidence que peuvent avoir diverses approches sur ces groupes.

Ainsi, on n'utilise pas les mêmes démarches auprès des grandes fumeuses (celles qui fument plus de 10 cigarettes par jour pendant leur grossesse) qu'auprès de fumeuses légères, dans certaines études. Il n'est toutefois pas possible, à la lumière de la littérature qui existe déjà, d'établir avec certitude quelles seraient les interventions le mieux adaptées aux besoins de ce groupe. De même,

les fumeuses qui renoncent spontanément à la cigarette représentent une sous-population identifiable et appréciable. Mais, là encore, on n'a pas déterminé quelle était l'approche à privilégier pour tenir compte des caractéristiques de ce groupe et pour faciliter le maintien de l'abstinence tabagique pendant la grossesse, la période postnatale et au-delà. En fait, le protocole d'étude fait souvent abstraction des fumeuses qui abandonnent spontanément la cigarette, comme il est signalé ci-dessus, de sorte que ces dernières sont laissées de côté dans les interventions et les programmes.

Les femmes qui font des rechutes (autrement dit les femmes enceintes qui cessent de fumer et/ou qui renouent avec l'habitude de la cigarette pendant la grossesse et/ou la période postnatale) sont-elles aussi absentes des programmes et des interventions. Bien qu'on ne puisse les considérer comme des fumeuses (ou non-fumeuses, selon le protocole de l'étude), elles représentent un groupe distinct de femmes enceintes qui pourraient bénéficier d'une approche spécifiquement conçue pour elles. Enfin, les femmes enceintes qui fument et qui ont un partenaire fumeur constituent un groupe identifiable important auquel on associe un taux d'abandon plus faible et dont les efforts de renoncement sont facilement compromis.

Les adolescentes, les femmes défavorisées sur le plan socio-économique, les Autochtones et les membres de divers groupes ethniques sont d'importants groupes qu'il y a lieu de distinguer dans les recherches et dans la pratique. Les femmes de condition socio-économique inférieure ont passablement retenu l'attention en ce sens que plusieurs interventions ont été spécifiquement conçues pour elles et leur ont été destinées. En outre, comme le montre le chapitre 4, plusieurs interventions décrites comme des interventions d'ordre général ont, en fait, été menées exclusivement ou principalement auprès des femmes défavorisées sur le plan socio-économique. En revanche, les adolescentes, les femmes autochtones, les membres de groupes ethnoculturels canadiens, les femmes aux prises avec des problèmes de toxicomanie et celles qui sont maltraitées par leur partenaire ont été négligées.

On ne possède pas de données pour déterminer exactement quels sont les éléments qui donnent les meilleurs résultats par rapport à d'autres, ou lorsqu'ils sont associés à d'autres éléments. Surtout, on ne dispose pas d'éléments d'information indiquant clairement quelles sont les sous-populations qui tireraient profit de tel ou tel élément, et en association avec tel autre élément. Enfin, comme nous l'avons souligné ci-dessus, il existe plusieurs sous-populations importantes qui n'ont pas suffisamment retenu l'attention des chercheurs, qui ne bénéficient sans doute pas des interventions voulues et sur lesquelles il faudrait se pencher sur-le-champ.

5c. Approches considérées comme de meilleures pratiques

Nous avons consulté des ouvrages à caractère plus général pour placer en contexte les résultats de l'évaluation des données relatives aux interventions, présentées au chapitre 4. Si l'on se fonde sur la littérature générale concernant la santé des femmes, les soins centrés sur la femme et le tabagisme et les toxicomanies chez les femmes et les adolescentes, plusieurs démarches pourraient être appliquées sur-le-champ au domaine de la lutte contre le tabagisme chez les femmes enceintes, ou pourraient être intégrées ultérieurement à l'élaboration d'interventions et aux travaux de recherche. Ces démarches, et les répercussions cliniques qu'elles impliquent, sont décrites ci-après.

i) Adaptation

Si les éléments des interventions ne sont pas dûment adaptés aux besoins des diverses sous-populations, comme nous l'avons déjà signalé, il y a lieu d'accroître sensiblement les efforts sur ce plan. En effet, dans l'état actuel des choses, les efforts d'adaptation semblent se limiter à la détermination des étapes du changement (qui ne rendent pas nécessairement compte de l'état de

préparation au changement des femmes enceintes fumeuses), et peu d'efforts d'adaptation sont spécifiquement dirigés vers les réalités sociales et économiques de sous-populations de femmes évoquées plus haut. Il ressort très clairement de notre examen qu'il n'existe pas une seule catégorie générale de femmes enceintes fumeuses. En effet, à l'instar de ce qu'on observe dans les interventions qui s'adressent aux fumeurs en général, il faudrait mettre davantage l'accent sur les sous-groupes de fumeuses qui présentent des caractéristiques ou qui vivent des expériences particulières qui influent sur leur aptitude à abandonner la cigarette.

Sur le plan clinique, il pourrait être nécessaire d'intégrer plusieurs méthodes pour bien tenir compte de ces besoins. Il faudrait suivre de plus près l'évolution des tendances en matière de tabagisme, y compris le renoncement spontané au tabac pendant la grossesse et la période postnatale. Ce suivi devrait aussi comprendre un volet santé mentale et/ou un diagnostic multiple, puisque de nombreux fumeurs sont aux prises avec d'autres formes de toxicomanie et/ou des problèmes de santé mentale ou de violence. Enfin, des efforts

d'adaptation plus ciblés et plus pointus permettront d'assortir de manière plus précise et plus efficace les interventions, les éléments des interventions et la situation des femmes enceintes fumeuses.

ii) Soins centrés sur la femme

Dans la littérature qui traite de la santé des femmes, les soins centrés sur la femme désigne une démarche qui tient compte des besoins de la femme en fonction de sa réalité personnelle. Elle comprend l'évaluation de la diversité de la situation de la femme, qui doit être comprise dans le contexte de la santé. Elle suppose une approche holistique ou globale en matière de santé, qui englobe la dimension tant mentale que physique.

Lorsqu'elle est appliquée aux femmes enceintes fumeuses, une telle approche implique que l'on mette l'accent sur *la santé de la femme* avant et pendant la grossesse, pendant la période postnatale et au-delà de celle-ci. Comme nous l'avons observé, jusqu'ici et au cours de la période visée par notre examen, il est beaucoup plus courant de diriger l'attention vers *la santé du fœtus*. Cette approche ne suffit pas non seulement parce qu'elle sous-estime l'importance de la santé de la femme et assimile cette dernière surtout à un instrument reproducteur, mais aussi parce qu'elle ne s'attaque pas à la question de la motivation plus durable dont a besoin la personne qui fume pour atteindre l'abstinence tabagique et la maintenir.

D'un point de vue clinique, une telle démarche supposerait un changement de perspective, en ce sens que la motivation voulue pour l'abandon de la cigarette serait associée non plus surtout au fœtus et à d'autres personnes, mais à la santé de l'intéressée même. Elle impliquerait des éléments d'information différents, un suivi différent, un counseling différent et des données biologiques différentes. Elle représente un changement dans la façon de raisonner et de procéder qui rattacherait le renoncement au tabac chez les femmes et les filles enceintes non plus autant à des considérations liées à la grossesse mais à des raisons plus universelles et durables.

Qui dit adoption d'une perspective centrée sur la femme dit aussi une intervention plus adaptée à la réalité sociale, psychologique et économique de la femme. Une question importante, quoique souvent négligée, concernant la grossesse consiste à déterminer si celle-ci était prévue et désirée ou non, et si elle se déroule ou non dans l'harmonie. Les réponses à ces questions nous éclaireraient immédiatement sur la grossesse comme période d'espoir et occasion de changement. Elles jetteraient aussi la lumière sur certaines circonstances personnelles de la femme enceinte, par exemple si elle subit de la violence, et elles donneraient à l'intervenant un aperçu des priorités et des réalités de la femme.

iii) Diminution de la stigmatisation

La question de la diminution de la stigmatisation est rarement prise en considération lorsqu'on intervient auprès des femmes enceintes fumeuses. Elle n'est évoquée dans aucune des interventions que nous avons examinées. Or, les politiques sans cesse plus restrictives visant le tabagisme, et l'objectif de la dénormalisation de l'industrie du tabac explicitement visé par la Stratégie canadienne de lutte contre le tabac, créent une atmosphère où les fumeurs, surtout les femmes enceintes fumeuses, sont spécifiquement stigmatisés, et cette tendance va s'accroissant.

Au cours de la dernière décennie, surtout, le statut du fœtus a été rehaussé, ce qui s'est traduit par une reconnaissance accrue, dans la population, des effets sur le fœtus de comportements tels que le tabagisme et la consommation d'alcool et de drogues. Tous ces comportements sont associés à l'adoption, dans la société et dans les lois, d'attitudes défavorables à l'endroit des femmes enceintes, ce qui rejaillit sur la perception de soi de la femme enceinte qui fume. De plus, une femme qui est visiblement enceinte et qui fume sera touchée par la réaction qu'elle suscite dans la population. C'est également le cas de la fumeuse, mère d'un bébé ou d'un jeune enfant. En effet, le discours qu'inspirent les femmes qui sont mères et qui consomment toute forme de substance illustre

clairement la puissance des pressions qu'exercent sur les mères les nouvelles normes et attitudes sociales (Greaves et coll, 2002).

Un tel état de choses indique que si l'on veut recruter et aider les femmes enceintes qui fument, on doit tenir compte des effets de ces pressions accrues dans les interventions cliniques. Ainsi, une façon de procéder consisterait à intégrer le facteur de la stigmatisation aux quatre différentes étapes (interroger, conseiller, aider et prévoir un suivi) de l'intervention auprès des femmes enceintes fumeuses. Pour l'instant, rien n'indique que la stigmatisation et ses effets sur ces dernières sont pris en considération de quelque façon que ce soit.

iv) Prévention des rechutes

Les rechutes chez les femmes enceintes qui cessent de fumer représentent un problème important. Toutefois, le phénomène a souvent été mesuré pendant la période postnatale, pas pendant la grossesse. Fait plus important, la prévention des rechutes n'est pas apparue comme un élément clé des interventions que nous avons examinées ici, et n'a généralement pas été appliquée dans les interventions auprès des personnes ayant spontanément cessé de fumer. Pour remédier à cette lacune, il faudrait assurer un suivi auprès des femmes ayant renoncé spontanément à la cigarette et concevoir spécifiquement des interventions en fonction de leurs besoins. Il faudrait aussi, après l'accouchement, remotiver les femmes ayant cessé de fumer pendant la grossesse pour qu'elles puissent résister à la tentation de recommencer à fumer, le fœtus n'étant plus là pour leur servir de source de motivation quotidienne.

Enfin, comme la rechute est retardée lorsque la femme allaite son bébé, la promotion de l'allaitement maternel pourrait aider à prolonger l'abstinence tabagique après la grossesse. En dernière analyse, toutefois, l'abandon du tabac et le maintien de l'abstinence chez la femme doivent être motivés par des considérations personnelles, notamment des raisons de santé. Par conséquent,

l'idéal consisterait soit à commencer par invoquer la santé de la femme comme élément de motivation, soit à intervenir après l'accouchement pour faire en sorte que le facteur de motivation soit lié non plus au fœtus mais à la femme elle-même.

v) Réduction des méfaits

La réduction des méfaits est un concept et une pratique issus du domaine plus vaste de la lutte contre les toxicomanies. Elle occupe une place de plus en plus importante à l'étape de l'élaboration d'interventions axées sur la consommation de drogues et d'alcool. Le concept n'a pas été intégralement appliqué au secteur de la lutte contre le tabagisme, bien que l'on retrouve certains de ses éléments dans les interventions examinées ici. Ainsi, la réduction de la consommation de tabac est une caractéristique que l'on retrouve dans certains guides d'initiative personnelle et dans certaines activités de counseling. Toutefois une approche générale axée sur la réduction des méfaits est absente de ces interventions.

Sur le plan clinique, l'adoption d'une telle démarche supposerait que *toutes* les mesures soient prises afin de réduire les dommages que pourraient causer à la femme et au fœtus les effets du tabagisme. Ainsi, la détection de la violence physique à l'endroit des femmes enceintes aiderait à réduire les risques importants que pourraient courir la femme et le fœtus. En ce qui concerne plus précisément le tabac, la réduction de la consommation de tabac pendant la grossesse et le post-partum deviendrait un des axes des programmes. De plus, il faudrait intégrer aux interventions des mesures d'amélioration nutritionnelle de manière à mieux tenir compte des effets du tabagisme sur la vie sociale et économique de la femme. Il y aurait également lieu d'explorer les possibles effets bénéfiques de la surveillance et de l'augmentation de l'apport en folate chez les femmes enceintes fumeuses. En outre, il faudrait mieux intégrer aux interventions les traitements de remplacement de la nicotine comme moyen de réduire le taux de nicotine consommé et, par le fait même, les effets dommageables de la cigarette. Il faudrait aussi

inclure dans les interventions d'autres mesures visant à améliorer la santé, comme la promotion de l'activité physique et des techniques de réduction du stress.

vi) Partenaire/Soutien social

Comme nous l'avons constaté dans notre examen, la plupart des interventions ne visent ni le partenaire de la femme enceinte ni son environnement social. Or, la présence de fumeurs dans le proche entourage de la femme enceinte a une influence sur le renoncement et la rechute. C'est pourquoi il est important que les interventions reconnaissent la présence de fumeurs dans les vies des femmes enceintes qui fument et qu'elles déterminent la dynamique de ces relations. En règle générale, l'usage du tabac représente pour la fumeuse un moyen de structurer, de nouer, de consolider et, parfois, de défaire ses rapports sociaux (Greaves, 1996). Chez la femme enceinte qui fume, ce facteur est présent, mais s'y ajoutent d'autres éléments, notamment son point de vue sur la santé du fœtus et le fait que ce point de vue soit compatible ou non avec celui de ses partenaires et amis.

Comme cette dynamique et ces différences peuvent être importantes, il faut impérativement examiner la question du tabagisme chez le partenaire à l'aide d'une démarche qui dissocie la femme de son partenaire, et concevoir des interventions fondées sur le même principe. Il faut tenter d'obtenir des renseignements sur le comportement tabagique du partenaire et d'intervenir, mais il est indispensable de le faire dans le respect de la complexité de la dynamique des pouvoirs qui existe dans les couples et entre amis. Il est essentiel de reconnaître les questions liées au jeu des pouvoirs, au contrôle et à la violence entre les partenaires en protégeant la sécurité de la femme. Il existe quelques rares interventions qui visent les partenaires et qui, par le fait même, reconnaissent que les femmes enceintes qui fument évoluent dans un contexte social précis, mais il y aurait lieu de concevoir plus d'interventions qui considèrent séparément la femme et son entourage. Il ne semble pas exister d'ouvrages qui proposent une réflexion sur la dynamique propre aux relations homosexuelles où il y a tabagisme.

vii) Intégration des questions sociales

La plupart des femmes enceintes qui fument au Canada, surtout celles qui ne cessent pas spontanément de fumer, sont soumises à de multiples pressions d'ordre social et économique. De meilleures pratiques cliniques tiendraient compte d'un tel phénomène et l'intégreraient aux interventions et au matériel relatif aux programmes destinés aux femmes enceintes fumeuses. Il faut absolument porter un intérêt réel au phénomène des femmes enceintes fumeuses qui ne renoncent pas à la cigarette, ou qui ont beaucoup de difficulté à le faire. Il est aussi essentiel de l'intégrer aux démarches axées sur la prévention des rechutes et sur la réduction des méfaits.

Pour beaucoup de femmes enceintes qui font partie de groupes « hautement prioritaires » ou « difficiles à joindre », le chômage, la violence, la pauvreté, la multiplicité des rôles et le stress sont des problèmes critiques qui, dans une certaine mesure, relèguent au second plan l'abandon du tabac et la recherche d'autres comportements sains pendant la grossesse. Il est essentiel de souligner, par exemple, que les premiers cas de violence conjugale qui surviennent lorsque la femme est enceinte peuvent atteindre une proportion de 40 % (Rogers, 1994). Or, aucune des interventions que nous avons examinées n'envisage cette probabilité. De même, la pauvreté, l'insuffisance du revenu, le chômage et le faible niveau d'instruction sont des facteurs de survie qui se conjuguent pour créer des pressions sur la fumeuse enceinte, de sorte que non seulement l'abandon du tabac figure loin dans la liste des priorités, mais aussi le tabagisme remplit de multiples fonctions ou aide la femme à composer avec son existence. Ces questions sont très réelles pour de nombreuses femmes enceintes qui fument, mais elles ne le sont pas autant pour ceux qui conçoivent et mettent à l'essai les interventions.

Le clinicien qui a affaire à une femme soumise à de multiples facteurs de stress et problèmes personnels peut difficilement exiger d'elle qu'elle renonce à la cigarette en faisant abstraction de ses conditions de vie, des difficultés qu'implique le

renoncement et des facteurs qui y font obstacle. Sur le plan éthique, il incombe au clinicien d'offrir une forme d'aide sociale, sinon financière, en échange du renoncement. Autrement dit, dans une perspective clinique, il faudrait commencer par intégrer aux interventions des moyens de favoriser une prise de conscience et une reconnaissance de ces problèmes. Ensuite, il faudrait mettre gratuitement à la disposition des femmes enceintes des formes d'aide au renoncement, comme les

traitements de remplacement de la nicotine. Enfin, et surtout, il faut que les cliniciens qui doivent prendre en charge des femmes enceintes fumeuses confrontées à ce genre de situations, replacent leurs interventions dans un cadre - intégré, où tout l'éventail de facteurs sociaux et économiques est pris en considération et où un ensemble tout aussi diversifié de solutions et de formes d'aide est offert.

6 Recommandations

Voici les recommandations qui s'appliquent à la pratique, à la recherche et aux enjeux structuraux.

6a. Considérations pratiques

1. Voir à ce que les messages de santé publique soient sensibles aux réalités sociales et économiques des femmes et évitent de porter un jugement sur celles-ci.
2. Encourager la réduction des méfaits chez les femmes enceintes qui fument en recommandant une diminution du nombre de cigarettes consommées, de brèves périodes d'arrêt à n'importe quel stade de la grossesse et à l'approche de l'accouchement, encourager les comportements sains, comme l'exercice, et s'attaquer à la question du tabagisme chez le partenaire.
3. Reconnaître que la motivation voulue pour arrêter de fumer est un facteur dynamique qui évolue au cours de la période de renoncement, et intégrer aux interventions un soutien accru tout au cours de la période postnatale.
4. Intégrer aux programmes de traitement des toxicomanies la lutte contre la nicotinéodépendance chez les femmes enceintes pour tenir compte du fait que les femmes désignent la nicotine comme une drogue qui pose problème.
5. Inciter les femmes à faire appel à des démarches comportementales avant de recourir à la pharmacothérapie afin d'éviter les possibles effets tératogènes pouvant découler de la consommation de produits tels que le Bupropion et les produits de substitution nicotinique.
6. Offrir les traitements de remplacement de la nicotine aux femmes enceintes incapables d'arrêter de fumer, après 12 semaines de grossesse, afin de réduire les dommages que pourrait causer à la mère et au fœtus l'inhalation de fumée.
7. Encourager les femmes à continuer d'allaiter leur bébé même si elles fument ou utilisent des traitements de remplacement de la nicotine.
8. Intensifier la surveillance et le suivi des habitudes de consommation de tabac, y compris de l'arrêt spontané, dans les milieux cliniques.
9. Utiliser de l'information personnelle sur les habitudes de consommation de tabac pour concevoir des stratégies de renoncement tabagique très personnalisées.
10. Déterminer si les fumeuses présentent des troubles mentaux ou d'autres problèmes de santé, puisque de nombreux fumeurs souffrent de multiples formes de toxicomanie et/ou de troubles mentaux.
11. Mettre l'accent sur l'importance du renoncement, non pas surtout pour la santé du fœtus mais pour celle de la femme même, de manière à communiquer à l'intéressée la motivation voulue pour qu'elle demeure non-fumeuse avant et après l'accouchement.

12. Créer des interventions applicables spécifiquement à la période postnatale, et qui s'attaquent à des questions de motivation et de stress auxquelles sont confrontées les femmes pendant la période postnatale.
13. Créer des interventions à l'intention précise des femmes qui arrêtent spontanément de fumer pendant la grossesse et la période postnatale.
14. Soumettre à un dépistage du tabagisme toutes les femmes et les filles en âge de procréer.

6b. Recherche

15. Mettre au point des mesures plus complètes de réduction des méfaits et de diminution de la consommation pour mieux illustrer le lien entre la quantité consommée et les effets sur la santé du fœtus.
16. Concevoir des mesures plus complètes des résultats qui comprennent non seulement les taux de renoncement et de rechute, mais aussi la réduction de la consommation, les attitudes et les changements d'attitude et d'autres questions d'ordre contextuel.
17. Concevoir et mettre à l'essai plus d'interventions qui visent spécifiquement les jeunes femmes enceintes fumeuses.
18. Mener des recherches sur les facteurs génétiques associés à la métabolisation de la nicotine en vue de mettre au point des méthodes de renoncement plus personnalisées.
19. Concevoir et offrir des interventions intensives qui visent à prévenir les rechutes pendant la période postnatale chez les femmes ayant arrêté de fumer pendant la grossesse.
20. Mener des recherches sur l'innocuité et l'utilité du Bupropion pendant la grossesse.
21. Concevoir et mettre à l'essai auprès des populations défavorisées plus d'interventions qui font appel à des incitatifs financiers pour encourager le renoncement.
22. Concevoir et mettre à l'essai des interventions destinées à promouvoir l'abandon du tabac chez les partenaires de femmes enceintes fumeuses.
23. Concevoir et mettre à l'essai des interventions qui s'adressent aux femmes et aux filles qui continuent de fumer pendant leur grossesse, et à celles qui arrêtent de fumer mais qui font une rechute avant leur accouchement.
24. Évaluer l'efficacité de certains éléments des interventions et des programmes en vue de déterminer précisément quels sont les aspects qui ont une incidence sur le renoncement.
25. Examiner les stratégies intégrées de lutte contre le tabac, surtout les activités de dénormalisation, en vue de déterminer leur impact sur les femmes enceintes.

6c. Changements structuraux/contexte (politique, financement, scolarité)

23. Allouer plus de ressources pour tenir compte des facteurs structuraux qui influent sur le tabagisme chez les femmes, afin de réduire le fardeau des maladies que la consommation de tabac fait porter aux femmes, à leur fœtus et à leurs bébés, dans les milieux défavorisés.
24. Mieux sensibiliser la population au fait que la consommation de tabac dans les milieux défavorisés ne constitue pas un « choix de vie », mais un reflet du contexte social et économique, afin d'atténuer la stigmatisation associée à l'usage du tabac pendant la grossesse et la période postnatale.

7

Ouvrages cités

- Ahijevych, K. L., Tyndale, R. F., Dhatt, R. K., Weed, H. G. et Browning, K. K. (2002). Factors influencing cotinine half-life during smoking abstinence in African American and Caucasian women. *Nicotine and Tobacco Research*, 4, 423-431.
- Albrecht, S. A., Higgins, L. W. et Lebow, H. (2000). Knowledge about the deleterious effects of smoking and its relationship to smoking cessation among pregnant adolescents. *Adolescence*, 35(140), 709-716.
- Andreski, P. et Breslau, N. (1995). Maternal smoking among blacks and whites. *Social Science and Medicine*, 41, 227-233.
- Anonyme. (1997). Smoking cessation program focuses on pregnant women. *Healthcare Demand & Disease Management*, 3(11), 169-173.
- Arinami, T., Ishiguro, H. et Onaivi, E. (2000). Polymorphisms in genes involved in neurotransmission in relation to smoking. *European Journal of Pharmacology*, 410, 215-226.
- ASH Women and Smoking Group. (1986). *Women and Smoking: A Handbook for Action*. London: Health Education Council.
- Benowitz, N. L. (2002). Smoking cessation trials targeted to racial and economic minority groups. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 288(4), 497-499.
- Benowitz, N. L., Dempsey, D. A., Goldenberg, R. L., Hughes, J. R., Dolan-Mullen, P., Ogburn, P. L., Oncken, C., Orleans, C. T., Slotkin, T. A., Whiteside Jr, H. P. et Yaffe, S. (2000). The use of pharmacotherapies for smoking cessation during pregnancy. *Tobacco Control*, 9(Suppl III), iii91-iii94.
- Benowitz, N. L., Perez-Stable, E. J., Herrera, B. et Jacob, P. I. (2002). Slower metabolism and reduced intake of nicotine from cigarette smoking in Chinese-Americans. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(2), 108-115.
- Bernstein, S. M. et Stoduto, G. (1999). Adding a choice-based program for tobacco smoking to an abstinence-based addiction treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1-2), 167-173.
- Blot, W. J. (1992). Alcohol and cancer. *Cancer Research*, 52(7 (Suppl)), 2119s-2123s.
- Bobo, J. K. et Davis, C. M. (1993). Cigarette smoking cessation and alcohol treatment. *Addiction*, 88(3), 405-412.
- Bobo, J. K., Schilling, R. F., Gilchrist, L. D. et Schinke, S. P. (1986). The double triumph: sustained sobriety and successful cigarette smoking cessation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3(1), 21-25.
- Bottorff, J. B., Johnson, J. L., Irwin, L. et Ratner, P. (2000). Narratives of smoking relapse: The stories of postpartum women. *Research in Nursing and Health*, 23, 126-134.

- Browne, A., Shultis, J. et Thio-Watts, M. (1999). Solution-focused approaches to tobacco reduction with disadvantaged prenatal clients. *Journal of Community Health Nursing*, 16(3), 165-177.
- Caggiula, A. R., Dony, E. C., White, A. R., Chaudhri, N., Booth, S., Gharib, M. A., Hoffman, A., Perkins, K. A. et Sved, A. F. (2001). Cue dependency of nicotine self-administration and smoking. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 70, 515-530.
- Campbell, B. K., Krumenacker, J. et Stark, M. J. (1998). Smoking cessation for clients in chemical dependence treatment. A demonstration project. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(4), 313-318.
- Carabello, R. S., Giovino, G. A., Pechacek, T. F., Mowery, P. D., Richter, P. A., Strauss, W. J., Sharp, D. J., Eriksen, M. P., Pirkle, J. L. et Maurer, K. R. (1998). Racial and ethnic difference in serum cotinine levels of cigarette smokers. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 280(2), 135-139.
- Casper, M. L. (1998). *The making of the unborn patient: A social anatomy of fetal surgery*. NJ: Rutgers University Press.
- Castellsague, X., Munoz, N., De Stefani, E., Vitoria, C. G., Castelletto, R., Rolon, P. A. et Quintana, M. J. (1999). Independent and joint effects of tobacco smoking and alcohol drinking on the risk of esophageal cancer in men and women. *International Journal of Cancer*, 82(5), 657-664.
- Centers for Disease Control. (1992). Pregnancy risks determined from birth certificate data—United States, 1989. *MMWR*, 41(30), 556-563.
- Chollat-Traquet, C. (1992). *Les femmes et le tabac*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Cnattingius, S., Lindmark, G. et Meiriko, O. (1992). Who continues to smoke while pregnant? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46, 218-221.
- Coleman, G. J. et Joyce, T. (2003). Trends in smoking before, during and after pregnancy in ten states. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(1), 29-35.
- Connor, S. K. et McIntyre, L. (1999). The sociodemographic predictors of smoking cessation among pregnant women in Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 90, 352-355.
- Cornelius, M. D., Leech, S. L., Goldschmidt, L. et Day, N. L. (2000). Prenatal tobacco exposure: Is it a risk factor for early tobacco experimentation? *Nicotine and Tobacco Research*, 2, 45-52.
- Currie, S. R., Nesbitt, K., Wood, C. et Lawson, A. (2003). Survey of smoking cessation services in Canadian addiction programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 59-65.
- Dempsey, D. A. et Benowitz, N. L. (2001). Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Safety*, 24(4), 277-322.
- DiClemente, C. C., Mullen, P. D. et Windsor, R. A. (2000). The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions. *Tobacco Control*, 9(Suppl 3), iii16-iii21.
- Dodds, L. (1995). Prevalence of smoking among pregnant women in Nova Scotia from 1988 to 1992. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 152, 185-190.
- Doherty, W. J. et Whitehead, D. A. (1986). The social dynamics of cigarette smoking: a family systems perspective. *Family Process*, 25(3), 453-459.

- Donatelle, R. J., Prows, S. L., Champeau, D. et Hudson, D. (2000). Randomised controlled trial using social support and financial incentives for high risk pregnant smokers: Significant Other Supporter (SOS) program. *Tobacco Control*, 9(Suppl 3), iii67-iii69.
- Dunphy, P. M. (2000). *Using an empowerment and education intervention to prevent smoking relapse in the early postpartum period*. Unpublished Dissertation, University of Pennsylvania.
- Edwards, N. et Sims-Jones, N. (1998). Smoking and smoking relapse during pregnancy and postpartum: Results of a qualitative study. *Birth*, 25(94-100).
- Edwards, N., Sims-Jones, N., Hotz, S. et Cushman, R. (1997). *Development and Testing Components of a Multifaceted Intervention Program to Reduce the Incidence of Smoking Relapse During Pregnancy and Postpartum of Both Women and Their Partners* (Rapport inédit). Ottawa : Santé Canada.
- Eissenberg, T., Stitzer, M. L. et Henningfield, J. E. (1999). Current issues in nicotine replacement. In D. F. Seidman & L. S. Covey (Eds.), *Helping the hard-core smoker: A clinician's guide* (pp. 137-158). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Ellison, L., Morrison, H. I., de Groh, M. et Villeneuve, P. (1999). Les conséquences du tabagisme sur la santé des fumeurs canadiens : mise à jour. *Maladies chroniques au Canada*, 20, 36-39.
- England, L. J., Kendrick, J. S., Wilson, H. G., Merritt, R. K., Gargiullo, P. M., & Zahniser, S. C. (2001). Effects of smoking reduction during pregnancy on the birth weight of term infants. *American Journal of Epidemiology*, 154(8), 694-4701.
- Eriksson, K. M., Haug, K., Salvesen, K. A., Nesheim, B. I., Nylander, G. et Rasmussen, S. (1998). Smoking habits in Norway 1994-1995. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 72, 159-164.
- Ershoff, D., Mullen, P. et Quinn, V. (1989). A randomized trial of a serialized self-help smoking cessation program for pregnant women in an HMO. *American Journal of Public Health*, 79(2), 182-187.
- Ershoff, D., Quinn, V., Mullen, P. et Lairson, D. (1990). Pregnancy and medical cost outcomes of a self-help prenatal smoking cessation program in an HMO. *Public Health Reports*, 105(4), 340-347.
- Ershoff, D. H., Quinn, V. P. et Mullen, P. D. (1995). Relapse prevention among women who stop smoking early in pregnancy: a randomized clinical trial of a self-help intervention. *American Journal of Preventive Medicine*, 11(3), 178-184.
- Evans, W. N. et Ringel, J. (1999). Can higher cigarette taxes improve birth outcomes? *Journal of Public Economics*, 72, 135-154.
- Fielding, J. E., Husten, C. G. et Eriksen, M. P. (1998). Tobacco: health effects and control. In R. B. Wallace (Ed.), *Public Health & Preventive Medicine* (14 ed.). Stamford: Appleton and Lange.
- Fingerhut, L. A., Kleinman, J. C. et Kendrick, J. S. (1990). Smoking before, during and after pregnancy. *American Journal of Public Health*, 80, 541.
- Fiore, M. C., Hatsukami, D. K. et Baker, T. B. (2002). Effective tobacco dependence treatment. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 288(14), 1768-1771.
- Fishman, M. L. et Earley, P. H. (1993). Treatment centers—the next challenge. The Counterpoint Unit at CPC Parkwood Hospital. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(2), 133-137.

- Fox, B. J. et Cohen, J. E. (2002). Tobacco harm reduction: A call to address the ethical dilemmas. *Nicotine and Tobacco Research*, 4(Suppl 2), S81-S87.
- Frost, F. J., Cawthorn, M. L., Tollestrup, K., Kenny, F. W., Schrager, L. S. et Nordlund, D. J. (1994). Smoking prevalence during pregnancy for women who are and women who are not Medicaid funded. *American Journal of Public Health*, 10, 91-96.
- Gebauer, C., Kwo, C., Haynes, E. et Wewers, M. (1998). A nurse-managed smoking cessation intervention during pregnancy. *JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27(1), 47-53.
- Gielen, A. C., Windsor, R., Faden, R. R., O'Campo, P., Repke, J. et Davis, -. M. (1997). Evaluation of a smoking cessation intervention for pregnant women in an urban prenatal clinic. *Health-Education-Research*, 12(2), 247-254.
- Gillies, P. A., Power, F. L., Turner, I. D. et Madely, R. (1990). *Successful antismoking interventions in pregnancy – behaviour change, “clinical indicators” or both?* Paper presented at the Tobacco and Health 1990: The global war: Proceedings of the 7th World Conference on Tobacco and Health., Perth.
- Graham, H. (1994). Gender and class as determinants of smoking behaviour in Britain: Insights from a survey of mothers. *Social Science and Medicine*, 38, 691-698.
- Graham, H. (1996). Smoking prevalence among women in the European Community 1950-1990. *Social Science and Medicine*, 43, 243-254.
- Greaves, L. (1987). *Document d'information sur les femmes et le tabac*. Ottawa: Santé et Bien-être social Canada.
- Greaves, L. (1990). *Document d'information sur les femmes et le tabac (1987) et mise à jour (1990)*. Ottawa: Santé Canada.
- Greaves, L. (1996). *Smoke Screen: Women's Smoking and Social Control*. Halifax, NS: Fernwood.
- Greaves, L., Varcoe, C., Poole, N., Morrow, M., Johnson, J. L., Pederson, A., et Irwin, L. (2002). *Une question capitale pour les mères, le discours sur les soins maternels en situation de crise*. Ottawa: Condition féminine Canada.
- Hackman, R., Kapur, B. et Koren, G. (1999). Use of the nicotine patch by pregnant women. *New England Journal of Medicine*, 341(22), 1700.
- Hahn, E. J., Warnick, T. A. et Plemmons, S. (1999). Smoking cessation in drug treatment programs. *Journal of Addictive Diseases*, 18(4), 89-101.
- Hajek, P., West, R., Lee, A., Foulds, J., Owen, L., Eiser, J. R. et Main, N. (2001). Randomized controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy. *Addiction*, 96(3), 485-494.
- Halsam, C., Draper, E. S. et Goyder, E. (1997). The pregnant smoker: A preliminary investigation of the social and psychological influences. *Journal of Public Health Medicine*, 19, 187-192.
- Hanna, E. Z., Faden, V. B. et Dufour, M. C. (1997). The effects of substance use during gestation on birth outcome, infant and maternal health. *Journal of Substance Abuse*, 9, 111-125.
- Hartmann, K. E., Thorp Jr, J. M., Pahal-Short, L. et Koch, M. A. (1996). A randomized controlled trial of smoking cessation intervention in pregnancy in an academic clinic. *Obstetrics and Gynecology*, 84(4), 621-626.
- Hatsukami, D., Slade, J., Benowitz, N. L., Giovino, G. A., Gritz, E. R., Leishow, S. et Warner, K. E. (2002). Reducing tobacco harm: Research challenges and issues. *Nicotine and Tobacco Research*, 4(Suppl 2), S89-S101.

- Haug, K., Fugelli, P., Aaaro, L. E. et Foss, O. P. (1994). Is smoking intervention in general practice more successful among pregnant than non-pregnant women? *Family Practice*, 11, 111-116.
- Hill-Rice, V., Templin, T., Fox, D. H., Jorosz, P., Mullin, M., Seiggreen, M. et Lepczk, M. (1996). Social context variables as predictors of smoking cessation. *Tobacco Control*, 5, 280-285.
- Hjalmarson, A. I. M., Svanberg, B. et Hahn, L. (1991). Stopping smoking in pregnancy: effect of a self-help manual in a controlled trial. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 98, 260-264.
- Horne, T. (1995). *Les femmes et le tabagisme : plan d'action*. Ottawa: Santé Canada.
- Hurt, R. D., Offord, K. P., Croghan, I. T., Gomez-Dahl, L., Kottke, T. E., Morse, R. M. et Melton, L. J. r. (1994). Mortality following inpatient addictions treatment. Role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 275(14), 1097-1103.
- Irwin, L. G., Johnson, J. L. et Bottorff, J. L. (à l'étude). Mothers who smoke: Confessions and justifications. *Social Science and Medicine*.
- Isohanni, M., Oja, H., Moilanen, I., Koiranen, M. et Rantakallio, P. (1995). Smoking or quitting during pregnancy: Associations with background and future social factors. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 23, 32-38.
- Jaakkola, N., Zahlsen, K. et Jaakkola, J. (2001). Effects of a population-based smoking cessation programme on smoking in pregnancy. *European Journal of Public Health*, 11(4), 446-449.
- Jacobson, B. (1981). *The Ladykillers: Why Smoking is a Feminist Issue*. London: Pluto Press.
- Jacobson, B. (1986). *Beating the Ladykillers: Women and Smoking*. London: Pluto Press.
- Johnson, J. L., Ratner, P. A., Bottorff, J. L., Hall, W. et Dahinten, S. (2000). Preventing Smoking Relapse In Postpartum Women. *Nursing Research*, 49(1), 44-52.
- Kalant, H. (2000). Nicotine as an addictive substance. In R. Ferrence & J. Slade & R. Room & M. Pope (Eds.), *Nicotine and Public Health* (pp. 117-1323). Washington, DC: American Public Health Association.
- Kaplan, S. D., Lanier, A. P., Merritt, R. K. et Siegel, P. Z. (1997). Prevalence of tobacco use among Alaska Natives: A review. *Preventive Medicine*, 26, 460-465.
- Kenford, S. L., Smith, S. S., Wetter, D. W., Jorenby, D. E., Fiore, M. C. et Baker, T. B. (2002). Predicting relapse back to smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 216-227.
- Ker, M., Leischow, S., Markowitz, I. et Merikle, E. (1996). Involuntary smoking cessation: a treatment option in chemical dependency programs for women and children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28(1), 47-60.
- Klesges, L. M., Johnson, K. C., Ward, K. D. et Barnard, M. (2001). Smoking cessation in pregnant women. *Obstetrics and Gynecological Clinics of North America*, 28(2), 269-282.
- Lacey, L., Tukes, S., Manfredi, C. et Warnecke, R. B. (1991). Use of lay health educators for smoking cessation in a hard to reach urban community. *Journal of Community Health*, 16, 269-282.
- Li, C. Q., Windsor, R. A., Perkins, L., Goldenberg, R. L. et Lowe, J. B. (1993). The impact on infant birth weight and gestational age of cotinine-validated smoking reduction during pregnancy. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 269(12), 1519-1524.

- Li, M. D., Cheng, R., Ma, J. Z. et Swan, G. (2003). A meta-analysis of estimated genetic and environmental effects on smoking behaviour in male and female adult twins. *Addiction*, 98(1), 23-30.
- Lillington, L., Royce, J., Novak, D., Ruvalcaba, M. et Chlebowski, R. (1995). Evaluation of a smoking cessation program for pregnant minority women. *Cancer Practice*, 3(3), 157-163.
- Lowe, J. B., Windsor, R., Balanda, K. et Woodby, L. (1997). Smoking relapse prevention methods for pregnant women: a formative evaluation. *American Journal of Health Promotion*, 11, 244-246.
- Lu, Y., Tong, S. et Oldenburg, B. (2001). Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. *Health Promotion International*, 16(4), 355-365.
- Lumley, J., Oliver, S. et Waters, E. (2000). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*.(2):CD001055, 2000.
- MacLean, L. M., Sims-Jones, N., Hotte, A. et Edwards, N. (2000). *Perceived partner support and teamwork: Living with tobacco use in childbearing families*. Ottawa: Université d'Ottawa, Unité de recherche en santé communautaire.
- Madden, P., Heath, A., Pedersen, N., Kaprio, J., Koskenvuo, M. et Martin, N. (1999). The genetics of smoking persistence in men and women: a multicultural study. *Behavior Genetics*, 29(6), 423-431.
- Marlatt, G. A. et Gordon, J. R. (1985). Relapse preventions: *Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guilford.
- Martin, J. E., Calfas, K. J., Patten, C. A., Polarek, M., Hofstetter, C. R., Noto, J. et Beach, D. (1997). Prospective evaluation of three smoking interventions in 205 recovering alcoholics: one-year results of Project SCRAP-Tobacco. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 65(1), 190-194.
- Mas, R., Escriba, V. et Colomer, C. (1996). Who quits smoking during pregnancy? *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 24, 102-106.
- Mathews, T. (2001). Smoking during pregnancy in the 1990's. *National Vital Statistics Report*, 49(7), 1-15.
- Matthews, J. (1987). Building the Body Beautiful: The Femininity of Modernity. *Australian Feminist Studies*, 5, 14-17.
- Mayer, J., Hawkins, B. et Todd, R. (1990). A randomized evaluation of smoking cessation interventions for pregnant women at a WIC clinic. *American Journal of Public Health*, 80(1), 76-78.
- McBride, Colleen, M., Curry, S. J., Lando, H. A., Pirie, P. L., Grothaus, L. C. et Nelson, J. C. (1999). Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy. *American Journal of Public Health*, 89(5), 706-711.
- McBride, C. M., Curry, S. J., Grothaus, L. C., Nelson, J. C., Lando, H. A. et Pirie, P. L. (1998). Partner smoking status and pregnant smoker's perceptions of support for and likelihood of smoking cessation. *Health Psychology*(17), 1.
- McBride, C. M., Pirie, P. L. et Curry, S. J. (1992). Postpartum relapse to smoking: a prospective study. *Health Education Research*, 7(3), 381-390.
- McDonald, P. (2003). *A Canadian Framework For Helping Tobacco Users: Ébauche préparée pour Santé Canada*.

- McDonald, S. D., Perkins, S. L., Jodouin, C. A. et Walker, M. C. (2002). Folate level in pregnant women who smoke: An important gene/environment interaction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(5), 620-625.
- McFarlane, J., Parker, B. et Soeken, K. (1996). Physical abuse, smoking, and substance use during pregnancy: prevalence, interrelationships, and effects on birth weight. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(4), 313-320.
- Melvin, C., Mullen, P. D., Windsor, R. A., Whiteside, H. P. J. et Goldenberg, R. L. (2000). Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tobacco Control*, 9(Suppl 3), III80-84.
- Miao, H., Liu, C., Bishop, K., Gong, Z., Nordberg, A. et Zhang, X. (1998). Nicotine exposure during a critical development leads to persistent changes in nicotinic acetylcholine receptors of adult rat brain. *Journal of Neurochemistry*, 70, 752-762.
- Millar, W. J. (1992). Lieu de naissance et appartenance ethnique : facteurs associés à l'usage du tabac chez les Canadiens. *Rapports sur la santé de Statistique Canada*, 4, 7-24.
- Millar, W. J. (1997). Convaincre les fumeurs ayant un faible niveau de scolarité. *Tendances sociales canadiennes*, 45, 18-23.
- Miller, S. J., Manske, S. R., Phaneuf, M. R. et Moyer, C. (2001). *Identifying Best Practices for Group Smoking Cessation: Comparing CCS Fresh Start to Best Practices*. Waterloo, ON: Centre for Behavioural Research and Program Evaluation, University of Waterloo.
- Morales, A. W., Marks, N. M. et Kumar, R. (1997). Smoking in pregnancy: A study of psychosocial and reproductive risk factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 18, 247-254.
- Moyer, C., Cameron, R., Garcia, J. et Maule, C. (2001). *Identifying Promising Solutions for Complex Health Problems: Model for a Better Practices Process*: inédit.
- Mullen, P., Richardson, M., Quinn, V. et Ershoff, D. (1997). Postpartum return to smoking: who is at risk and when. *American Journal of Health Promotion*, 11(5), 323-330.
- Mullen, P. D., DiClemente, C. C. et Bartholomew, L. K. (2000). Theory and context in Project PANDA: A program to help postpartum women stay off cigarettes. In L. K. Bartholomew & G. S. Parcel & G. Kok & H. Gottlieb (Eds.), *Designing theory- and evidence-based health promotion programs* (pp. 453-477). Mountain View, California: Mayfield Publishers.
- Mullen, P. D., Quinn, V. P. et Ershoff, D. H. (1990). Maintenance of non-smoking postpartum by women who stopped smoking during pregnancy. *American Journal of Public Health*, 80, 992-994.
- Munafo, M., Johnstone, E., Murphy, M. et Walton, R. (2001). New directions in the genetic mechanisms underlying nicotine addiction. *Addiction Biology*, 6, 109-117.
- Nafstad, P., Botten, G. et Hagen, J. (1996). Partner's smoking: A major determinant for changes in women's smoking behaviour during and after pregnancy. *Public Health*, 110, 379-385.
- Najman, J., Lanyon, A., Anderson, M., Williams, G., Bor, W. et O'Callaghan, M. (1998). Socioeconomic status and maternal smoking before, during and after pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22, 60-66.
- Northwest Territories Bureau of Statistics. (1996). *NWT Alcohol and Drugs Survey: Rates of use for alcohol, other drugs and tobacco*. Yellowknife: Northwest Territories Bureau of Statistics.

- Oakley, A. (1989). Smoking in pregnancy: Smokescreen or risk factor? Towards a materialist analysis. *Sociology of Health and Illness*, 11, 311-335.
- Oaks, L. (2001). *Smoking and Pregnancy: The Politics of Fetal Protection*. Piscataway, NJ: Rutgers University Press.
- O'Campo, P. (1995). Smoking cessation interventions for pregnant women: Review and future directions. *Seminars in Perinatology*, 19, 279-285.
- O'Campo, P., Faden, R. R., Brown, H. et Gielen, A. C. (1992). The impact of pregnancy on women's prenatal and postpartum smoking behaviour. *American Journal of Preventive Medicine*, 8, 8-13.
- Ockene, J. K., Ma, Y., Zapka, J. G., Pbert, L. A., Gions, K. V. et Stoddard, A. M. (2002). Spontaneous cessation of smoking and alcohol use among low income pregnant women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 150-159.
- O'Connor, A., Davies, B., Dulberg, C., Buhler, P., Nadon, C., McBride, B. et Benzie, R. (1992). Effectiveness of a pregnancy smoking cessation program. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 21(5), 385-392.
- Ogburn, P. L., Hurt, R. D., Croghan, I. T., Schroeder, D. R., Ramin, K. D., Offord, K. P. et Moyer, T. P. (1999). Nicotine patch use in pregnant smokers: nicotine and cotinine levels and fetal effects. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181(3), 736-743.
- Okuyemi, K. S., Ahluwalia, J. S. et Harris, K. J. (2000). Pharmacotherapy of smoking cessation. *Archives of Family Medicine*, 9(3), 270-281.
- Oncken, C. A., Pbert, L., Ockene, J., Zapka, J. et Stoddard, A. (2000). Nicotine replacement prescription practices of obstetric and pediatric clinicians. *Obstetrics and Gynecology*, 96(2), 261-265.
- Orleans, C. T. et Hutchinson, D. (1993). Tailoring nicotine addiction treatments for chemical dependency patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(2), 197-208.
- Pagan, K., Hou, J., Goldenberg, R. L., Cliver, S. P. et Tamura, T. (2001). Effect of smoking on serum concentrations of total homocysteine and B vitamins in mid-pregnancy. *Clinica Chimica Acta*, 306, 103-109.
- Panjari, M., Bell, R. J., Astbury, J., Bishop, S. M., Dalais, F. et Rice, G. E. (1997). Women who spontaneously quit smoking in early pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37(3), 271-278.
- Perez-Stable, E. J., Herrera, B., Jacob, P. I. et Benowitz, N. L. (1998). Nicotine metabolism and intake in black and white smokers. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 280(2), 152-156.
- Petersen, L., Handel, J., Kotch, J., Podedworny, T. et Rosen, A. (1992). Smoking reduction during pregnancy by a program of self-help and clinical support. *Obstetrics & Gynecology*, 79(6), 924-930.
- Piasecki, T. M., Fiore, M. C., McCarthy, D. E. et Baker, T. B. (2002). Have we lost our way? The need for dynamic formulations of smoking relapse proneness. *Addiction*, 97, 1093-1108.
- Picciotto, M. R. et Corrigan, W. A. (2002). Neuronal systems underlying behaviors related to nicotine addiction: Neural circuits and molecular genetics. *The Journal of Neuroscience*, 22(9), 3338-3341.

- Pierce, J. P. (2002). Harm reduction or harm maintenance? *Nicotine and Tobacco Research*, 4(Suppl 2), S53-S54.
- Pletcher, V. C. (1993). Nicotine treatment at the Drug Dependency Program of the Minneapolis VA Medical Center. A program director's perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(2), 139-145.
- Pletsch, P. K. et Morgan, S. (2002). Reduction of primary and secondary smoke exposure for low-income black pregnant women. *Nursing Clinics of North America*, 37(2), 315.
- Pollak, K. I. et Mullen, P. D. (1997). An exploration of the effects of partner smoking, type of social support, and stress on postpartum smoking in married women who stopped smoking during pregnancy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(3), 182-189.
- Poole, N., Greaves, L. et Cormier, R. A. (2003). Integrating treatment for tobacco and other drugs: The work of the Aurora Centre at British Columbia Women's Hospital. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(1), 95-102.
- Poole, N. et Robertson, S. (1999). *Background on Harm Reduction*. Manuscrit inédit, Vancouver, C.-B..
- Potter, A., Lumley, J. et Watson, L. (1996). The 'new' risk factors for SIDS: Is there an association with ethnic and place of birth differences in incidence in Victoria? *Early Human Development*, 45, 119-131.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. et Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Quinn, V. P., Mullen, P. D. et Ershoff, D. H. (1991). Women who stop smoking spontaneously prior to prenatal care and predictors of relapse before delivery. *Addictive Behaviors*, 6, 153.
- Ratner, P., Johnson, J. L., Bottorff, J. L., Dahinten, S. et Hall, W. (2000). Twelve-month follow-up of a smoking relapse prevention intervention for postpartum women. *Addictive Behaviors*, 25(1), 81-92.
- Reading, J. (1999). *The Tobacco Report: First Nations and Inuit Regional Health Surveys*: Northern Research Unit, University of Manitoba.
- Ringel, J. S. et Evans, W. N. (2001). Cigarette taxes and smoking during pregnancy. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1851-1856.
- Rogers, K. (1994). Résultats d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe. *Juristat : Bulletin de service*, 14(9).
- Ruggiero, L. et de Groot, M. (1998). Smoking patterns of low income ethnoculturally diverse pregnant women: Are we casting the net wide enough? *Addictive Behaviors*, 23, 549-554.
- Santé Canada. (1994a). *Renforcement des programmes de promotion de la santé prénatale visant les familles défavorisées*. Ottawa: Ministre des Approvisionnementnements et Services Canada (Catalogue H39-309/1994F).
- Santé Canada. (1993). *Rapport sur les femmes et l'usage du tabac*. Ottawa: Ministre des Approvisionnementnements et Services Canada.
- Santé Canada. (1995). *Enquête sur le tabagisme au Canada, quartier 3*. Ottawa: Ministre des Approvisionnementnements et Services Canada.
- Schroeder, D., Ogburn, P., Hurt, R., Croghan, I., Ramin, K., Offord, K. et Moyer, T.-. (2002). Nicotine patch use in pregnant smokers: smoking abstinence and delivery outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 11, 100-107.

- Secker-Walker, R. H., Mead, A. M., Goodwin, G., Lepage, S., Skelly, J. M., Flynn, B. S. et al. (1995). Smoking relapse prevention counseling during prenatal and early postnatal care. *American Journal of Preventive Medicine*, 11, 86-93.
- Secker-Walker, R. H., Solomon, L. J., Flynn, B. S., Skelly, J. M. et Mead, P. B. (1998). Reducing smoking during pregnancy and postpartum: physician's advice supported by individual counseling. *Preventive Medicine*, 27(3), 422-430.
- Secker-Walker, R. H., Solomon, L. J., Geller, B. M., Flynn, B. S., Worden, J. K., Skelly, J. M. et Mead, P. B. (1997). Modeling smoking cessation: Exploring the use of a videotape to help pregnant women quit smoking. *Women-and-Health*, 25(1), 23-35.
- Selby, P., Hackman, R., Kapur, B., Klein, J. et Koren, G. (2001). Heavily smoking women who cannot quit in pregnancy: Evidence of pharmacokinetic predisposition. *Therapeutic Drug Monitoring*, 23, 189-191.
- Severson, H. H., Andrews, J. A., Lichtenstein, E., Wall, M. et Akers, L. (1997). Reducing Maternal Smoking and Relapse: Long-Term Evaluation of a Pediatric Intervention. *Preventive Medicine*, 26(1), 25-28.
- Shakespeare, R. (1990). *The development and evaluation of a smoking cessation counselling training programme for midwives*. Paper presented at the Tobacco and Health 1990: The global war: Proceedings of the 7th World Conference on Tobacco & Health, Perth.
- Slotkin, T. A. (1998). Fetal nicotine or cocaine exposure: Which one is worse? *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 285(3), 931-945.
- Solomon, L. J., Secker-Walker, R. H., Flynn, B. S., Skelly, J. M. et Capeless, E. L. (2000). Proactive telephone support to help pregnant women stop smoking. *Tobacco Control*, 9(Suppl 3), iii72-iii74.
- Stewart, M. J., Brosky, G., Gillis, A., Jackson, S., Johnston, G., Kirkland, S. K., Leigh, G., Pawliw-Fry, B. A., Persaud, V. et Rootman, I. (1996). Priority women and smoking. *Canadian Journal of Public Health*, 87, 257-260.
- Stewart, M. J., Gillis, A., Brosky, G., Johnston, G., Kirkland, S. K., Leigh, G., Persaud, V., Rootman, I., Jackson, S. et Pawliw-Fry, B. A. (1996). Smoking among disadvantaged women: Causes and cessation. *Canadian Journal of Nursing Research*, 28, 41-60.
- Stotts, A. L., C, D. C., Carbonari, J. P. et Mullen, P. D. (1996). Pregnancy smoking cessation: a case of mistaken identity. *Addictive Behaviors*, 21(4), 459-471.
- Stotts, A. L., DiClemente, C. C., Carbonari, J. P. et Mullen, P. D. (2000). Postpartum return to smoking: Staging a "suspended" behavior. *Health Psychology*, 19, 324-332.
- Stotts, A. L., DiClemente, C. C. et Mullen, P. D. (2002). One-to-one: A motivational intervention for resistant pregnant smokers. *Addictive Behaviors*, 27, 275-292.
- Stout, A. E. (1997). Prenatal care for low-income women and the health belief model: A new beginning. *Journal of Community Health Nursing*, 14, 169-180.
- Tappin, D. M., Ford, R. P., Nelson, K. P. et Wild, C. J. (1996). Prevalence of smoking in early pregnancy by census area, measured by anonymous cotinine testing of residual antenatal blood samples. *New Zealand Medical Journal*, 109, 101-103.
- Tappin, D. M., Lumsden, M.-A., McIntyre, D., McKay, C., Gilmour, W. H., Webber, R., Cowan, S., Crawford, F. et Currie, F. (2000). A pilot study to establish a randomized trial methodology to test the efficacy of a behavioural intervention. *Health-Education-Research*, 15(4), 491-502.

- Thue, E., Schei, S. et Jacobsen, G. (1995). Psychosocial factors and heavy smoking during pregnancy among parous Scandinavian women. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 13, 182-187.
- Trudeau, D. L., Isenhardt, C. et Silversmith, D. (1995). Efficacy of smoking cessation strategies in a treatment program. *Journal of Addictive Diseases*, 14(1), 109-116.
- US Department of Health and Human Services. (2001). *Women and smoking: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General.
- Valbo, A. et Nylander, G. (1994). Smoking cessation in pregnancy. Intervention among heavy smokers. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 73(3), 215-219.
- Valbo, A. et Schioldborg, P. (1991). Smoking cessation in pregnancy. Mode of intervention and effect.[see comments.]. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 70(4-5), 309-313.
- Valbo, A. et Schioldborg, P. (1994). Smoking cessation in pregnancy: The effect of self-help manuals. *Journal of Maternal-Fetal Investigation*, 4, 167-170.
- van Wersch, J. W. J., Jassens, Y. et Zandvoort, J. A. (2002). Folic acid, vitamin, B12, and homocysteine in smoking and non-smoking pregnant women. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 103, 18-21.
- Van't Hof, S. M., Wall, M. A., Dowler, D. W. et Stark, M. J. (2000). Randomised controlled trial of a postpartum relapse prevention intervention. *Tobacco Control*, 9(Suppl 3), iii64-iii66.
- Wakefield, M., Ried, 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, 657-664.
- Wakefield, M. A. et Jones, W. R. (1991). Cognitive and social influences on smoking behaviour during pregnancy. *Australian New Zealand Journal of Obstetric and Gynecology*, 31, 235-239.
- Wall, M. A. et Severson, H. H. (1995). Pediatric office-based smoking intervention: Impact on maternal smoking and relapse. *Pediatrics*, 96(4), 622-629.
- Waller, C., Zollinger, T., Saywell, R. J. et Kubisty, K. (1996). The Indiana Prenatal Substance Use Prevention Program: its impact on smoking cessation among high-risk pregnant women. *Indiana Medicine*, 89(2), 184-187.
- Walsh, R. A., Redman, S., Brinsmead, M. W., Byrne, J. M. et Melmeth, A. (1997). A smoking cessation program at a public antenatal clinic. *American Journal of Public Health*, 87(7), 1201-1204.
- Wang, X., Zuckerman, B., Pearson, C., Kaufman, G., Chen, C., Wang, G., Niu, T., Wise, P. H., Bauchner, H. et Xu, X. (2002). Maternal cigarette smoking, metabolic gene polymorphism, and infant birth weight. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 287(2), 195-202.
- Warner, K. E. (2002). Tobacco harm reduction: Promise and perils. *Nicotine and Tobacco Research*, 4(Suppl 2), S61-S71.
- Waterson, E. J., Evans, C. et Murray-Lyon, I. M. (1990). Is pregnancy a time of changing drinking and smoking patterns for fathers as well as mothers? An initial investigation. *British Journal of Addiction*, 85(3), 389-396.
- White, H. R., Pandina, R. J. et Chen, P.-H. (2002). Developmental trajectories of cigarette use from early adolescence into young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 167-178.

- Wiemann, C. M., Berenson, A. B. et San Miguel, V. V. (1994). Tobacco, alcohol and illicit drug use among pregnant women: Age and racial/ethnic differences. *Journal of Reproductive Medicine*, 39, 769-776.
- Williams, K. (nd). *Tradition and tobacco: The cost of tobacco on Aboriginal life*. Aboriginal Multi-Media Society. Retrieved March 14, 2003, from the World Wide Web: <http://www.ammsa.com/classroom/CLASS4tobacco.html>
- Windsor, R., Lowe, J., Artz, L. et Contreras, L. (1990). Smoking cessation and pregnancy intervention trial: preliminary mid-trial results. *Progress in Clinical & Biological Research*, 339, 107-117.
- Windsor, R. A., Boyd, N. R. et Orleans, C. T. (1998). A meta-evaluation of smoking cessation intervention research among pregnant women: Improving the science and art. *Health-Education-Research*, 13(3), 419-438.
- Windsor, R. A., Cutter, G., Morris, J., Reese, Y., Manzella, B., Bartlett, E. E., Samuelson, C. et Spanos, D. (1985). The effectiveness of smoking cessation methods for smokers in public health maternity clinics: a randomized trial. *American Journal of Public Health*, 75(12), 1389-1392.
- Windsor, R. A., Lowe, J. B., Perkins, L. L., Smith-Yoder, D., Artz, L., Crawford, M., Amburgy, K. et Boyd Jr, N. R. (1993). Health education for pregnant smokers: Its behavioral impact and cost benefit. *American Journal of Public Health*, 83(2), 201-206.
- Windsor, R. A., Woodby, L. L., Miller, T. M., Hardin, J. M., Crawford, M. A. et DiClemente, C. C. (2000). Effectiveness of agency for health care policy and research clinical practice guidelines and patient education methods for pregnant smokers in Medicaid maternity care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182, 68-75.
- Wisborg, K., Henriksen, T. B., Jespersen, L. B. et Secher, N. J. (2000). Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. *Obstetrics and Gynecology*, 96(6), 967-971.
- Woodby, L. L., Windsor, R. A., Snyder, S. W., Kohler, C. L. et DiClemente, C. C. (1999). Predictors of smoking cessation during pregnancy. *Addiction*, 94, 283-292.
- Wright, L. M., Bell, J. M. et Rock, B. L. (1989). Smoking behavior and spouses: a case report. *Family Systems Medicine*, 7(1), 158-171.
- Wright, L. M. et Leahey, M. (2001). *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention*. Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Wright, L. N., Thorp, J. M. J., Kuller, J. A., Shrewsbury, R. P., Ananth, C. et Hartmann, K. (1997). Transdermal nicotine replacement in pregnancy: maternal pharmacokinetics and fetal effects. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176(5), 1090-1094.

8 Annexes

8a. Annexe A : Préparation du maintien de l'abstinence tabagique après l'accouchement

Détermination (à la 28^e semaine de la grossesse) de la probabilité du maintien de l'abstinence tabagique après l'accouchement :

1. En ce moment, lequel des énoncés suivants décrit le mieux l'objectif que vous visez à l'égard de l'usage du tabac après votre grossesse?
1) vous abstenir de fumer, 2) limiter les lieux et les occasions où vous vous autoriserez à fumer, 3) recommencer à fumer, 4) votre objectif n'est pas encore très précis pour l'instant.
2. Quelles sont les probabilités que vous recommenciez à fumer dans les six mois qui suivent la naissance du bébé? 1) très forte probabilité, 2) forte probabilité, 3) probabilité assez grande, 4) probabilité très faible, 5) aucune probabilité.
3. Depuis votre dernière consultation prénatale, avez-vous touché à une cigarette (ne serait-ce qu'une bouffée)? 1) oui, 2) non

Tiré de : Stotts et al. (2000). Postpartum return to smoking: Staging a "suspended" behavior. *Health Psychology*, 19, 324–32.

8b. Annexe B : Tableau des études incluses dans l'examen

Tableau 8.1 Études incluses dans l'examen (publiées ou réalisées après 1990)

Auteur/Année Score attribué à l'étude	Pays	N ^{échantillon}	Population étudiée (femmes enceintes, ...)	Moment de l'intervention	Séances/suivi	Intervenant	Éléments de l'intervention	Évaluation finale	Résultats *stat sig	
									Renoncement	Réduction
Buchanan, 2002 CT-B Score=1	É.-U.	T=20 C=28	Population générale—cliente des HMO	~4,6 mois de grossesse	8	Infirmière de pratique avancée, médecin, infirmière	Information, infor- mation personal- isée, counseling	2 semaines après l'accouchement	T=80 % C=61 %	
Burling et coll., 1991 RCT-B Score=4	É.-U.	T=70 C=69	Classe ouvrière, stable, pauvre, vivant en milieu urbain; presque la moitié d'origine afro-américaine	~ 24 semaines de grossesse	1	Infirmière	Information; infor- mation personal- isée.	~34 semaines de grossesse	T=13,0 % C=5,7 %	
Cinciripini et coll., 2000 RCT-B Score=3	É.-U.	T=42 C=40	Femmes recrutées dans la collectivité	~15 semaines de grossesse	6 séances fondées sur l'initiative personnelle/suivi téléphonique initia- tive personnelle	Initiative personnelle	Information; infor- mation personal- isée	1 mois après l'accouchement	T=7 % C=5 %	
Donatelle et coll., 2000 RCT-A Score=6	É.-U.	T=112 C=108	Clientèle des centres WIC (à faible revenu)	~ 16,5 semaines de grossesse	1, plus 9 consulta- tions mensuelles de suivi	« membre du personnel formé (WIC ou SOS) »	Information; infor- mation personal- isée (Guide de Windsor); soutien social (jumelage); incitatifs	~2 mois après l'accouchement	T=21 %* C=6 %*	
Dunphy, 2000 RCT-B Score=2 POST-PARTUM	É.-U.	T=30 C=32	81 % d'Afro- américaines	Accouchement	1	Infirmière	Information; coun- seling; incitatif.	4-8 semaines après l'accouchement	T+C=31 % ont maintenu l'abstinence	
Ershoff et coll., 1989; Ershoff et coll., 1990; Mullen et coll., 1990 RCT-A Score=5	É.-U.	T=126 C=116	~26 % de Noires; 64 % de Blanches; 10 % issues d'autres groupes ethniques	À la 18 ^e semaine de la grossesse ou avant	1, plus 8 guides hebdomadaires auto-administrés	Éducateur en matière de santé; auto-administration	Information; information personnalisée (<i>Ershoff Guide</i>).	Accouchement 6 mois après l'accouchement	T=22,2 %* C=8,6 %* Celles qui ont cessé de fumer et qui ont maintenu l'abstinence : T=33,3 % C=42,8 %	

Tableau 8.1 Études incluses dans l'examen (publiées ou réalisées après 1990) (suite)

Auteur/Année Score attribué à l'étude	Pays	N ^{échantillon}	Population étudiée (femmes enceintes, ...)	Moment de l'intervention	Séances/suivi	Intervenant	Éléments de l'intervention	Évaluation finale	Résultats *stat sig	
									Renoncement	Réduction
Erschoff et coll., 1995; Mullen et coll., 1990 RCT-B Score=4	É.-U.	T=87 C=84	Fumeuses ayant arrêté de fumer avant la grossesse	À la 18 ^e semaine de la grossesse ou avant	1, plus 8 guides hebdomadaires auto-administrés	Éducateur en matière de santé; auto-administration	Information; information personnalisée (<i>Guide d'Ershoff</i>)	6 mois après l'accouchement	T=38,3 % C=36,4 %	
Erschoff et coll., 1999 RCT-B Score=2	É.-U.	T ₁ =111 T ₂ =120 T ₃ =101	De 15 à 20 % d'Afro-américaines; 15-20 % d'Hispaniques; le reste, de race blanche. Âge moyen ≈ 30 ans	Surtout au cours du premier trimestre	T ₁ =1/aucun T ₂ =1/aucun T ₃ =1/4-6 suivis téléphoniques hebdomadaires	T ₁ =initiative personnelle T ₂ =spécialiste de l'éducation sanitaire T ₃ =infirmière	T ₁ =information personnalisée T ₂ =information personnalisée T ₃ =information personnalisée; counseling.	34 semaines de grossesse	T ₁ =22,5 % T ₂ =16,7 % T ₃ =20,8 %	
Ford et coll., 2001 QUASI-B Score=1	Nouvelle- Zélande	T=209	21,6 % des partici- pantes intéressées (pas toutes inscrites) étaient d'origine maori	Variable	De 1 à 14, jusqu'à 6 mois après l'accouchement	Éducateur en matière de santé	Information person- nalisée; counseling	6 mois après l'accouchement	T=3,3 % (de celles qui ont suivi au moins 4 séances)	
Gebauer et coll., 1998 CT-B Score=4	É.-U.	T=84 C=94	Environ ~45 % d'Afro-américaines, « catégorie socio- économique inférieure »	~17 semaines	1/entretien télé- phonique 7-10 jours plus tard	Infirmière; auto- administration	Information person- nalisée (<i>Guide de Windsor</i>); counsel- ling; 4A <i>approach</i> (interroger, con- seiller, aider prévoir un suivi)	~24-30 semaines	T=15,5 %* C=0 %*	
Gielen et coll., 1997 RCT-A	É.-U.	T=193 C=198	~85 % d'Afro- américaines, à faible revenu (parmi celles sur lesquelles il existait des données de suivi)	~28 semaines	1/reforcement lors des consultations subséquentes	Pair, conseillère en santé; médecin; infirmière; auto- administration	Information person- nalisée (<i>Guide de Windsor</i>), counsel- ling; soutien social (pair).	Accouchement (Données sur le post- partum disponibles pour quelques femmes)	T=6,2 % C=5,6 %	
Gillies et coll., 1990 CT-B Score=2	R.-U.	T=474 C=407	Population générale; ~75 % ayant un travail « manuel »	Variable	3 séances de counseling	Chercheur	Information; coun- selling; information biologique person- nalisée (facultatif)	6 mois après l'accouchement	T=22 %* C=11 %*	

Auteur/Année Score attribué à l'étude	Pays	N ^{échantillon}	Population étudiée (femmes enceintes, ...)	Moment de l'intervention	Séances/suivi	Intervenant	Éléments de l'intervention	Évaluation finale	Résultats *stat sig	
									Renoncement	Réduction
Haddow et coll., 1991 RCT-B Score=3 NE REND PAS COMPTE ENTIÈREMENT DES EFFETS SUR LE TABAGISME	É.-U.	T=1423 C=1425	Femmes fumant plus de 10 ciga- rettes par jour, beaucoup étant à faible revenu	Variable	1/1, un mois plus tard	Médecin	Information person- nalisée; information biologique person- nalisée	Un mois après la pre- mière consultation	T=15,8 % C=non précisé	T=17,5 % ont réduit la consom- mation de 50 %
Hájek et coll., 2001 RCT-B Score=4 RECHUTE	R.-U.	Cas de renoncement spontané: T=114 C=135 Fumeuses au départ : T=431 C=440	Population générale	~12 semaines	1/renforcement lors des consultations prénatales sub- séquentes	Sage-femme; auto- administration	Information; infor- mation personnal- isée; counseling; information biologique personnalisée	6 mois après l'accouchement	Maintien de l'abstinence – cas de renonce- ment spontané: T=23 % C=25 % Fumeuses au début de l'intervention T=3 % C=3 %	
Hartmann et coll., 1996 RCT-B Score=4	É.-U.	T=107 C=100	~45 % n'avaient pas terminé leurs études secondaires; ~25 % d'Afro- américaines	~1,4,6 semaines	Non précisé	Médecin; conseiller/ conseillère bénévole; auto- administration	Information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>); counseling	Non précisé (dernière consultation prénatale)	T=20 %* C=10 %*	
Haug et coll., 1994 RCT-B Score=3	Norvège	T=252 C=98	Population générale	Variable	1/5 entre 1 et 18 mois après l'intervention	Médecin	Information; information personnalisée	18 mois après l'intervention	T=6 %* C=0 %* (maintien de l'abstinence pendant 15 mois)	Aucune différence entre les deux groupes
Hjalmarson et coll., 1991 RCT-A Score=6	Suède	T=492 C=231	Population générale	« première consul- tation »—avant 12 semaines	1	Obstétricien; sage-femme; auto- administration	Information; information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>)	8 semaines après l'accouchement	T=10,4 %* C=5,2 %*	

Tableau 8.1 Études incluses dans l'examen (publiées ou réalisées après 1990) (suite)

Auteur/Année Score attribué à l'étude	Pays	N _{échantillon}	Population étudiée (femmes enceintes, ...)	Moment de l'intervention	Séances/suivi	Intervenant	Éléments de l'intervention	Évaluation finale	Résultats *stat sig	
									Renoncement	Réduction
Hughes et coll., 2000 RCT-B Score=4	Canada	T=56 C=54	Femmes enceintes et femmes infertiles	Environ 20 semaines de grossesse	1/suivi tout au cours de la grossesse	Non précisé	Information person- nalisée Guide « Une étape à la fois »; information biologique personnalisée	12 mois après la consultation initiale	Aucun change- ment dans les taux de renon- cement chez les femmes enceintes des groupes expérimental et témoin	
Jaakkola et coll., 2001 CT-B Score=2	Finlande	T=306 C=152	Femmes qui fument pendant la grossesse et le post-partum	1 ^{re} consultation prénatale (stade de la grossesse non précisé)	Au cours des consultations pré- natales courantes	Infirmière en santé publique	Information; counseling	Accouchement	T=19,0 %* C=14,5 %*	Taux de réduction moyen analogue
Johnson et coll., 2000/ Rathner et coll., 2000 RCT-B Score=3 POST-PARTUM	Canada	T=125 C=126	Population générale	Accouchement	1/8 séances téléphoniques et 1 entretien au 6 ^e mois	Infirmière	Information; infor- mation personal- isée; counseling	12 mois après l'accouchement	T=21,0 % C=18,5 %	Taux de consom- mation quotidi- enne analogue
Kapur et coll., 2001 RCT-B Score=4	Canada	T=17 C=13	Grandes fumeuses	~17 semaines de grossesse	1/3, plus des appels téléphoniques hebdomadaires	Non précisé/ (chercheur- médecin, pour les appels)	Counseling; produit pharmacologique (le groupe témoin a bénéficié de coun- seling et de soins courants)	Stade de la grossesse non précisé (8 semaines après le début du traitement)	Non précisé	
Kendrick et coll., 1995a, 1995b RCT-B Score=1	É.-U.	T=2508 C=3064	Surtout des femmes de race blanche; 42 % n'avaient pas terminé leurs études secondaires; 33,5 % touchaient <\$500/mois	environ 18-20 semaines de grossesse	1/aucun	Médecin; infirmière; auto-administration	Information; counseling	12 semaines après l'accouchement	T=6,1 % C=5,9 %	

Tableau 8.1

Études incluses dans l'examen (publiées ou réalisées après 1990) (suite)

Auteur/Année Score attribué à l'étude	Pays	N _{échantillon}	Population étudiée (femmes enceintes, ...)	Moment de l'intervention	Séances/suivi	Intervenant	Éléments de l'intervention	Évaluation finale	Résultats *stat sig	
									Renoncement	Réduction
Ker et coll., 1996 CT-B Score=1	É.-U.	T=14 C=8	14 % d'Afro-américaines, 21 % d'Hispaniques; femmes qui fument pendant la grossesse et le post-partum et inscrites à un programme de traitement de la chimio-dépendance	Variable	Quotidienne/toute la durée du séjour au centre de traitement	Infirmière	Information; information biologique personnalisée	Au moins 61 jours après le début	Non précisé	Les concentrations d'oxyde de carbone dans le groupe expérimental est tombé presque au niveau observé chez les non-fumeuses
Lilington et coll., 1995 RCT-B Score=2	É.-U.	T=155 C=400	53 % d'Afro-américaines; 43 % d'Hispaniques; « à faible revenu » — clientèle des centres WIC	Variable	1/carte postale envoyée après 1 mois	Bilingue éducateur en matière de santé	Information personnalisée; counseling; incitatifs	6 semaines après l'accouchement	T _{Noires} =26,6 %* C _{Noires} =8,5 %* T _{Hisp.} =20,0 % C _{Hisp.} =16,6 %	
Lowe et coll., 1997 RCT-A Score=5 CAS DE RENONCEMENT SPONTANÉ	Australie	T=52 C=54	Population générale; femmes ayant cessé de fumer dans les trois mois précédant la grossesse	Première consultation prénatale	1/renforcement aux consultations subséquentes	Éducateur en matière de santé; infirmière; médecin	Soutien social; counseling	Fin de la grossesse	Maintien de l'abstinence : T=80 % C=76 %	
Mayer et coll., 1990 RCT-B Score=3	É.-U.	T ₁ =72 T ₂ =70 C=77	Clientèle des centres WIC; ~80 bénéficiaires du programme Medicaid	Variable	1	Éducateur en matière de santé	T ₁ =information personnalisée (Guide de Windsor); counseling T ₂ =information; counseling	Environ 4,7 semaines après l'accouchement	T ₁ =6,9 %* T ₂ =7,1 %* C=0 %*	
McBride et coll., 1999 RCT-B Score=3 RECHUTE	É.-U.	T ₁ =297 T ₂ =294 T ₃ =306	« Surtout des femmes de race blanche, mariées et très instruites », ayant cessé de fumer pendant la grossesse	Variable (moins de 20 semaines de grossesse)	Variable	Conseillers ou conseillères formés; auto-administration	T ₁ =information personnalisée T ₂ =information personnalisée; counseling T ₃ =information personnalisée; counseling (plus long)	12 mois après l'accouchement	Maintien de l'abstinence: T ₁ =42 % T ₂ =42 % T ₃ =43 %	

Tableau 8.1 Études incluses dans l'examen (publiées ou réalisées après 1990) (suite)

Auteur/Année Score attribué à l'étude	Pays	N ^{échantillon}	Population étudiée (femmes enceintes, ...)	Moment de l'intervention	Séances/suivi	Intervenant	Éléments de l'intervention	Évaluation finale	Résultats *stat sig	
									Renoncement	Réduction
Moore et coll., 2002 CT-B Score=3	R.-U.	T=724 C=803	Population générale	11,8 semaines	1/aucun	Sage-femme; auto- administration	Information person- nalisée (fondée sur les <i>Guides d'Ershoff et de Windsor</i>)	Fin du 2 ^e trimestre	T=18,8 % C=20,7 %	
Neil-Urban et coll., 2002 QUASI-B Score=2	É.-U.	T=22	Population générale	Avant 20 semaines de grossesse	2/appels téléphoniques mensuels jusqu'à la fin de la grossesse	Étudiants en sciences infirmières	Information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>); counseling	6 mois après l'intervention	T=18 %	T=40 %
O'Connor et coll., 1992 RCT-A Score=5	Canada	T=115 C=109	Femmes d'origines ethniques diverses, à faible revenu	~14 semaines de grossesse	1/appel de suivi	Infirmière en santé publique	Information; information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>)	6 semaines après l'accouchement	T=13,8 %* C=5,2 %*	
Paniari et coll., 1999 RCT-B Score=2	Australie	T=476 C=537	Population générale	Avant 20 semaines de grossesse	1/3 entre 16 et 28 semaines de grossesse	Sage-femme formée	Information; info- mation person- nalisée; counseling	« Stade avancé de la grossesse »	T=11,9 % C=9,8 %	
Petersen et coll., 1992 RCT-B Score=1	É.-U.	T ₁ =71 T ₂ =75 C=78	Surtout des femmes de race blanche; population générale	Variable	T ₁ =1/aucun T ₂ =1/lettres au 8 ^e mois de la grossesse et 1 mois après l'accouchement	Auto-administration; obstétriciens; infir- mières praticiennes	T ₁ =information; information person- nalisée T ₂ =information; information person- nalisée (+suivi)	8 semaines après l'accouchement	Fumeuses de référence : T ₁ =29,0 % T ₂ =35,6 % Traitement* C=9,7 %* Cas de renon- cement spon- tané : T ₁ =61,3 % T ₂ =79,3 % Traitement* C=57,1*	
Rush et coll., 1992 RCT-B Score=2	R.-U.	T=175 C=144	Population générale	~15 semaines de grossesse	2/bref counseling jusqu'à 1 mois avant l'accouche- ment	Psychologue	Counseling	Accouchement	T=10,6 % C=4,7 %	

Auteur/Année Score attribué à l'étude	Pays	N ^{échantillon}	Population étudiée (femmes enceintes, ...)	Moment de l'intervention	Séances/suivi	Intervenant	Éléments de l'intervention	Évaluation finale	Résultats *stat sig	
									Renoncement	Réduction
Schroeder et coll., 2002 QUASI-A Score=5	É.-U.	T=21	Grandes fumeuses (20 cigarettes par jour au cours du 3 ^e trimestre)	3 ^e trimestre	4 jours à l'hôpital/ 8 séances hebdo- madaires par la suite	Timbre : non précisé; « conseiller ou conseillère »	Produit pharma- cologique; counseling	1 année après l'intervention	T=10 %	
Scott et McIvain, 2000 RCT-B Score=4	É.-U.	T=114 C=119	Clientèle des centres WIC; surtout de race blanche	~14 semaines	2	Auto-administration	Information personnalisée	Accouchement	T=10,1 % C=4 %	
Secker-Walker et coll., 1994 RCT-B Score=3	É.-U.	T=300 C=300	Population générale	~13 semaines	5 (y compris pendant le post-partum)	Infirmière- sage-femme	Information person- nalisée; counseling.	54 mois après l'accouchement	T=10,8 % C=9,7 %	
Secker-Walker et coll., 1995 RCT-B Score=3 CAS DE RENONCEMENT SPONTANÉ	É.-U.	T=68 C=65	Population générale	~13 semaines	5 (y compris pendant le post-partum)	Infirmière- sage-femme	Information person- nalisée; counseling	54 mois après l'accouchement	Maintien de l'abstinence : T=50,9 % C=50,0 %	
Secker-Walker et coll., 1992, 1998a; Solomon et coll., 1996 Score=3	É.-U.	T=135 C=141	~70 % de bénéfici- aires du programme Medicaid	~15 semaines	5 (y compris pendant le post-partum)	Infirmière; infirmière- sage-femme	Information person- nalisée; counseling	1 an après l'accouchement	T=21 % C=12 %	
Secker-Walker et coll., 1997 RCT-B Score=4	É.-U.	T=30 C=30	Femmes de race blanche, instruites	À la 1 ^{re} consultation prénatale	5	Infirmière- sage-femme	Information person- nalisée; counseling	36 semaines de grossesse	T=20 %* C=0 %*	
Secker-Walker et coll., 1998b RCT-B Score=4 CAS DE RENONCEMENT SPONTANÉ	É.-U.	T=44 C=48	~65 % de bénéfici- aires du programme Medicaid	~16 semaines	5 (y compris pendant le post-partum)	Infirmière; infirmière- sage-femme	Information person- nalisée; counseling	1 année après l'accouchement	Maintien de l'abstinence : T=68 % C=78 %	

Tableau 8.1 Études incluses dans l'examen (publiées ou réalisées après 1990) (suite)

Auteur/Année Score attribué à l'étude	Pays	N _{échantillon}	Population étudiée (femmes enceintes, ...)	Moment de l'intervention	Séances/suivi	Intervenant	Éléments de l'intervention	Évaluation finale	Résultats *stat sig	
									Renoncement	Réduction
Shakespeare, 1990 RCT-B Score=1	R.-U.	T=157 C=150	Population non définie	Avant 17 semaines de grossesse	1/1, 3-4 semaines après le début de l'intervention	Sage-femme	Information	34 semaines de grossesse	Renoncement et réduction (ensemble) : T=48,4 %* C=28,7 %*	
Solomon et coll., 2000 RCT-A Score=5	É.-U.	T=77 C=74	~75 % de bénéficiaires du programme Medicaid; ~95 % de femmes de race blanche, n'ayant pas terminé leurs études secondaires	~11 semaines	3/appels téléphoniques hebdomadaires dans le cas de celles qui ont cessé de fumer	Médecin; sage-femme; pair	Counseling	Accouchement	T=18,2 % C=14,9 %	
Stotts et coll., 2002 RCT-B Score=1	É.-U.	T=134 C=135	Surtout des femmes de race blanche qui fument encore à la 28 ^e semaine—« réticentes »	28 semaines	1/2 appels téléphoniques, 5 bulletins et 1 vidéo	Professionnel et infirmières spécialisées de éducateur en matière de santé	Information personnalisée; counseling	6 mois après l'accouchement	Aucune différence significative	
Strecher et coll., 2000 RCT-B Score=3	É.-U.	T=88 C=85	Population générale	~17 semaines de grossesse	1/consultations prénatales subséquentes	Auto-administration	C= information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>) T=information personnalisée (guides produits par ordinateur)	3 mois après l'accouchement	T=9,6 % C=9, 2 %	
Tappin et coll., 2000 RCT-A Score=5	R.-U.	T=50 C=50	Population générale	~14 semaines de grossesse	4/1	Sage-femme	Information; counseling	Stade avancé de la grossesse	T=4 % C=8 %	T=6 % C=10 %
Valanis et coll., 2001 CT-B Score=1	É.-U.	T=2055 C=1028	Population générale	1 ^{re} consultation prénatale	À chaque consultation prénatale	Infirmière	Information; information personnalisée; soutien social (lettre destinée au partenaire) counseling	1 année après l'accouchement	T=38,8 % C=28,9 %	
Valbo et Scholdborg, 1991 CT-B Score=4	Norvège	T ₁ =50 T ₂ =50 T ₃ =50 C=50	Population générale	~18 semaines de grossesse	T ₁ =6 T ₂ =1 T ₃ =1-envoi postal	T ₁ =psychologue T ₂ =médecin	T ₁ =counseling (en groupe) T ₂ = information (verbale) T ₃ =information (imprimée)	12 mois après l'intervention	T ₁ =16 %* T ₂ =6 % T ₃ =8 % C=6 % *	

Tableau 8.1

Études incluses dans l'examen (publiées ou réalisées après 1990) (suite)

Auteur/Année Score attribué à l'étude	Pays	N _{échantillon}	Population étudiée (femmes enceintes, ...)	Moment de l'intervention	Séances/suivi	Intervenant	Éléments de l'intervention	Évaluation finale	Résultats *stat sig	
									Renoncement	Réduction
Valbo et Schjoldborg, 1994 RCT-B Score=3	Norvège	T ₁ =98 T ₂ =101 C=101	Population générale	~18 semaines de grossesse	1/aucun	Sage-femme	T ₁ =information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>) T ₂ =information personnalisée (brochure de la Société norvégienne du cancer)	Accouchement	T ₁ =12 %* T ₂ =5 %* C=3 %*	T ₁ = plus de cas de réduction que dans les autres groupes*
Valbo et Nylander, 1994 RCT-B Score=2	Norvège	T=54 C=50	Grandes fumeuses (fument encore 10 cigarettes et plus par jour à la 18 ^e semaine de la grossesse)	~18 semaines de grossesse	1/2 lettres envoyées par la poste	Obstétricien/ sage-femme	T=information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>)	Accouchement	T=20 %* C=4 %*	
Valbo et coll., 1996 RCT-B Score=3	Norvège	T=52 C=78	Population générale	~20 semaines de grossesse	2	Anesthésiologiste; hypnotiseur	Autre (hypnose)	Accouchement	T,C=8 %	
Van't Hof et coll., 2000 RCT-B Score=2 POST-PARTUM RECHUTE	É.-U.	T=141 C=146	Surtout des femmes de race blanche	Séjour à l'hôpital après l'accouchement	1/3	Infirmière; pédiatre	Counseling	6 mois après l'accouchement	Maintien de l'abstinence : T=58 % C=62 %	
Wakefield, 1998 CT-B Score=3	Australie	T=110 C=110	Environ la moitié avaient une « situation professionnelle privilegiée »	~11 semaines de grossesse	1/1	Infirmière	Information; soutien social (information axée sur le partenaire); infor- mation biologique personnalisée	6 mois après l'accouchement	T=4,3 % C=3,8 %	
Walsh et coll., 1997 RCT-A Score=5	Australie	T=127 C=125	Population générale	Avant 32 semaines de grossesse	1/lettre envoyée par courrier, 1 séance de consultation	Médecin; sage-femme; auto- administration	Information; infor- mation personnal- isée; soutien social; counseling; incitatifs	6-12 semaines après l'accouchement	T=6 %* C=1 %*	

Tableau 8.1 Études incluses dans l'examen (publiées ou réalisées après 1990) (suite)

Auteur/Année Score attribué à l'étude	Pays	N _{échantillon}	Population étudiée (femmes enceintes, ...)	Moment de l'intervention	Séances/suivi	Intervenant	Éléments de l'intervention	Évaluation finale	Résultats *stat sig	
									Renoncement	Réduction
Windsor et coll., 1993, 1997; Anonyme, 1990 RCT-B Score=4	É.-U.	T=400 C=414	Environ la moitié étaient des Afro- américaines; 14-40 ans	~4 mois de grossesse	1/au cours des consultations prénatales	Conseiller ou con- seillère; infirmière	Information; information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>)	« Fin de la grossesse »	Patientes de race noire : T=18,1 %* C=10,7 %* Patientes de race blanche : T=10,0 %* C=5,2 %*	Patientes de race noire: T=12,9 %* C=11,6 %* Patientes de race blanche : T=21,1 %* C=13,4 %*
Windsor et coll., 2000 RCT-A Score=5	É.-U.	T=139 C=126	Bénéficiaires du programme Medicaid	2-3 mois de grossesse	1/consultations prénatales sub- séquentes	Infirmière; spécial- istes de l'éducation des patients et professionnels spécialisés en soins cliniques	Information; information personnalisée (<i>Guide de Windsor</i>); counseling	60 jours après l'intervention	T=17,3 %* C=8,8 %*	T=21,7 % C=15,8 %
Wisborg et coll., 1998 CT-B Score=2	Danemark	T=527 C=2629	Population générale	14-16 semaines de grossesse	1	Sage-femme	Information; coun- selling; incitatif	30 semaines de grossesse	T,C=2 %	
Wisborg et coll., 2000 RCT-B Score=2	Danemark	T=124 C=126	Grandes fumeuses	1 ^{re} consultation pré- natale	1/3	Sage-femme	Information; counseling; produit pharmaco-logique	1 année après l'accouchement	T=15 % C=14 %	
Wright et coll., 1996 QUASI-B Score=2	É.-U.	T=3291	Population générale	Non précisé	Non précisée	Infirmière/Médecin/ travailleuse sociale (variable)	Information person- nalisée (<i>Guide de Windsor</i>)	Dernière consultation prénatale	T= (de 0 % à 45 % par centre)	

8c. Annexe C : Tableau des études éliminées de l'examen

Tableau 8.2 Interventions éliminées de l'examen (études publiées après 1990)

Auteur/Année Score attribué à l'étude	Pays	N ^{échantillon}	Population étudiée	Moment de l'intervention	Séances	Intervenant	Éléments de l'intervention	Évaluation finale	Résultats *stat sig	
									Renoncement	Réduction
Albrecht et coll., 1998 Score=0	É.-U.	T ₁ =26 T ₂ =29 C=29	Adolescentes enceintes	(4-28 semaines)	8	Infirmière, groupe de soutien par des pairs	Information; info- mation personnal- isée, counseling; incitatifs.	8 semaines après l'accouchement	T ₁ =30 %; T ₂ +C=16 %	T ₁ = 4 de moins par jour
Browne et coll., 1999 (<i>Smoke Free Journey</i>)	Canada	T=57	Population défa- vorisée sur le plan socio-économique; ~35 % d'Autochtones	Variable	Non précisé	Conseillers ou con- seillères formés	Information; counseling	34 semaines de grossesse	T=50 % (des 28 % qui ont terminé l'étape du suivi)	
Bullock et coll., 1995 Score=0	Nouvelle- Zélande	T=59 C=63	Environ 10 % d'o- rigine maori; 2 % originaires des îles du Pacifique	(moins de 20 semaines)	24	Bénévoles formés	Soutien social (appels hebdo- madaires d'un bénévoles)	34 semaines de grossesse	Diminution du nombre de fumeuses T=4 % C=8 %	S/O
Campion et coll., 1994 Score=0	R.-U.	Avant=607 Après=625	Toutes	Variable	3 annonces diffusées pendant 10 jours	Médias	Information	Variable	Non précisé	S/O
Dunkley, 1997 Score=0	Non précisé (peut-être R.-U.)	T=48 C=46	Non définie	11-18 semaines	Non précisé	Sage-femme	Non précisé	1 an après l'accouchement	Aucune dif- férence entre les groupes	T= réduction plus importante que dans le groupe C
LeFevre et coll., 1995 Score=-1	É.-U.	T=7812 C=7718	Population générale	18-20 semaines	2/aucun	Technologue en échographie	Information biologique personnalisée	Accouchement	T et C=46 %	
Manfredi et coll., 2000a, 2000b Score=-2	É.-U.	T=1349 C=911	Population générale	Non précisé	1/1 appel téléphonique	Médecins; infirmières; chercheurs (suivi)	Information; information personnalisée	5-8 semaines après l'intervention	T et C=46 %	T=14,5 %* C=6,7 %*
McNeil, 1999 (brochures <i>Stopping When You're Ready</i>) Score=-1	Canada	106	Population générale (Grossesse et post- partum)	Variable	Variable	Surtout des infir- mères en santé publique; variable	Information person- nalisée (brochures : <i>Stopping When You're Ready</i>); counseling	2-4 mois après l'intervention	89 % des clientes ont signalé avoir modifié d'une façon ou d'une autre leur comportement tabagique	

Tableau 8.2 Interventions éliminées de l'examen (études publiées après 1990) (suite)

Auteur/Année Score attribué à l'étude	Pays	N ^{échantillon}	Population étudiée	Moment de l'intervention	Séances	Intervenant	Éléments de l'intervention	Évaluation finale	Résultats *stat sig	
									Renoncement	Réduction
Pletsch, 1999; Pletsch et Morgan, 2002 Score=0	É.-U.	T ₁ =21 C=22	Afro-américaines	Avant 26 semaines de grossesse	2/suivi téléphonique mensuel	Infirmière	Information; infor- mation personnal- isée (<i>Living Smoke Free—Ershoff</i>); counseling; informa- tion biologique per- sonnalisée	Accouchement	T=10 % C=18 %	
Price et coll., 1991 Score=0	É.-U.	T ₁ =71 T ₂ =62 C=70	Population défa- vorisée sur le plan socio-économique	Variable	1/1 un mois après la première séance	T _{1,2} =éducateur en matière de santé C=médecin	T1: information; information person- nalisée; counseling. T2: ALA « <i>Freedom from Smoking for You and Your Baby</i> »; counseling	2-3 semaines avant l'accouchement	T ₁ =8,7 % T ₂ =5,1 % C=4,2 %	T ₁ =48 % T ₂ =38 % C=42 %
Severson et coll., 1997; Wall et coll., 1995 Score=0 POST-PARTUM	É.-U.	T=1682 C=1219	Population générale; surtout de race blanche	~2 semaines après l'accouchement	1/3	Médecin	Information; information personnalisée	1 an après l'accouchement	Abandon au 6e mois chez les fumeuses : T=5,5 % C=4,7 % Maintien de l'abstention chez les non- fumeuses: T=42,9 % C=39,1 %	
Waller et coll., 1996 Score=-1	É.-U.	T=513	Femmes aux prises avec des problèmes de toxicomanie	Non précisé	1/oui-nombre non précisé	Éducateur en matière de santé	Information; counseling	Non précisé	T=54,7 %	T=35,9 %

8d. Annexe D : Bibliographie des interventions axées sur le renoncement au tabac, mentionnées dans des revues spécialisées

- Aaronson, N., Ershoff, D. et Danaher, B. (1985). Smoking cessation in pregnancy: a self-help approach. *Addictive Behaviors*, 10(1), 103-108.
- Albrecht, S., Payne, L., Stone, C. et Reynolds, M. (1998). A preliminary study of the use of peer support in smoking cessation programs for pregnant adolescents. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 10(3), 119-125.
- Anonyme. (1997). Smoking cessation program focuses on pregnant women. *Healthcare Demand & Disease Management*, 3(11), 169-173.
- Bailey, J. W., Loeb, B. K. et Waage, G. (1983). A randomised controlled trial of smoking intervention during pregnancy. *Proceedings of the American Public Health Association 111th Annual Meeting*, 58.
- Baric, L., MacArthur, C. et Sherwood, M. (1976). L'éducation pour la santé et le problème de l'usage du tabac pendant la grossesse : résultats d'une étude. *Revue internationale d'éducation pour la santé*, 19(2 Suppl), 78-79.
- Bauman, K. E., Koch, G. G., Dent, C. W. et Bryan, E. S. (1983). The influence of observing carbon monoxide level on cigarette smoking by public prenatal patients. *American Journal of Public Health*, 73, 1089-1091.
- Belizan, J. M., Villar, J., Victora, C., Farnot, U., Langer, A. et Barros, F. (1995). Impact of health education during pregnancy on behavior and utilization of health resources. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 173, 894-899.
- Browne, A., Shultis, J. et Thio-Watts, M. (1999). Solution-focused approaches to tobacco reduction with disadvantaged prenatal clients. *Journal of Community Health Nursing*, 16(3), 165-177.
- Buchanan, L. (2002). Implementing a smoking program for pregnant women based on current clinical practice guidelines. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(6), 243-250.
- Bullock, L. F., Hornblow, A. R., Duff, G. B. et Wells, J. (1995). Telephone support for pregnant women: outcome in late pregnancy. *New Zealand Medical Journal*, 108, 476-478.
- Bulterys, M., Morgenstern, H., Welty, T. et Kraus, J. (1990). The expected impact of a smoking cessation program for pregnant women on infant mortality among Native Americans. *American Journal of Preventive Medicine*, 6(5), 267-273.
- Burling, T. A., Bigelow, G. E., Robinson, J. C. et Mead, A. M. (1991). Smoking during pregnancy: reduction via objective assessment and directive advice. *Behavior Therapy*, 22, 31-40.
- Campion, P. et Owen, L. (1994). Evaluation of a mass media campaign on smoking and pregnancy. *Addiction*, 89(10), 1245-1255.
- Cinciripini, P., McClure, J., Wetter, D., Perry, J., Blalock, J., Cinciripini, L., Friedman, K. et Skaar, K. (2000). An evaluation of videotaped vignettes for smoking cessation and relapse prevention during pregnancy: the very important pregnant smokers (VIPS) program. *Tobacco Control*, 9(Suppl 3), III61-63.

- Danaher, B., Shisslak, C., Thompson, C. et Ford, J. (1978). A smoking cessation program for pregnant women: an exploratory study. *American Journal of Public Health*, 68(9), 896-898.
- de Weerd, S., Thomas, C. M. G., Cikot, R. J. L. M. et Steegers, E. A. P. (2001). Maternal smoking cessation intervention: Targeting women and their partners before pregnancy. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1733-1734.
- Donatelle, R. J., Prows, S. L., Champeau, D. et Hudson, D. (2000). Randomised controlled trial using social support and financial incentives for high risk pregnant smokers: Significant Other Supporter (SOS) program. *Tobacco Control*, 9(Suppl 3), iii67-iii69.
- Donovan, J. W. (1977). Randomised controlled trial of anti-smoking advice in pregnancy. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 31, 6-12.
- Donovan, J. W. (1996). Randomised controlled trial of anti-smoking advice in pregnancy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50(3), 232-236.
- Donovan, J. W., Burgess, P. L., Hossack, C. M. et Tudkin, G. D. (1975). Routine advice against smoking in pregnancy. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 25, 264-268.
- Dunkley, J. (1997). Training midwives to help pregnant women stop smoking. *Nursing Times*(93).
- Dunphy, P. M. (2000). *Using an empowerment and education intervention to prevent smoking relapse in the early postpartum period*. Unpublished Dissertation, University of Pennsylvania.
- Ershoff, D., Aaronson, N., Danaher, B. et Wasserman, F. (1983). Behavioral, health, and cost outcomes of an HMO-based prenatal health education program. *Public Health Reports*, 98(6), 536-547.
- Ershoff, D., Mullen, P. et Quinn, V. (1989). A randomized trial of a serialized self-help smoking cessation program for pregnant women in an HMO. *American Journal of Public Health*, 79(2), 182-187.
- Ershoff, D., Quinn, V. et Mullen, P. (1995). Relapse prevention among women who stop smoking early in pregnancy: a randomized clinical trial of a self-help intervention. *American Journal of Preventive Medicine*, 11(3), 178-184.
- Ershoff, D., Quinn, V., Mullen, P. et Lairson, D. (1990). Pregnancy and medical cost outcomes of a self-help prenatal smoking cessation program in an HMO. *Public Health Reports*, 105(4), 340-347.
- Ershoff, D. H., Quinn, V. P., Boyd, N. R., Stern, J., Gregory, M. et Wirtschafter, D. (1999). The Kaiser Permanente prenatal smoking cessation trial: When more isn't better, what is enough? *American Journal of Preventive Medicine*, 17(3), 161-168.
- Evans, W. et Ringel, J. (1999). Can higher cigarette taxes improve birth outcomes? *Journal of Public Economics*, 72(1999), 135-154.
- Ford, R., Cowan, S., Schluter, P., Richardson, A. et Wells, J. (2001). SmokeChange for changing smoking in pregnancy. *New Zealand Medical Journal*, 114(1128), 107-110.
- Gebauer, C., Kwo, C., Haynes, E. et Wewers, M. (1998). A nurse-managed smoking cessation intervention during pregnancy. *JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27(1), 47-53.

- Gielen, A. C., Windsor, R., Faden, R. R., O'Campo, P., Repke, J. et Davis, -. M. (1997). Evaluation of a smoking cessation intervention for pregnant women in an urban prenatal clinic. *Health-Education-Research.*, 12(2), 247-254.
- Gillies, P. A., Power, F. L., Turner, I. D. et Madely, R. (1990). *Successful antismoking interventions in pregnancy – behaviour change, “clinical indicators” or both?* Paper presented at the Tobacco and Health 1990: The global war: Proceedings of the 7th World Conference on Tobacco and Health., Perth.
- Glasgow, R. E., Whitlock, E. P., Eakin, E. G. et Lichtenstein, E. (2000). A brief smoking cessation intervention for women in low-income planned parenthood clinics. *American Journal of Public Health*, 90(5), 786-789.
- Gofin, J. et Fox, C. (1990). [A smoking cessation program for pregnant women: minimal input intervention]. [Hebrew]. *Harefuah*, 118(9), 525-527.
- Graham, A. V., Reeb, K. G., Kitson, G. C., Zyzanski, S. J. et Frank, S. H. (1992). A clinical trial to reduce the rate of low birth weight in an inner city black population. *Family Medicine*, 24, 439-446.
- Haddow, J., Knight, G., Kloza, E., Palomaki, G. et Wald, N. (1991). Cotinine-assisted intervention in pregnancy to reduce smoking and low birthweight delivery. [see comments.]. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 98(9), 859-865.
- Haddow, J. E., Palomaki, G. E. et Sepulveda, D. (1995). Letter to the Editor: Smoking cessation counseling during routine public prenatal care. *American Journal of Public Health*, 85(10), 1451-1452.
- Hajek, P., West, R., Lee, A., Foulds, J., Owen, L., Eiser, J. R. et Main, N. (2001). Randomized controlled trial of a midwife-delivered brief smoking cessation intervention in pregnancy. *Addiction*, 96(3), 485-494.
- Hartmann, K. E., Thorp Jr, J. M., Pahel-Short, L. et Koch, M. A. (1996). A randomized controlled trial of smoking cessation intervention in pregnancy in an academic clinic. *Obstetrics and Gynecology*, 84(4), 621-626.
- Haug, K., Fugelli, P., AAaro, L. E. et Foss, O. P. (1994). Is smoking intervention in general practice more successful among pregnant than non-pregnant women? *Family Practice*, 11, 111-116.
- Hebel, J. R., Sexton, M. et Nowicki, P. (1985). The effect of antismoking intervention during pregnancy: An assessment of interactions with maternal characteristics. *American Journal of Epidemiology*, 122, 135-148.
- Hjalmarson, A. I. M., Svanberg, B. et Hahn, L. (1991). Stopping smoking in pregnancy: effect of a self-help manual in a controlled trial. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 98, 260-264.
- Hovell, M. F., Zakarian, J. M., Matt, G. E., Hofsetter, C. R., Bernert, J. T. et Pirkle, J. (2000). Decreasing environmental tobacco smoke exposure among low income children: preliminary findings. *Tobacco Control.*, 9(Suppl 3), iii70-iii71.
- Hughes, E., Lamont, D., Beecroft, M., Wilson, D., Brennan, B. et Rice, S. (2000). Randomized trial of a “stage-of-change” oriented smoking cessation intervention in infertile and pregnant women. *Fertility & Sterility*, 74(3), 498-503.
- Jaakkola, N., Zahlsen, K. et Jaakkola, J. (2001). Effects of a population-based smoking cessation programme on smoking in pregnancy. *European Journal of Public Health*, 11(4), 446-449.

- Johnson, J. L., Ratner, P. A., Bottorff, J. L., Hall, W. et Dahinten, S. (2000). Preventing smoking relapse in postpartum women. *Nursing Research*, 49(1), 44-52.
- Kapur, B., Hackman, R., Selby, P., Klein, J. et Koren, G. (2001). Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of nicotine replacement therapy in pregnancy. *Current Therapeutic Research*, 62(4), 274-278.
- Kendrick, J. S. (1995). Kendrick and Colleagues Respond (to Haddow Letter to the Editor). *American Journal of Public Health*, 85(10), 1452.
- Kendrick, J. S., Zahniser, C., Miller, N., Salas, N., Stine, J., Gargiullo, P. M., Floyd, L., Spierto, F. W., Sexton, M., Metzger, R. W., Stockbauer, J. W., Hannon, H. et Dalmat, M. E. (1995). Integrating smoking cessation into routine public prenatal care: The smoking cessation in pregnancy project. *American Journal of Public Health*, 85(2), 217.
- Ker, M., Leischow, S., Markowitz, I. et Merikle, E. (1996). Involuntary smoking cessation: a treatment option in chemical dependency programs for women and children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28(1), 47-60.
- King, J. et Eiser, J. R. (1981). A strategy for pregnant smokers. *Health Education Journal*, 40, 66-68.
- Klerman, L. V. et Rooks, J. P. (1999). A simple, effective method that midwives can use to help pregnant women stop smoking. *Journal of Nurse-Midwifery*, 44, 118-123.
- Lando, H. A., Valanis, B. G., Lichtenstein, E., Curry, S. J., McBride, C. M., Pirie, P. L. et Grothaus, L. C. (2001). Promoting smoking abstinence in pregnant and postpartum patients: A comparison of 2 approaches. *American Journal of Managed Care*, 7(7), 685-693.
- Langford, E. R., Thompson, E. G. et Tripp, S. C. (1983). Smoking and health education during pregnancy: evaluation of a program for women in prenatal classes. *Revue canadienne de santé publique*, 74, 285-289.
- LeFevre, M. L., Ewigman, B. et Evans, J. K. (1995). Is smoking an indication for prenatal ultrasonography? RADIUS Study Group. *Archives of Family Medicine*, 4, 120-123.
- Lilley, J. et Forster, D. P. (1986). A randomised controlled trial of individual counselling of smokers in pregnancy. *Public Health*, 100, 309-315.
- Lillington, L., Royce, J., Novak, D., Ruvalcaba, M. et Chlebowski, R. (1995). Evaluation of a smoking cessation program for pregnant minority women. *Cancer Practice*, 3(3), 157-163.
- Loeb, B. K., Waage, G. et Bailey, J. W. (1983). Smoking intervention in pregnancy. In W. G. Forbes & R. C. Frecker & D. Nostbakken (Eds.), *Proceedings of the Fifth World Conference on Smoking and Health, Winnipeg, Canada*. Ottawa : Conseil canadien pour le contrôle du tabac.
- Lowe, J. B., Windsor, R., Balanda, K. et Woodby, L. (1997). Smoking relapse prevention methods for pregnant women: a formative evaluation. *American Journal of Health Promotion*, 11, 244-246.
- MacArthur, C., Knox, E. G. et Newton, J. R. (1987). Effects of anti-smoking health education on infant size at birth: a randomized controlled trial. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 94, 295-300.
- Manfredi, C., Crittenden, K. S., Cho, Y. I., Engler, J. et Warnecke, R. (2000a). The effect of a structured smoking cessation program, independent of exposure to existing interventions. *American Journal of Public Health*, 90(5), 751-756.

- Manfredi, C., Crittenden, K. S., Cho, Y. I., Engler, J. et Warnecke, R. (2000b). Minimal smoking cessation interventions in prenatal, family planning, and well-child public health clinics. *American Journal of Public Health*, 90(3), 423-427.
- Mayer, J., Hawkins, B. et Todd, R. (1990). A randomized evaluation of smoking cessation interventions for pregnant women at a WIC clinic. *American Journal of Public Health*, 80(1), 76-78.
- McBride, Colleen, M., Curry, S. J., Lando, H. A., Pirie, P. L., Grothaus, L. C. et Nelson, J. C. (1999). Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy. *American Journal of Public Health*, 89(5), 706-711.
- McNeil, D. et Welk, K. (1999). *Perinatal smoking... Helping women change*. British Columbia, Canada: Final Report Submitted to the Upper Island Central Coast Community Health Services Society.
- Messimer, S. P., Henry, R. C. et Hickner, J. M. (1989). A comparison of two anti-smoking interventions among pregnant women in eleven primary care practices. *Journal of Family Practice*, 28, 283-288.
- Moore, L., Campbell, R., Whelan, A., Mills, N., Lupton, P., Misselbrook, E. et Frohlich, J. (2002). Self help smoking cessation in pregnancy: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 325, 1383-1389.
- Mullen, P. D., Quinn, V. P. et Ershoff, D. H. (1990). Maintenance of non-smoking postpartum by women who stopped smoking during pregnancy. *American Journal of Public Health*, 80, 992-994.
- Neil-Urban, S., LaSala, K. et Todd, S. (2002). Community collaboration: using nursing students in a smoking cessation program for pregnant women. *Journal of Nursing Education*, 41(2), 76-79.
- Nowicki, P., Gintzig, L., Hebel, J. R., Lathem, R., Miller, V. et Sexton, M. (1984). Effective smoking intervention during pregnancy. *Birth*, 11, 217-224.
- O'Connor, A., Davies, B., Dulberg, C., Buhler, P., Nadon, C., McBride, B. et Benzie, R. (1992). Effectiveness of a pregnancy smoking cessation program. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 21(5), 385-392.
- Olds, D. L., Henderson, C. R. et Tatelbaum, R. (1994). Prevention of intellectual impairment in children of women who smoke cigarettes during pregnancy. *Pediatrics*, 93, 228-233.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., Tatelbaum, R. et Chamberlin, R. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcome of pregnancy: a randomised trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 77, 16-28.
- Panjari, M., Bell, R., Bishop, S., Astbury, J., Rice, G. et Doery, J. (1999). A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention during pregnancy. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(3), 312-317.
- Petersen, L., Handel, J., Kotch, J., Podedworny, T. et Rosen, A. (1992). Smoking reduction during pregnancy by a program of self-help and clinical support. *Obstetrics & Gynecology*, 79(6), 924-930.
- Pletsch, P. K. (1995). *Pregnant Hispanics: Smoke free madres, a smoking cessation intervention.: Final report submitted to the American Lung Association of Wisconsin*.
- Pletsch, P. K. (1999). *Smoke Free Families: A smoking cessation program for pregnant African-American women: Final report submitted to the American Lung Association of Wisconsin*.

- Pletsch, P. K. et Morgan, S. (2002). Reduction of primary and secondary smoke exposure for low-income black pregnant women. *Nursing Clinics of North America*, 37(2), 315.
- Power, F. L., Gillies, P. A., Madely, R. et Abbott, M. (1989). Research in an antenatal clinic – the experiences of the Nottingham Mothers' Stop Smoking Project. *Midwifery*, 5, 106-112.
- Price, J., Krol, R., Desmond, S., Losh, D., Roberts, S. et Snyder, F. (1991). Comparison of three antismoking interventions among pregnant women in an urban setting: a randomized trial. *Psychological Reports*, 68(2), 595-604.
- Ratner, P., Johnson, J. L., Bottorff, J. L., Dahinten, S. et Hall, W. (2000). Twelve-month follow-up of a smoking relapse prevention intervention for postpartum women. *Addictive Behaviors*, 25(1), 81-92.
- Ratner, P. A., Johnson, J. L. et Bottorf, J. L. (1999). Smoking relapse and early weaning among postpartum women: is there an association? *Birth*, 26, 76-82.
- Ringel, J. et Evans, W. (2001). Cigarette taxes and smoking during pregnancy. *American Journal of Public Health*, 91(11), 1851-1856.
- Ruggiero, L., Redding, C., Rossi, J. et Prochaska, J. (1997). A stage-matched smoking cessation program for pregnant smokers. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 31-33.
- Rush, D., Butler, N. R., Eiser, J. R., King, J. et Orme, J. (1992). A trial of health education aimed to reduce cigarette smoking. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 6, 285-297.
- Schmeiser-Rieder, A., Schoberberger, R., Gredler, B. et Kunze, M. (1994). [Smoking intervention program]. [German]. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 144(7), 134-137.
- Schroeder, D., Ogburn, P., Hurt, R., Croghan, I., Ramin, K., Offord, K. et Moyer, T.-. (2002). Nicotine patch use in pregnant smokers: smoking abstinence and delivery outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 11, 100-107.
- Scott, W. J. et McIlvain, H. (2000). Interactive software: an educational/behavioural approach to smoking cessation for pregnant women and their families. *Tobacco Control*, 9(Suppl III), iii56-iii57.
- Secker-Walker, R. H., Mead, A. M., Goodwin, G., Lepage, S., Skelly, J. M., Flynn, B. S. et et al. (1995). Smoking relapse prevention counseling during prenatal and early postnatal care. *American Journal of Preventive Medicine*, 11, 86-93.
- Secker-Walker, R. H., Mead, P. B., Worden, J. K., Crammond, J. E., Lepage, S., Flynn, B. S. et et al. (1992). Training obstetric and family practice residents to give smoking cessation advice during prenatal care. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 166, 1356-1363.
- Secker-Walker, R., Solomon, L., Flynn, B., Skelly, J., Lepage, S., Goodwin, G. et Mead, P. (1994). Individualized smoking cessation counseling during prenatal and early postnatal care. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 171(5), 1347-1355.
- Secker-Walker, R. H., Solomon, L. J., Flynn, B. S., Skelly, J. M. et Mead, P. B. (1998a). Smoking relapse prevention during pregnancy: A trial of coordinated advice from physicians and individual counseling. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(1), 25-31.
- Secker-Walker, R. H., Solomon, L. J., Flynn, B. S., Skelly, J. M. et Mead, P. B. (1998b). Reducing smoking during pregnancy and postpartum: Physician's advice supported by individual counseling. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 27(3), 422-430.

- Secker-Walker, R. H., Solomon, L. J., Geller, B. M., Flynn, B. S., Worden, J. K., Skelly, J. M. et Mead, P. B. (1997). Modeling smoking cessation: Exploring the use of a videotape to help pregnant women quit smoking. *Women and Health*, 25(1), 23-35.
- Severson, H. H., Andrews, J. A., Lichtenstein, E., Wall, M. et Akers, L. (1997). Reducing Maternal Smoking and Relapse: Long-Term Evaluation of a Pediatric Intervention. *Preventive Medicine*, 26(1), 25-28.
- Sexton, M. et Hebel, J. R. (1984). A clinical trial of change in maternal smoking and its effect on birth weight. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 251, 911.
- Shakespeare, R. (1990). *The development and evaluation of a smoking cessation counselling training programme for midwives*. Paper presented at the Tobacco and Health 1990: The global war: Proceedings of the 7th World Conference on Tobacco & Health, Perth.
- Solomon, L., Secker-Walker, R., Skelly, J. et Flynn, B. (1996). Stages of change in smoking during pregnancy in low-income women. *Journal of Behavioral Medicine*, 19(4), 333-344.
- Solomon, L. J., Secker-Walker, R. H., Flynn, B. S., Skelly, J. M. et Capeless, E. L. (2000). Proactive telephone support to help pregnant women stop smoking. *Tobacco Control*, 9(Suppl 3), iii72-iii74.
- Stotts, A. L., DiClemente, C. C. et Dolan-Mullen, P. (2002). One-to-one – A motivational intervention for resistant pregnant smokers. *Addictive Behaviors*, 27(2), 275-292.
- Strecher, V. J., Bishop, K. R., Bernhardt, J., Thorp, J., Chevront, B. et Potts, P. (2000). Quit for keeps: tailored smoking cessation guides for pregnancy and beyond. *Tobacco Control*, 9(Suppl 3), iii78-iii79.
- Tappin, D. M., Lumsden, M.-A., McIntyre, D., Mckay, C., Gilmour, W. H., Webber, R., Cowan, S., Crawford, F. et Currie, F. (2000). A pilot study to establish a randomized trial methodology to test the efficacy of a behavioural intervention. *Health-Education-Research*, 15(4), 491-502.
- Valanis, B., Lichtenstein, E., Mullooly, J. P., Labuhn, K., Brody, K., Severson, H. H. et Stevens, N. (2001). Maternal smoking cessation and relapse prevention during health care visits. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(1), 1-8.
- Valbø, A. et Eide, T. (1996). Smoking cessation in pregnancy: the effect of hypnosis in a randomized study. *Addictive Behaviors*, 21(1), 29-35.
- Valbo, A. et Nylander, G. (1994). Smoking cessation in pregnancy. Intervention among heavy smokers. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 73(3), 215-219.
- Valbo, A. et Schioldborg, P. (1991). Smoking cessation in pregnancy. Mode of intervention and effect. [see comments.]. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 70(4-5), 309-313.
- Valbo, A. et Schioldborg, P. (1994). Smoking cessation in pregnancy: The effect of self help manuals. *Journal of Maternal-Fetal Investigation*, 4, 167-170.
- Van't Hof, S. M., Wall, M. A., Dowler, D. W. et Stark, M. J. (2000). Randomised controlled trial of a postpartum relapse prevention intervention. *Tobacco Control*, 9(Suppl 3), iii64-iii66.
- Victora, C., Langer, A., Barros, F., Belizan, J. M., Farnot, U., Villar, J. et Latin American Network for Perinatal and Reproductive Research. (1994). The Latin American Multicenter Trial on psychosocial support during pregnancy: methodology and baseline comparability. *Controlled Clinical Trials*, 15, 379-394.

- Villar, J., Farnot, U., Barros, F., Victora, C., Langer, A. et Belizan, J. M. (1992). A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. *New England Journal of Medicine*, 327, 1266-1271.
- Wakefield, M. et Jones, W. (1998). Effects of a smoking cessation program for pregnant women and their partners attending a public hospital antenatal clinic. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22(3), 313-320.
- Wall, M. A. et Severson, H. H. (1995). Pediatric office-based smoking intervention: Impact on maternal smoking and relapse. *Pediatrics*, 96(4), 622-629.
- Waller, C., Zollinger, T., Saywell, R. J. et Kubisty, K. (1996). The Indiana Prenatal Substance Use Prevention Program: its impact on smoking cessation among high-risk pregnant women. *Indiana Medicine*, 89(2), 184-187.
- Walsh, R. A., Redman, S., Brinsmead, M. W., Byrne, J. M. et Melmeth, -. A. (1997). A smoking cessation program at a public antenatal clinic. *American Journal of Public Health*, 87(7), 1201-1204.
- Windsor, R., Cutter, G., Morris, J. et *et al.*, e. (1985). The effectiveness of smoking cessation methods for smokers in public health maternity clinics: A randomized trial. *American Journal of Public Health*, 75, 1389.
- Windsor, R., Lowe, J., Artz, L. et Contreras, L. (1990). Smoking cessation and pregnancy intervention trial: preliminary mid-trial results. *Progress in Clinical & Biological Research*, 339, 107-117.
- Windsor, R. A., Lowe, J. B., Perkins, L. L., Smith-Yoder, D., Artz, L., Crawford, M., Amburgy, K. et Boyd Jr, N. R. (1993). Health education for pregnant smokers: Its behavioral impact and cost benefit. *American Journal of Public Health*, 83(2), 201-206.
- Windsor, R. A., Woodby, L. L., Miller, T. M., Hardin, J. M., Crawford, M. A. et DiClemente, C. C. (2000). Effectiveness of Agency for Health Care Policy and Research clinical practice guideline and patient education methods for pregnant smokers in medicaid maternity care. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 182(1 Pt. 1), 68-75.
- Wisborg, K., Henriksen, T. et Secher, N. (1998). A prospective intervention study of stopping smoking in pregnancy in a routine antenatal care setting. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 105(11), 1171-1176.
- Wisborg, K., Henriksen, T. B., Jespersen, L. B. et Secher, N. J. (2000). Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. *Obstetrics and Gynecology*, 96(6), 967-971.
- Wright, L. N., Pahel-Short, L., Hartmann, K., Kuller, J. A. et Thorp Jr, J. M. (1996). Statewide assessment of a behavioral intervention to reduce cigarette smoking by pregnant women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175(2), 283-287, discussion 287-288.

8e. Annexe E : Liste de programmes de renoncement au tabac destinés aux femmes et aux filles pendant la grossesse et la période postnatale

Tableau 8e.1 Programmes destinés aux femmes et aux filles pendant la grossesse et la période postnatale

Programme	Clientèle cible (Femmes enceintes...)	Pays d'origine	Établissement à contacter
A Pregnant Women's Guide to Quit Smoking	Population générale	US	University of Alabama at Birmingham (Dr. Richard Windsor)
Question d'écoute	Dispensateurs de soins périnataux	Canada	Association canadienne de santé publique
Baby's Coming, Baby's Home	Population générale		NFLD Lung Association
Born Free	Population générale	Canada	PEI Lung Association
Freedom from Smoking for You and Your Baby	Population générale	É.-U.	N'importe quelle association pulmonaire provinciale
Great Start	Population générale	É.-U.	www.greatstart.org
Holding Our Own	Femmes autochtones; population générale	Canada	Walpole Island Health Unit
Kick Butt for 2	Adolescentes, jeunes femmes	Canada	St. Mary's Home, Ottawa (Ontario)
New Start	Population générale	Canada	Société canadienne du cancer
PREGNETS	Population générale	Canada	CAMH; www.pregnets.org
Smoke Free Journey	Femmes autochtones; population générale	Canada	Northern Family Health Society, Prince George (C.-B.)
Start Quit, Stay Quit	Population générale	Canada	Windsor-Essex Health Unit (Ontario)
Stopping When You're Ready	Population générale	Canada	Windsor-Essex County Health Unit

Tableau 8e.2 Programmes destinés aux femmes et aux filles (pourraient sans doute être adaptés)

Programme	Clientèle cible	Pays d'origine	Établissement à contacter
Sacred Plant, Sacred Ways	Hommes et femmes autochtones	Canada	National Association of Friendship Centres
Kichi Chistemaw Pimatisiwin	Femmes autochtones	Canada	Native Women's Transition Centre, Winnipeg
Well Being for Women: A LifeStyle Change Program	Femmes à faible revenu	Canada	YWCA
How to Make \$1000 By Doing Nothing	Adolescentes	Canada	University of Toronto Centre for Health Promotion
Arrêter de fumer : un programme à l'intention des femmes	Femmes	Canada	Santé Canada
Protecting Our Families	Familles autochtones	Canada	Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire
Catching Our Breath	Femmes	Canada	Women's Health Clinic, Manitoba
Pour en finir avec le tabagisme: Guide de renoncement au tabac à l'intention des femmes autochtones du Canada	Femmes autochtones	Canada	Association des femmes autochtones du Canada

8f. Annexe F : Liste de termes de recherche et description du processus de notation

Tableau 8f.1 Liste des bases de données consultées et des termes-clés utilisés

Base de données	Termes-clés
Silver Platter: information psychologique, toutes les années, résumés, reg, clinique, ouvrages (y compris les publications épuisées)	Smok* et cessation et pregnan*
Medline, toutes les années	(tobacco ou smok) et mother et (cessation ou quit)
Medline, toutes les années	pregnancy et tobacco et (cessation ou quit)
Medline, toutes les années	Pregnancy/ et smoking cessation/ et intervention
Web of Science, toutes les années	Pregnan* et smok* et cessation et (programme ou intervention)
Medline	Teen et pregnant et smoking
Medline	Pregnant et relapse et smoking
Medline	Pregnancy et buproprion
Medline	Pregnant et nicotine replacement
Medline	Postpartum et relapse et smoking
Medline	Pharmacotherapy et pregnant et smoking

*Nous avons également fait des recherches par auteur et d'après les interventions mentionnées dans divers articles.

Description du processus de notation

Les interventions ont été notées séparément par deux évaluateurs. En cas de désaccord, les évaluateurs ont discuté des points de divergence jusqu'à ce qu'ils parviennent à une entente. Les recommandations préliminaires ont été formulées à partir de ces conclusions. L'équipe a discuté de manière assez détaillée des interventions dans le contexte des ouvrages théoriques et a dégagé les divers éléments, démarches et sous-populations pertinents.

