

PROTOCOLE DE CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE POUR LE RENONCEMENT AU TABAGISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES NOUVELLES MÈRES

DOCUMENT RÉDIGÉ PAR :

**Lorraine Greaves, Ph.D.
Tammy Horne, Ph.D.
Nancy Poole, M. A.
Natasha Jategaonkar, M. Sc.
Lucy McCullough, B. Sc.**

Janvier 2005

Projet financé par Santé Canada



**British Columbia
Centre of Excellence
for Women's Health**

Le soutien financier de Santé Canada permet au BCCEWH d'exister et d'offrir divers produits et activités.

Le BCCEWH est parrainé par le British Columbia's Women's Hospital and Health Centre, une organisation de la Provincial Health Services Authority.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	1
Section I : Protocoles déjà publiés et analyse documentaire	3
I. Consultation téléphonique pour le renoncement au tabac	3
II. Analyse documentaire	6
Section II : Recommandations concernant la formation des conseillers.....	13
Section III : Protocole	17
I. Recrutement.....	17
Sources	28

Introduction

L'usage du tabac pendant la grossesse a des effets nocifs sur la santé de la mère et du fœtus. Le présent protocole est conçu pour aider les conseillers des lignes téléphoniques pour le renoncement au tabac à rejoindre les femmes enceintes et les nouvelles mères qui fument. Les lignes téléphoniques générales pour le renoncement au tabac offrent à leur clientèle un soutien synonyme de plusieurs avantages : accès accru aux services offerts, anonymat, sentiments de maîtrise et de renforcement de l'autonomie. Le fait d'offrir aux fumeuses enceintes une ligne téléphonique pour le renoncement au tabac adaptée à leurs besoins permettrait à ces femmes d'obtenir un meilleur taux de réussite, de réduire les effets nocifs du tabagisme sur leur santé et celle de leur enfant, et de rechuter moins souvent pendant ou après la grossesse.

Les différentes méthodes de renoncement au tabac qui visent les femmes enceintes sont souvent axées sur la santé du fœtus davantage que sur celle de la mère. Effectivement, de nombreuses campagnes antitabac à l'intention des femmes enceintes sont caractérisées par une approche centrée sur le fœtus (Greaves et coll., 2003). Dans le présent protocole, nous optons pour une approche également axée sur la *mère*, c'est-à-dire que nous mettons l'accent sur la santé de la femme et non seulement sur celle du fœtus, ce qui permet de favoriser une abstinence prolongée après l'accouchement.

Le présent protocole est fondé sur trois objectifs principaux. D'abord, les efforts déployés pour recruter les clientes et les fidéliser sont au centre de chaque volet du protocole. Ensuite, nous favorisons un changement de paradigme dans le domaine du renoncement au tabac pendant la grossesse en adoptant un modèle centré sur la femme plutôt que sur le fœtus. Enfin, il est crucial d'aider la cliente à se percevoir comme non-fumeuse, c'est-à-dire à changer d'identité.

Au moment de concevoir le protocole, nous avons interrogé des personnes-ressources de diverses lignes de consultation téléphonique et de nombreux services à l'intention des femmes enceintes et des nouvelles mères au Canada et aux États-Unis au sujet des approches spécialisées et adaptées et des mesures de réduction des méfaits du tabagisme. De plus, nous avons examiné en profondeur deux protocoles de consultation téléphonique déjà conçus spécifiquement pour les fumeuses enceintes : « Quit Victoria », publié en Australie, et « Great Start », publié aux États-Unis. Le présent protocole englobe certaines approches et méthodes préconisées dans le cadre de ces initiatives, ou s'en inspire.

On estime qu'environ 20 % à 30 % des femmes au Canada et aux États-Unis fument pendant leur grossesse (Coleman et Joyce, 2003; Connor et McIntyre, 1999); une seule étude révèle que cette proportion est plutôt de 11 %, ce qui paraît très faible comparativement aux autres évaluations (ESUTC, 2002). D'après les données recueillies au Canada, le taux de tabagisme chez les femmes enceintes varie beaucoup selon l'âge de la mère. Une enquête réalisée en 1998-1999 auprès des mères d'enfants âgés de moins de deux ans révèle que 12 % des mères âgées de 35 ans et plus avaient fumé pendant leur grossesse, contre 53 % des mères âgées de moins de 20 ans (Santé Canada, 2003).

Environ la moitié des femmes tentent d'arrêter de fumer lorsqu'elles apprennent qu'elles sont enceintes (Klesges et coll., 2001), mais 21 % rechutent avant d'accoucher (Quinn et coll., 1991), et de 70 % à 90 % rechutent dans un délai d'un an suivant leur accouchement (Klesges et coll., 2001; Fingerhut et coll., 1990; Ratner et coll., 2000). Ainsi, même si la grossesse en soi semble motiver le renoncement au tabac, son effet est apparemment temporaire.

Le présent rapport comprend trois sections. D'abord, nous examinons les protocoles qui existent déjà à propos des lignes de consultation téléphoniques, ainsi que les ouvrages scientifiques concernant les approches et interventions qu'il est approprié d'utiliser avec les femmes enceintes qui fument. Ensuite, nous formulons des recommandations relativement à la formation des conseillers; et enfin, nous décrivons le protocole de consultation élaboré. Nous suggérons fortement que les conseillers lisent le rapport en entier, puisque les premières sections fourniront les fondements de la formation de conseiller et du protocole en tant que tel.

Section I : Protocoles déjà publiés et analyse documentaire

I. Consultation téléphonique pour le renoncement au tabac

Lignes téléphoniques canadiennes pour le renoncement au tabac

À l'heure actuelle, toutes les provinces canadiennes offrent des lignes téléphoniques sans frais pour le renoncement au tabac. Toutefois, il n'existe pas de lignes téléphoniques de renoncement au tabac visant précisément les femmes enceintes au Canada. Le Conseil canadien pour le contrôle du tabac et la Société canadienne du cancer ont formé un partenariat afin de mettre en place un réseau national de lignes téléphoniques pour le renoncement au tabac qui permettrait d'offrir des services téléphoniques dans le cadre de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme, et d'établir des protocoles de consultation pour les services téléphoniques qui visent les femmes enceintes et les nouvelles mères, les jeunes et les Autochtones (Sutherland-Brown, 2001). En ce moment, les lignes téléphoniques canadiennes pour le renoncement au tabac offrent aux clients un service par téléphone continu, sans restriction quant à la fréquence ou à la durée des consultations sollicitées par le demandeur.

Lignes téléphoniques pour le renoncement au tabac aux États-Unis

Plus d'une trentaine d'États américains offrent des lignes téléphoniques pour le renoncement au tabac. Le 3 février 2004, le secrétaire du département de la santé et des services humanitaires (HHS) a annoncé que le HHS aiderait à financer la mise en place d'un réseau national américain de lignes téléphoniques pour le renoncement au tabac, qui permettrait aux fumeurs d'obtenir des renseignements exhaustifs sur les médicaments accessibles et les services de consultation et de soutien pour les aider à arrêter de fumer. À l'heure actuelle, les protocoles de consultation téléphonique pour le renoncement au tabac, les bailleurs de fonds et l'accès aux lignes téléphoniques pour le renoncement au tabac diffèrent dans chaque État. À l'avenir, HHS possédera un seul numéro de téléphone central, à partir duquel les demandeurs seront acheminés vers la ligne téléphonique pour le renoncement au tabac de leur État. Si l'appelant habite dans un État qui ne possède pas de ligne téléphonique pour le renoncement au tabac, son appel sera acheminé à la Société américaine du cancer. HHS fournit 20 millions de dollars pour le soutien et la mise en place de lignes téléphoniques pour le renoncement au tabac dans chaque État. HHS recommande aussi d'augmenter la taxe fédérale sur les cigarettes de 2 \$ par paquet, et d'investir au moins la moitié des revenus générés par cette hausse dans des initiatives de renoncement au tabac (Corr, 2004; U.S. Newswire).

Connecticut

United Way of Connecticut offre une ligne téléphonique de renoncement au tabac connexe à sa ligne d'information 211; l'organisation a également élaboré du matériel visant spécifiquement les femmes enceintes. La ligne d'information 211 correspond à un système intégré de soutien téléphonique qui permet d'accéder à des informations sur les services communautaires ou à des recommandations relatives aux services sociaux ou aux services d'intervention d'urgence. On peut y accéder sans frais en composant le 211 n'importe où au Connecticut. Le service fonctionne jour et nuit pendant toute l'année. Il est possible d'avoir accès à un agent qui parle plusieurs langues et à un ATS. Le service est financé grâce au fonds de règlement du tabac du département de la santé publique et au *Centers for Disease Control*.

Pour exploiter cette ligne téléphonique, *United Way* travaille en collaboration avec l'hôpital de Hartford. Ce dernier offre de trois à cinq séances de consultation proactive et organise des suivis

des clients trois mois, six mois et un an après leur première consultation. Lorsqu'une personne appelle à l'infogline 211, un spécialiste formé répond à l'appel, écoute attentivement, manifeste de l'intérêt pour le demandeur et noue une relation avec lui. Le spécialiste, de concert avec le demandeur, évalue et cerne les besoins de ce dernier et établit un ordre de priorité parmi les besoins repérés. Grâce à la base de données exhaustives de l'infogline 211, le spécialiste et le demandeur peuvent discuter de nombreux programmes d'aide et accéder à divers renseignements pour aiguiller leur choix. On offre aussi la possibilité de bénéficier d'appels téléphoniques de suivi. Le matériel fourni aux femmes enceintes a été conçu par l'American Legacy Foundation, qui élabore des programmes nationaux afin d'aider les adultes et les jeunes à arrêter de fumer, en se concentrant sur les personnes qui ont un accès limité aux services de prévention et de renoncement au tabac.

San Diego, Californie

À San Diego, trois systèmes de santé ont travaillé de façon concertée pour concrétiser l'initiative *Partnership for Smoke-Free Families* (PSF), qui vise essentiellement à inciter les femmes enceintes à arrêter de fumer, et à réduire l'exposition des jeunes enfants à la fumée de tabac secondaire (FTS) (PSF, 2004a). Parmi les nombreuses initiatives liées au PSF, mentionnons la California Smokers' Helpline (CSH). Tous les services offerts sont gratuits et financés par le département des services de santé de la Californie.

Le programme PSF a été établi à partir du document *Smoking Cessation Clinical Practice Guideline No. 18*, et notamment des cinq consignes clés suivantes : Questionner le client sur son usage du tabac; lui conseiller de renoncer au tabac; évaluer la volonté du patient de cesser de fumer; l'appuyer dans sa tentative d'abandonner le tabac; assurer un suivi. Pendant la phase pilote de la CSH, PSF a communiqué avec des professionnels de la santé qui travaillent dans des cliniques ou des hôpitaux dotés d'un service d'obstétrique et leur a fourni des brochures sur le soutien aux femmes enceintes qui désirent cesser de fumer ainsi que des questionnaires sur l'usage du tabac chez les femmes enceintes. On a demandé aux professionnels de la santé de remplir le questionnaire avec chaque cliente pour ensuite le faire parvenir à CSH par la poste ou par télécopieur. Ensuite, les conseillers de CSH ont tenté de communiquer avec toutes les fumeuses enceintes pour assurer le suivi et offrir un soutien. Le programme a également bénéficié d'une couverture médiatique substantielle, notamment à la radio — on a aussi donné une conférence de presse.

PSF fait remarquer que 45 % des fumeuses enceintes renoncent au tabac pendant leur grossesse et ne rechutent pas avant l'accouchement. Chez les femmes qui abandonnent spontanément (c.-à-d. les femmes qui cessent de fumer dès qu'elles apprennent qu'elles sont enceintes), seulement 14 % des clientes de PSF rechutent avant l'accouchement, tandis que cette proportion est de 15 % à 30 % chez les femmes qui subissaient une intervention d'un autre type (Windsor et coll., 1998; Ershoff et coll., 1995; Secker-Walker et coll., 1998).

Bien que les deux organisations ne travaillent plus en partenariat, CSH continue de distribuer le matériel élaboré de concert avec PSF. On laisse des brochures dans les cabinets d'obstétriciens et de gynécologues et on incite les femmes à remplir un petit questionnaire où on leur demande de préciser leurs coordonnées et leur usage du tabac, et de consentir à ce que CSH les appelle. Le cabinet du médecin envoie ensuite les questionnaires à CSH, et un conseiller appelle la femme en

question. La réussite de ce modèle repose essentiellement sur le lien proactif et intégré entre les mécanismes d'intervention externes au cabinet du médecin (PSF, 2004b).

Lignes téléphoniques internationales pour le renoncement au tabac

Dans de nombreux pays d'Europe ainsi qu'en Australie, en Nouvelle-Zélande et ailleurs, on dispose de lignes téléphoniques pour le renoncement au tabac.

Royal Women's Hospital et Quit Victoria, Australie

Le Royal Women's Hospital de Melbourne, en Australie, a réalisé une étude pilote dont l'objectif était d'élaborer un programme d'intervention téléphonique à l'intention des femmes enceintes qui fument ou qui ont récemment cessé de fumer. Les fumeuses et les personnes qui viennent d'arrêter de fumer reçoivent des services similaires. L'étude pilote a été réalisée en 1998 et 1999 au centre de consultation prénatale du Royal Women's Hospital, et elle a été évaluée en 2000 (Trotter, 2000).

Selon l'étude, une « fumeuse actuelle » a fumé du tabac au cours des sept derniers jours, tandis qu'une « nouvelle non-fumeuse » a cessé de fumer au cours des six derniers mois parce qu'elle est enceinte. L'étude pilote révèle que les fumeuses ont reçu en moyenne 7,3 appels, tandis que les nouvelles non-fumeuses ont reçu en moyenne 6,5 appels — c'est un conseiller différent qui communique avec la cliente chaque fois. Cependant, les nouvelles non-fumeuses ont tendance à parler plus longtemps que les fumeuses, même si la plupart des appels durent en moyenne de 20 à 30 minutes.

L'usage du tabac dont font état les nouvelles non-fumeuses et les fumeuses était validé au moyen de tests de cotinine urinaire au moment de l'accouchement et six mois après la naissance du bébé. Chez les nouvelles non-fumeuses, 89,5 % des 67 participantes dont on a pu valider l'usage du tabac étaient effectivement non-fumeuses au moment de l'accouchement. Six mois plus tard, 31 % des 48 nouvelles non-fumeuses que l'on a réussi à joindre et dont on a réussi à valider l'usage du tabac étaient toujours non-fumeuses.

Chez les fumeuses, les taux d'abandon mesurés au moment de l'accouchement et six mois plus tard sont beaucoup plus faibles. Au moment de l'accouchement, le taux d'abandon validé était de 8 %. On a réussi à communiquer avec 36 (54 %) fumeuses six mois après l'accouchement. Si on suppose que les femmes qu'on n'a pas réussi à joindre fumaient toujours, seulement 3 % n'avaient pas recommencé à fumer six mois après l'accouchement. Un soutien accru durant la période post-partum pourrait aider à accroître les taux d'abstinence (Trotter, 2000).

Les conseillers signalent que la plupart des femmes qui ont recours à ce service sont motivées à arrêter de fumer parce qu'elles sont enceintes — et non pour d'autres raisons personnelles — ce qui peut expliquer la nature temporaire de leur abstinence. De plus, on a remarqué que les fumeuses qui ont déjà vécu une grossesse sans problèmes ont tendance à moins craindre les effets nocifs du tabac sur le fœtus (Trotter, 2000).

La rétroaction de la clientèle relativement au service « Quit Victoria » a été très positive. Selon les femmes qui ont eu recours au service, les conseillers transmettent beaucoup d'information et sont très compréhensifs. Cependant, bien des femmes préféreraient bénéficier du soutien d'un seul conseiller pendant toute la durée du programme plutôt que de recevoir les appels de plusieurs conseillers (Trotter, 2000).

Cette étude pilote a mené à la mise en place du service «Quit Victoria », une ligne téléphonique pour le renoncement au tabac conçue spécifiquement pour les femmes enceintes de l'État de Victoria, en Australie. Quit Victoria reçoit des appels de femmes enceintes, quel que soit le stade de leur grossesse, et de nouvelles mères. Les conseillers de Quit Victoria offrent leur soutien aux femmes qui désirent cesser de fumer et fournissent des informations sur les effets nocifs du tabac sur la mère et le fœtus, au besoin. Les femmes sont libres d'appeler aussi souvent qu'elles le désirent, et les conseillers de Quit Victoria font aussi des appels proactifs en fonction d'un horaire préétabli.

II. Analyse documentaire

On retrouve ci-dessous les faits saillants de l'analyse documentaire concernant les services de consultation téléphonique et les interventions relatives au renoncement au tabac qui visent les femmes enceintes et les nouvelles mères. De plus, en nous fondant sur le document « Le renoncement au tabac et la grossesse : un examen des pratiques exemplaires de renoncement au tabac conçues pour les filles et les femmes enceintes et dans la période postnatale »(Greaves et coll., 2003), nous abordons aussi plusieurs approches «exemplaires » recommandées pour répondre aux besoins des femmes enceintes et des nouvelles mères qui fument.

Services de consultation téléphonique proactifs et réactifs

Les services de consultation téléphonique peuvent être *proactifs* ou *réactifs*. Dans le cas des lignes de soutien proactif, les conseillers appellent systématiquement la cliente, tandis que dans le cas des lignes de soutien réactif, ce sont les clientes qui appellent les conseillers. Bien des lignes de soutien fonctionnent selon une combinaison d'approches proactives et réactives; par exemple, certaines lignes de soutien fixeront des rendez-vous téléphoniques proactifs après avoir reçu un premier appel de la part de la cliente (Zhu et coll., 1996; 2002).

De façon générale, on estime que la consultation téléphonique proactive favorise la communication et peut représenter une composante efficace de l'intervention auprès des femmes enceintes fumeuses (Kelley et coll., 2001). *Partnership for Smoke-Free Families (PSF)* a réalisé une étude afin de déterminer les résultats associés aux méthodes proactives et réactives de consultation téléphonique dans le cas des femmes enceintes et des nouvelles mères. Des femmes à qui un obstétricien a remis le numéro de téléphone de *California Smokers' Helpline (CSH)*, seulement 2 % ont effectivement pris l'initiative d'appeler. En revanche, on a réussi à joindre 67 % des femmes à qui leur médecin avait demandé de consentir à ce que CSH communique avec elles, et 40 % ont accepté le service offert.

Toutefois, sur le plan des résultats, on ne remarque aucune différence entre le petit groupe de femmes qui ont pris l'initiative de communiquer avec CSH et celles qui ont bénéficié d'une consultation proactive. Dans une étude portant sur 998 fumeurs adultes qui ont appelé une ligne publique pour le renoncement au tabac, Borland (2001) fait remarquer que les appels proactifs visant les nouveaux non-fumeurs sont associés à une augmentation du nombre de tentatives de renoncer au tabac et à une diminution des rechutes. Ainsi, même si les taux d'abandon du tabac sont similaires chez tous les demandeurs, qu'ils aient accès à une ligne de soutien proactive ou réactive, l'approche proactive permet de rejoindre beaucoup plus de femmes enceintes et de nouvelles mères dans la population. Il s'agit d'une différence importante, dans la mesure où la

fréquence de la communication avec les clientes semble également influencer sur la réussite de la démarche. Dans le cadre d'une étude sur échantillon aléatoire et contrôlé, réalisée par Zhu et ses collaborateurs (2002), les nouveaux non-fumeurs qui avaient reçu sept appels proactifs de la part des conseillers de la ligne téléphonique pour le renoncement au tabac présentaient un taux de réussite environ deux fois plus élevé que les clients qui n'avaient reçu aucun appel.

Interventions combinées

On a aussi déployé une énergie considérable à examiner les combinaisons les plus efficaces entre la consultation téléphonique et les autres formes d'intervention visant les fumeurs adultes. Dans le cadre d'une méta analyse englobant 16 essais cliniques de renoncement au tabac sur échantillon aléatoire et contrôlé, Mullen (1999) révèle qu'une simple séance de consultation de cinq à 15 minutes offerte par un professionnel qui transmet du matériel au client double le taux de réussite des nouveaux non-fumeurs : il est habituellement de 5 % à 10 % (sans consultation mais avec documentation), et il passe à 20 % avec une seule séance de consultation.

Toutefois, dans le cas des personnes qui utilisent une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN), l'efficacité de la consultation téléphonique comme composante additionnelle de l'intervention est moins claire. Reid et ses collaborateurs (1999) ont observé que, dans les cas où le patient a facilement accès aux conseils d'un médecin et à une TRN, la consultation téléphonique offerte par l'infirmière n'a aucun effet significatif sur le taux de renoncement au tabac. Le taux global d'abstinence après 52 semaines était de 23,4 % pour les participants du groupe d'intervention (conseils du médecin trois fois, TRN et consultation téléphonique), et de 24,1 % pour les participants du groupe qui recevait les soins habituels (conseils du médecin trois fois et TRN). On n'a pas non plus remarqué de différence significative dans les taux de renoncement des deux groupes, même plus tôt au cours de la démarche de suivi (4, 12 et 26 semaines).

En revanche, Macleod et ses collaborateurs (2003) ont observé que le taux d'abstinence des patients augmentait lorsqu'ils bénéficiaient d'une consultation téléphonique offerte par un conseiller formé en plus d'avoir recours à une TRN — au lieu d'utiliser seulement la TRN. Effectivement, les participants qui bénéficiaient d'une consultation téléphonique s'étaient abstenus de fumer dans une beaucoup plus grande proportion pendant les 29 derniers jours au moment du suivi réalisé trois mois ($P=0,04$) et six mois ($P=0,01$) après l'abandon du tabac. Les participants qui ont bénéficié d'une consultation téléphonique réussissaient en outre beaucoup mieux à s'abstenir à long terme (90 jours) selon le suivi réalisé six mois après leur renoncement au tabagisme ($p=0,004$).

L'écart entre les résultats obtenus par Reid et ses collaborateurs (1999) et Macleod et ses collaborateurs (2003) est peut-être attribuable à la quantité et à la qualité des consultations offertes dans le cadre de chaque étude.

Dans le cadre de l'étude réalisée par Macleod et ses collaborateurs, les participants à qui on avait fixé six consultations téléphoniques et quatre brefs rendez-vous de suivi par téléphone sans consultation et qui utilisaient une TRN présentaient des taux d'abstinence plus élevés que les participants qui utilisaient seulement une TRN. Les conseillers étaient en mesure d'utiliser diverses techniques (p. ex. cognitives, comportementales, techniques d'entrevue motivationnelle) en fonction des besoins de chaque demandeur. Reid et ses collaborateurs ont offert aux participants à leur recherche seulement trois consultations téléphoniques en plus d'une TRN, et

n'ont pas remarqué de différence entre les taux de renoncement de leurs participants et ceux des personnes qui utilisent seulement une TRN.

Enfin, Stead et ses collaborateurs (2004) ont analysé 27 essais cliniques contrôlés aléatoires ou semi-aléatoires qui permettaient d'évaluer la consultation téléphonique proactive ou réactive combinée à d'autres interventions afin d'aider les fumeurs ou les nouveaux non-fumeurs à renoncer au tabagisme. Le fait d'ajouter les consultations téléphoniques proactives aux interventions en face à face ou à une TRN ne faisait pas augmenter de façon significative les taux de renoncement au tabac. Toutefois, on a observé que les consultations téléphoniques menaient à des taux d'abandon du tabac plus élevés que les interventions moins intensives comme la transmission de matériel imprimé dont le patient doit se servir de façon autonome. De façon générale, ces études témoignent de la difficulté de distinguer les effets précis des composantes individuelles de ceux des interventions englobant plusieurs composantes.

Le modèle transthéorique de changement et les pratiques d'entrevue motivationnelle

L'examen des recherches effectuées sur l'utilité des consultations téléphoniques pour les personnes qui veulent arrêter de fumer indique que les lignes téléphoniques pour le renoncement au tabac sont efficaces, dans la mesure où elles augmentent le nombre de tentatives d'abandon chez les fumeurs et réduisent aussi le taux de rechute; cependant, on découvre qu'il n'existe pas de stratégie spécialisée visant les femmes enceintes et les nouvelles mères qui fument (McPhillips-Tangum, 1998). La présente section de l'analyse documentaire est essentiellement axée sur les processus cognitifs et comportementaux du renoncement au tabac chez les femmes enceintes et les nouvelles mères.

Le modèle transthéorique de changement de comportement (MTCC), qui décrit les étapes de la modification du comportement, est applicable dans bien des cas de comportement problématique. Initialement, on a utilisé le MTCC pour les thérapies, mais il est également utilisé depuis les années 80 pour aider les adultes à cesser de fumer (McDonald et coll., 2002). Un fumeur qui veut réussir à modifier son comportement doit traverser cinq stades : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien (Prochaska et coll., 1988). Au moment de concevoir tout type d'intervention visant les fumeuses enceintes, il est essentiel d'évaluer comment le MTCC s'applique aux femmes enceintes, particulièrement en ce qui a trait à la motivation en vue du changement et du passage à l'action.

Les mécanismes de mesure du changement du MTCC fournissent une description des activités comportementales et expérientielles (cognitives et affectives) qui se produisent pendant le changement de comportement (Prochaska et coll., 1988; Pallonen, 1998). Il y a cinq processus expérientiels (conscientisation, soulagement radical, réévaluation du milieu, affranchissement social, réévaluation personnelle) et cinq processus comportementaux (relations d'aide, contrôle des stimuli, contre-conditionnement, gestion du renforcement, affranchissement personnel). Pour optimiser les chances de réussite de la démarche d'abandon du tabac, il faut utiliser les processus expérientiels pendant les premiers stades du changement et utiliser les processus comportementaux pendant les derniers stades du changement (Pallonen, 1998).

Les recherches sur le processus de changement de comportement des personnes qui cessent de fumer laissent entendre que les femmes enceintes traversent probablement les étapes du renoncement d'une façon unique. En 1996, Stotts, DiClemente, Carbonari et Mullen ont comparé des femmes qui avaient arrêté de fumer pendant leur grossesse et des femmes non enceintes qui

en étaient à l'étape de la préparation ou du passage à l'action (c.-à-d. qu'elles envisageaient sérieusement d'arrêter de fumer dans les 30 jours ou avaient cessé de fumer au cours des six derniers mois) en se fondant sur deux mesures : (1) les activités comportementales et expérientielles (processus de changement); (2) le niveau de confiance à l'égard de l'abstinence du tabac dans un contexte où la tentation serait forte. Les chercheurs ont remarqué que les femmes qui avaient cessé de fumer pendant leur grossesse ne s'étaient pas engagées dans des processus expérientiels associés à l'étape du passage à l'action. Cependant, il est intéressant de noter que les femmes enceintes qui ont arrêté de fumer se sentent davantage en confiance que les femmes non enceintes lorsqu'on leur demande si elles s'abstiendraient de fumer dans une situation où la tentation serait forte.

Selon Prochaska et ses collaborateurs (1985; 1991), les fumeuses enceintes traverseraient plus rapidement les étapes de la précontemplation et de la contemplation pour passer directement à l'étape de la préparation et du passage à l'action, ce qui suppose une sous-utilisation des processus expérientiels et une surutilisation des processus comportementaux nécessaires à l'étape du maintien. Prochaska et ses collaborateurs (1985; 1991) affirment que le fait de traverser trop rapidement ou trop lentement ces processus nuira à la démarche de renoncement au tabac et au maintien d'une vie sans fumée. La motivation à arrêter de fumer d'une femme enceinte est souvent externe (la santé du fœtus), ce que reflètent le faible recours aux processus expérientiels et l'efficacité élevée de la démarche décrite dans les études en question. Bottorff et ses collaborateurs (2000), dans une étude portant sur des femmes qui avaient cessé de fumer pendant leur grossesse et avaient rechuté après l'accouchement, ont appris que certaines femmes disaient n'avoir jamais réellement cessé de fumer car elles l'avaient fait pour le bébé et non pour elles-mêmes. On laisse entendre que le taux de rechute élevé après l'accouchement est par exemple attribuable au fait que la mère est motivée par une raison externe au lieu d'avoir une motivation profonde (Klesges et coll., 2001).

Le présent protocole, établi pour les femmes enceintes et les nouvelles mères qui fument, est conçu pour aider les professionnels à aider les femmes concernées à arrêter de fumer pour elles-mêmes, en employant une approche axée sur la mère plutôt que sur le fœtus. Suivant le protocole, on demande aux femmes de cerner les raisons qui les motivent à cesser de fumer, en plus de la santé du fœtus. L'objectif ultime est de déclencher un changement d'identité chez la mère qui durera au-delà de la grossesse et de la période postnatale : la fumeuse doit désormais se percevoir comme une non-fumeuse.

Approches adaptées

Lancaster et Stead (2004) ont effectué une étude pour déterminer l'efficacité des approches normalisées. Dans le cas des approches personnalisées pour le renoncement au tabac, on tient compte de la motivation du client, de son état de préparation et d'autres composantes contextuelles comme sa situation socioéconomique, son bagage culturel, le soutien social dans son environnement, son niveau d'accoutumance à la nicotine, les autres substances psychotropes qu'il consomme, etc. À partir des résultats de 14 essais cliniques, on a conclu que le matériel adapté aux caractéristiques individuelles des fumeurs était plus susceptible d'être efficace que les guides normalisés.

En matière de soutien pour le renoncement au tabac, il est important d'offrir une approche adaptée à l'état de préparation du patient et au contexte où il vit. Dans le cas des femmes enceintes qui fument, elles ne présentent pas toutes le même état de préparation, et leur situation

exigera divers types d'intervention afin qu'elles puissent surmonter les symptômes de sevrage. Par exemple, si une femme ne se sent pas du tout prête à cesser de fumer, le conseiller pourrait discuter avec elle de la signification de la cigarette dans sa vie et aborder la question des mesures de réduction des méfaits du tabagisme, dans le but ultime d'aider la femme à envisager de devenir une non-fumeuse.

Les interventions pharmaceutiques pour le renoncement au tabac et la réduction des méfaits

Dans les cas où une fumeuse enceinte est incapable de cesser de fumer ou qu'elle n'est pas intéressée à essayer, il y a lieu de proposer des mesures de réduction des méfaits du tabagisme, dans le cadre d'une consultation. Parfois, on peut aussi opter pour une intervention pharmaceutique. Même s'il faut clairement réaliser d'autres recherches sur l'utilisation des diverses thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) pendant la grossesse et après l'accouchement, si on envisage le phénomène dans une optique de réduction des méfaits liés au tabagisme, et où on vise à réduire les préjudices imposés au fœtus ainsi que l'exposition de ce dernier à la nicotine et au monoxyde de carbone (CO), il peut être avantageux de recourir de façon intermittente à une TRN.

Néanmoins, on n'a pas prouvé, à ce jour, que le recours à une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) pendant la grossesse nuisait au fœtus (Ogburn et coll., 1999; Wisborg et coll., 2000; Schroeder et coll., 2002). Selon les données recueillies au moyen d'études réalisées sur les humains et les animaux, le risque que présente le tabagisme pendant la grossesse va bien au-delà du simple risque d'exposition à la nicotine pure (Dempsey et Benowitz, 2001).

Wisborg et ses collaborateurs (2000) ont examiné le poids à la naissance des bébés d'un groupe de femmes enceintes qui tentaient de cesser de fumer, en estimant qu'un faible poids à la naissance dénotait une santé fragile. Dans le cadre de l'étude, on a divisé les femmes enceintes qui fumaient au moins deux cigarettes par jour après le premier trimestre de grossesse en deux groupes : le premier a reçu des timbres de nicotine, le second, des timbres placebo. Les bébés du premier groupe de femmes ont présenté un poids moyen à la naissance plus élevé que ceux des femmes du groupe placebo. Ogburn et ses collaborateurs (1999) supposent que le timbre de nicotine est moins nocif pour le fœtus que le tabagisme, puisqu'il libère la nicotine de façon continue à petites doses. Cependant, les TRN que l'on peut utiliser de façon intermittente, comme la gomme à la nicotine, les aérosols ou les inhalateurs, sont préférables, puisqu'elles libèrent une dose quotidienne totale de nicotine moindre que les timbres transdermiques (Benowitz et coll., 2000; Dempsey et Benowitz, 2001).

Ogburn et ses collaborateurs (1999) ont réalisé une étude portant sur les fumeuses enceintes de plus de 24 semaines. On a évalué la mère et le fœtus à trois moments précis : pendant que la mère fumait, pendant qu'elle s'abstenait de fumer, et pendant qu'elle utilisait des timbres de nicotine pendant quatre jours dans une unité hospitalière de soins spécialisés. Pendant que la mère fumait, la fréquence cardiaque fœtale était considérablement au ralenti le matin. En revanche, rien ne prouve que l'utilisation d'une TRN affecte la fréquence cardiaque fœtale, la réceptivité du rythme cardiaque fœtal ou la respiration du fœtus. Les résultats laissent supposer que la thérapie de remplacement par timbre de nicotine nuit moins à la circulation sanguine utérine que le tabagisme.

Même si on n'a pas réussi à prouver clairement l'efficacité des TRN dans le cas des femmes enceintes qui désirent cesser de fumer, ce type de thérapie diminue effectivement l'exposition au CO et à d'autres toxines (Wisborg et coll., 2000; Ogburn et coll., 1999). Les TRN peuvent aider les femmes enceintes qui fument au moins dix cigarettes par jour à renoncer au tabac pendant le dernier trimestre de leur grossesse. Greaves et ses collaborateurs (2003) recommandent, dans le cas des femmes enceintes qui sont incapables de cesser de fumer pendant leur grossesse en ayant recours à d'autres moyens, l'utilisation de TRN intermittente.

Incitatifs

En matière de soutien aux femmes enceintes et aux nouvelles mères qui désirent renoncer au tabac, il faut surmonter les difficultés liées au processus accéléré de changement de comportement et au taux élevé de rechute après l'accouchement. De plus, certaines femmes enceintes envisagent le renoncement au tabac comme une priorité parmi d'autres en ce qui a trait à leur santé. Dans les cas où d'autres facteurs comme la pauvreté, le chômage et la prestation de soins accablent la future mère, il peut être efficace d'offrir à la femme enceinte ou à la nouvelle mère certains incitatifs — c'est du moins la conclusion à laquelle les responsables de certains programmes en sont arrivés (p. ex. on offre des coupons échangeables pour celles qui réussissent à atteindre un objectif thérapeutique préétabli) (Higgins et coll., 2004; Donatelle et coll., 2000).

Une étude réalisée par Donatelle et ses collaborateurs (2000) sur les femmes enceintes à faible revenu et à haut risque a démontré que l'utilisation de coupons pour promouvoir l'abstinence pendant la grossesse et après l'accouchement est très efficace. De façon aléatoire, on a remis à un groupe de femmes une trousse d'aide individuelle pour cesser de fumer, et à un second groupe de femmes, la même trousse assortie de coupons échangeables si elles se soumettaient à une vérification permettant de confirmer qu'elles sont toujours non-fumeuses. Le taux de renoncement au tabac des femmes du dernier groupe s'est révélé 23 % plus élevé que celui du premier groupe à la fin de la grossesse, et 15 % plus élevé que celui du premier groupe au moment de l'évaluation qui a eu lieu deux mois après l'accouchement. Higgins et ses collaborateurs (sous presse) en sont présentement à réaliser une étude où un groupe d'intervention composé de femmes reçoit des coupons échangeables si elles s'abstiennent de fumer, tandis que le groupe témoin reçoit des coupons échangeables sans conditions. Les femmes du groupe d'intervention qui s'abstiennent de fumer pendant leur grossesse et trois mois après l'accouchement peuvent économiser jusqu'à 1 147 \$ US. Les résultats préliminaires de deux études prénatales révèlent que les femmes du groupe d'intervention présentent un taux d'abstinence quatre fois plus élevé que celles du groupe témoin.

Ainsi, l'idée de proposer des incitatifs en les intégrant aux services de consultation téléphonique pour le renoncement au tabac visant les femmes enceintes est prometteuse. Toutefois, les incitatifs représentent une forme de motivation externe à court terme; ils doivent donc, pour mener à l'abandon à long terme du tabac, aller de pair avec l'acquisition par la future mère d'une motivation profonde relativement à sa propre santé et à son bien-être. Les lignes téléphoniques pour le renoncement au tabac pourraient offrir des coupons de moindre valeur échangeables contre des articles susceptibles de renforcer chez la femme sa perception d'elle-même comme non-fumeuse. Ce type d'offre ne supposerait aucune vérification biochimique, et le coût de ces incitatifs symboliques pourrait être couvert par des organisations de soins de santé, des entreprises ou des fondations locales.

Dissocier la démarche du partenaire de celle de la femme enceinte ou de la nouvelle mère, en ce qui a trait à l'abandon du tabac

Il est déjà prouvé que les partenaires et les membres de la famille ont une influence majeure sur la femme enceinte qui cesse de fumer aussi bien que sur la nouvelle mère (Johnson et coll., 2000; McBride et coll., 1998; Pollak et Mullen, 1997; Wakefield et Jones, 1991). Comparativement aux femmes enceintes qui vivent avec des non-fumeurs, celles qui vivent avec un fumeur sont moins susceptibles de cesser de fumer pendant la grossesse et plus susceptibles de rechuter après l'accouchement (McBride et coll., 1990). Bien des recherches ont déjà prouvé que le comportement individuel influence et est influencé par tous les membres de la famille (Wright et Leahey, 2000). Malgré cela, on fait fi, la plupart du temps, des partenaires lorsqu'on cible les personnes concernées par les interventions liées au renoncement au tabagisme chez les femmes enceintes.

La grossesse d'une femme et ses éventuels efforts pour cesser de fumer peuvent modifier la dynamique d'un couple (Bottorff et coll., 2004). Le partenaire de la femme enceinte peut jouer un rôle de soutien très important dans le processus de renoncement au tabagisme de sa partenaire; en revanche, dans certains cas, la grossesse et la décision de cesser de fumer peuvent être synonymes de stress et de tension dans le couple. Doherty et Whitehead (1986) ont parlé du rôle important que le tabagisme peut jouer pour les fumeurs lorsqu'il existe des habitudes prévisibles d'interaction chez un couple fumeur. Bottorff et ses collaborateurs (2004) laissent entendre que la réduction de l'usage du tabac chez la femme peut modifier la routine du couple à certains égards. Par exemple, le fait de fumer peut être important dans la vie sociale de certains couples, et dans le but d'éviter d'exposer la femme à la fumée, le partenaire ira socialiser seul, ce qui peut éloigner l'homme et la femme. Pendant la démarche de renoncement au tabac, les habitudes d'interaction des partenaires changent et devront peut-être être remplacées par des habitudes de non-fumeurs (Bottorff et coll., 2004).

Certains hommes dont la femme est enceinte craignent les conflits qui pourraient être associés au stress causé par le sevrage du tabac, ce qui complique la tâche des femmes qui désireraient cesser de fumer (Greaves et coll., 2003; Wakefield et coll., 1998). Si le partenaire ne désire pas cesser de fumer, le fait d'inciter la femme enceinte à demander à son partenaire d'arrêter de fumer en même temps qu'elle peut créer des tensions au sein de la relation. Dans d'autres cas, c'est l'homme qui insiste pour que sa partenaire cesse de fumer, ce qui rend sa démarche plus difficile. Compte tenu du stress que le renoncement au tabac peut imposer au couple, et la possibilité de sentiment de grande frustration et de colère, on recommande que les conseillers téléphoniques connaissent les enjeux et fassent des suggestions à la femme pour l'aider, tout en dissociant la décision de chacun des partenaires quant à leur tabagisme respectif.

Section II : Recommandations concernant la formation des conseillers

La présente section décrit certains enjeux dont le conseiller doit être conscient lorsqu'il travaille avec des femmes enceintes et des nouvelles mères pour les aider à cesser de fumer. Le conseiller doit avoir en tête trois objectifs principaux.

1. Recruter et intéresser les personnes qui appellent, peu importe le stade où elles se trouvent.
2. Fonctionner selon un paradigme axé sur la femme davantage que sur le fœtus.
3. Soutenir le changement d'identité de fumeuse à non-fumeuse chez la femme.

Faites attention de ne pas présumer des choses suivantes :

1. *La grossesse est une bonne chose, c'est donc un moment opportun pour un changement positif.* Souvenez-vous que la grossesse n'a peut-être pas été planifiée et peut être une source de stress intense dans la vie de la future mère. Elle n'a peut-être pas du tout envisagé de cesser de fumer avant d'apprendre qu'elle était enceinte, et elle peut être réticente à l'idée de cesser de fumer.

2. *Les femmes enceintes savent que le tabac nuit au fœtus.*

Certaines femmes ne sont pas nécessairement bien informées des effets du tabagisme sur la santé du fœtus. Demandez à la cliente ce qu'elle connaît des effets nocifs du tabac sur la santé, et quelles sont ses craintes, si elle en a.

3. *La santé du fœtus devrait être une motivation suffisante pour que la femme cesse de fumer.* L'approche centrée sur le fœtus peut être préjudiciable et donner des résultats temporaires. Elle favorise les motivations externes ainsi que les sentiments de culpabilité et de peur. Il est important de concentrer la démarche sur la mère et non seulement sur le fœtus. Si la femme mentionne (sans qu'on lui ait suggéré) le fœtus comme motivation, il convient bien sûr de reconnaître la pertinence de l'intention et de soutenir cette dernière, mais il faut aussi amener la femme à tenir compte d'autres facteurs de motivation profonds et à long terme. Il est important de transmettre le message qu'elle augmente ses chances de réussite si elle cesse de fumer pour elle-même. Toute incidence positive de son renoncement au tabagisme sur les autres (le fœtus, le bébé ou les autres non-fumeurs de la maisonnée) peut être interprétée comme un « bénéfice » important, mais pas comme le facteur principal motivant le renoncement au tabac.

4. *Le partenaire de la femme enceinte veut nécessairement qu'elle cesse de fumer.*

N'oubliez pas que la future mère n'a pas nécessairement de partenaire, et que si elle en a un, il n'est peut-être pas d'accord avec la grossesse ni avec le désir de la future mère de cesser de fumer. En outre, le partenaire peut être un homme ou une femme.

5. *Aider une femme enceinte à cesser de fumer n'est en rien différent d'aider n'importe quel fumeur.*

Souvenez-vous que les femmes enceintes, si on les compare à l'ensemble de la population, se trouvent dans une situation très particulière si elles fument (stigmates sociales, taux élevé de rechutes, changements physiologiques, condensation du processus sur une période plus brève). Le taux élevé de rechutes après l'accouchement prouve qu'il n'est pas approprié de traiter les femmes enceintes comme l'ensemble des fumeurs. Les femmes enceintes semblent souvent traverser le processus de « renoncement » et pourtant elles recommencent à fumer après leur grossesse.

6. *La future mère a dit à son médecin et aux autres professionnels de la santé qu'elle fumait.*

Les femmes enceintes qui fument sont souvent stigmatisées et donc mal à l'aise de dire aux autres qu'elles fument. Les professionnels de la santé qui la traitent ne savent peut-être pas qu'elle fume ou qu'elle a cessé de fumer spontanément ou temporairement lorsqu'elle a appris qu'elle était enceinte.

Le stigmate entourant les femmes enceintes fumeuses

Les professionnels de la santé et les conseillers peuvent avoir des sentiments précis à l'égard des femmes enceintes qui fument. Lorsqu'une femme est visiblement enceinte, elle peut se sentir harcelée par les étrangers lorsqu'elle fume en public, ce qui peut exacerber sa culpabilité. Il est important que les conseillers reconnaissent que le fait de renoncer à la cigarette est un processus difficile, et que la femme enceinte qui fume peut vivre des expériences difficiles en public. Les conseillers doivent être sensibles aux sentiments que la femme exprime par rapport à son tabagisme.

Communication efficace

L'échange d'information et la maximisation des possibilités dans le cadre de la consultation téléphonique est un art. Pendant la conversation, les sujets amenés par la cliente ou les craintes qu'elle exprime peuvent servir de *vecteurs* au conseiller attentif qui orientera en conséquence les informations et le soutien offert. Les renseignements transmis seront plus utiles à la cliente s'ils sont adaptés à sa situation.

Lorsqu'il transmet les informations, un conseiller efficace tentera de déterminer si la cliente :

1. a entendu l'information ou la connaît déjà;
2. la comprend;
3. croit les informations transmises;
4. est prête à les mettre en application.

N'oubliez pas de demander régulièrement à la personne qui appelle si elle a d'autres questions ou préoccupations; accueillez les commentaires.

Autres enjeux concernant la grossesse et le renoncement au tabac

Nausées

La femme enceinte peut perdre l'envie de fumer si elle a des nausées. Toutefois, l'envie de fumer peut ressurgir dès que les nausées prennent fin.

Je ne me sens pas enceinte

Les femmes qui ne se sentent pas enceintes peuvent être moins disposées à cesser de fumer ou à envisager de le faire.

La grossesse n'était pas prévue

Les femmes qui n'ont pas prévu tomber enceintes peuvent ne pas avoir envisagé de cesser de fumer.

Inconfort physique attribuable à la grossesse

Les femmes enceintes qui éprouvent un inconfort physique peuvent avoir épuisé toutes leurs stratégies habituelles pour surmonter l'inconfort, en vain. Elles peuvent s'accrocher à la cigarette comme à la seule chose qui lui permet de « rester saine ».

Inconfort physique

- À la fin de la grossesse — mictions fréquentes, chevilles et jambes enflées, difficulté à bouger, mal de dos, mouvements brusques du bébé.
- Après l'accouchement — fatigue physique ou douleur attribuable à l'accouchement (au niveau du vagin ou de la zone de la césarienne), seins endoloris, fluctuation du taux d'hormones.

Stress

Pour de nombreuses raisons, le stress peut augmenter pendant la grossesse et après l'accouchement. Voici quelques-unes des raisons :

- peur de l'inconnu, de ne pas être une bonne mère, du processus de la naissance;
- manque de sommeil;
- pression sociale pour arrêter de fumer;
- complications relatives à la grossesse ou à la naissance;
- difficultés sur le plan des relations humaines ou dans le couple.

Gain de poids

Le gain de poids ne préoccupe pas toutes les femmes enceintes qui fument. Cependant, il est normal de prendre du poids pendant la grossesse, et certaines femmes peuvent percevoir le tabagisme comme une façon de contrôler leur poids. S'il y a lieu, le conseiller doit transmettre à la femme certaines informations sur le gain de poids pendant la grossesse. Le gain de poids pendant la grossesse est attribuable à une accumulation de graisse, mais aussi au poids du bébé, et ce gain est nécessaire en vue de l'allaitement.

La croyance que « le mal est déjà fait »

Si la femme enceinte appelle pour la première fois alors que sa grossesse achève, elle peut se dire que le mal est déjà fait au fœtus et qu'il est « trop tard » pour cesser de fumer. Rappeler à la future mère que le fait de renoncer au tabac en tout temps aura des effets bénéfiques immédiats sur elle et sur son bébé, peu importe ses antécédents ou les éventuelles rechutes (Quit Victoria, 2003). Même si l'idéal est de cesser de fumer le plus tôt possible, le fait de renoncer au tabac vers la fin de la grossesse est néanmoins synonyme de bénéfices — si on compare avec les effets indésirables du tabagisme continu (Klesges et coll., 2001).

Dépression post-partum

Après la naissance de leur enfant, de nombreuses femmes vivent une période de détresse affective et de tristesse. Montrez-vous disponible pour aborder les sentiments de la cliente. Faites-lui savoir que ses sentiments de tristesse et d'angoisse sont courants après un accouchement pour bien des femmes. Il faut conseiller aux femmes qui semblent vivre une dépression post-partum de consulter leur médecin. Encouragez la cliente à fixer un autre rendez-vous téléphonique avec vous pour obtenir du soutien et d'autres services.

(Quit Victoria, 2003)

Allaitement

La nicotine est hydrosoluble et liposoluble : elle peut donc se retrouver dans le lait maternel. La concentration de nicotine dans le lait maternel varie selon le nombre de cigarettes fumées depuis la dernière fois que le bébé a bu et le temps écoulé depuis la dernière cigarette fumée (Dempsey et Benowitz, 2001; Luck et Nau, 1985). Proposez à la femme d'attendre au moins une heure après la dernière cigarette avant d'allaiter.

Fidélisation des clients

Soyez toujours à l'affût des occasions qui se présentent de fidéliser la clientèle, et essayez de fixer d'autres rendez-vous téléphoniques. Les appels faits par le conseiller peuvent garantir la communication avec la cliente et correspondre à un soutien actif.

Section III : Protocole

I. Recrutement

Le présent protocole a été conçu pour être intégré aux services offerts par les lignes téléphoniques canadiennes pour le renoncement au tabac. Nous proposons d'utiliser une combinaison de méthodes de recrutement inspirées de certaines campagnes publicitaires de grande envergure pour établir des partenariats avec les professionnels de la santé afin d'inciter les femmes enceintes à communiquer avec les lignes téléphoniques pour le renoncement au tabac. Dans une optique à plus long terme visant à inciter les fumeuses enceintes à solliciter du soutien, on pourra créer un service de « liaison », c'est-à-dire que les clientes communiqueraient avec les conseillers des lignes téléphoniques générales pour le renoncement au tabac en composant un numéro de téléphone distinct lié à une stratégie publicitaire précise ciblant les fumeuses enceintes.

Publicité à grande échelle

Dans le cadre de campagnes publicitaires ciblées, on pourrait inviter les femmes enceintes à appeler une ligne téléphonique générale de renoncement au tabac, en précisant que les conseillers qui offrent le service comprennent bien les enjeux et préoccupations touchant les femmes enceintes. La publicité pourrait être diffusée à la radio, à la télévision, dans les journaux et dans des brochures distribuées dans les centres communautaires et les cabinets de médecin.

Partenariat avec des programmes visant les femmes enceintes

Pour attirer un plus grand nombre de femmes vers les services offerts par les lignes téléphoniques pour le renoncement au tabac, il est pertinent de favoriser la collaboration avec les programmes visant les femmes enceintes et les programmes de développement du jeune enfant à l'échelle du Canada. Les responsables de ces programmes peuvent aiguiller les femmes concernées vers les lignes de consultation téléphonique, et ces dernières peuvent diriger les clientes vers les programmes mentionnés ici s'il y a lieu pendant leur grossesse ou après l'accouchement. Quelques exemples de programmes :

- Programme visant les femmes enceintes en Colombie-Britannique (pour obtenir des informations ainsi que la liste de plus de 40 programmes en Colombie-Britannique, veuillez consulter le site www.bcapop.ca)
- Programme canadien de nutrition prénatale — pour une description des programmes et la liste complète de ces derniers, veuillez consulter la page suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/programs-mes/pcnp_accueil_f.html
- Les ressources nationales en ligne concernant la grossesse peuvent aussi inciter les femmes enceintes à solliciter les services des lignes de consultation téléphonique pour le renoncement au tabac — par exemple, Motherisk (www.motherisk.org/) et le site de Infant Feeding Action Coalition (www.infactcanada.ca)

Mesures prises par d'autres professionnels

Les femmes concernées en viendront à percevoir le tabagisme comme un problème si les professionnels de la santé et les autres spécialistes avec lesquels elles discutent abordent le tabagisme et ses méfaits. On peut fournir aux médecins, conseillers et autres professionnels de la collectivité des fiches d'information sur les lignes téléphoniques pour le renoncement au tabac, information qu'ils pourront à leur tour distribuer à leurs patientes enceintes. La

transmission de ce type d'information pourra faciliter les discussions avec les femmes enceintes au sujet du tabagisme ainsi que l'aiguillage vers des lignes téléphoniques pour le renoncement au tabac.

Recrutement proactif par la ligne téléphonique pour le renoncement au tabac

Les professionnels de la santé peuvent obtenir des femmes enceintes un consentement écrit permettant à un préposé de la ligne téléphonique pour le renoncement au tabac de communiquer avec elles. La ligne téléphonique de soutien pour les fumeurs de l'Association pulmonaire de Terre-Neuve a élaboré un formulaire tout simple que la femme peut remplir en compagnie de son médecin, qui télécopie ensuite le document à la ligne de soutien, laquelle accepte de communiquer avec la femme concernée (voir l'annexe A pour obtenir un exemple du formulaire de consentement).

Fixer les rendez-vous téléphoniques

- Selon Trotter (2000), il est préférable de prévoir un seul appel relativement long, c'est-à-dire d'environ 30 minutes.
- Quit Victoria recommande d'offrir de cinq à dix appels.
- Pendant chaque appel, demandez à la femme si elle désire qu'on lui téléphone de nouveau.
- Proposez un échéancier pour le renoncement au tabac; par exemple, si la cliente envisage déjà de cesser de fumer, l'inciter à fixer une date précise.
- Si la cliente n'a pas l'intention de cesser de fumer à l'heure actuelle, fixez un rendez-vous téléphonique de suivi pour discuter de l'évolution de la grossesse et des mesures de réduction des méfaits.
- Offrir de fixer d'autres rendez-vous téléphoniques de suivi, particulièrement après l'accouchement.

Échéancier proposé pour les rendez-vous téléphoniques de suivi — fréquence minimale^{1, 2}

- appel initial
- un appel dans un délai de deux mois suivant l'appel initial
- un appel vers le septième ou le huitième mois suivant l'appel initial
- un appel au cours du premier mois suivant l'accouchement
- un appel vers le troisième mois après l'accouchement
- un appel vers le sixième mois après l'accouchement

Si la cliente n'a pas fixé de date pour cesser de fumer

- Si la cliente n'a pas fixé de date pour cesser de fumer, l'appeler une fois par semaine pendant deux semaines.
- Évaluer sa *motivation* à cesser de fumer et sa *volonté* à renoncer au tabac.
- Rendez-vous à l'écran *réduction des méfaits* si la cliente n'a pas l'intention de cesser de fumer ou ne désire plus communiquer avec la ligne téléphonique pour le renoncement au tabac.

¹ Quit Victoria, 2003

² Great Start

Si la cliente a récemment cessé de fumer ou a établi une date pour arrêter de fumer^{1, 2}

- appel initial
- un appel la veille de la date fixée pour l'abandon du tabac
- un appel le lendemain de la date fixée pour l'abandon du tabac
- un appel trois jours après la date fixée pour l'abandon du tabac
- un appel sept jours après la date fixée pour l'abandon du tabac
- un appel 14 jours après la date fixée pour l'abandon du tabac
- un appel 28 jours après la date fixée pour l'abandon du tabac

Mentionnons que certaines clientes recevront plus d'appels que d'autres. La fréquence des appels dépendra de l'état d'avancement de la grossesse de la cliente au moment où elle communique pour la première fois avec la ligne téléphonique pour le renoncement au tabac et du désir de la cliente de recevoir d'autres appels et des informations supplémentaires.

Aiguiller la cliente

Dans une optique axée sur la femme, nous proposons une liste de sujets susceptibles d'intéresser les fumeuses enceintes, afin d'orienter les conseillers lorsqu'il discutent avec la cliente. Les conseillers devraient pouvoir accéder à différents écrans concernant divers sujets : il s'agirait en fait de « sous-protocoles » (p. ex. sur la réduction des méfaits, les ressources en matière de soutien); ainsi, le conseiller pourrait utiliser ou non ses écrans selon les questions soulevées par la cliente. Le présent protocole est délibérément conçu pour aider les conseillers à avoir une discussion non dirigée avec la cliente, sans ordre préétabli, par opposition à un protocole très structuré qui ressemblerait à un « arbre de décision ». Il est important que le conseiller garde en tête les trois objectifs principaux pendant qu'ils abordent les divers sujets avec la patiente de façon semi-structurée. Il faut inciter les femmes à exprimer leurs préoccupations, sans trop « insister ». Les conseillers ne se serviront pas de tous les écrans à chaque appel téléphonique.

Le premier appel

- Demander à toutes les femmes qui appellent si elles sont enceintes.
- Dans l'affirmative, se diriger vers les écrans additionnels du « protocole pour les femmes enceintes ».

Souvenez-vous que, pour *toutes* les interventions, les trois principaux objectifs sont les suivants :

Fidélisation

Démarche axée sur la femme

Changement d'identité

II. Écrans du protocole des lignes téléphoniques pour le renoncement au tabac

1. Questions liées à l'identité et à la motivation
 - 1.a. Évaluer la motivation au changement
 - 1.b. Consignes pour créer une liste des pour et des contre en vue de la prise de décision

- 1.c. Cerner les éléments déclencheurs et tenir un journal du fumeur
2. Prévention des rechutes
3. Échange d'information
4. Récompenses et renforcement
5. Sources de soutien
6. Dissociation par rapport à la démarche de renoncement du partenaire
7. Réduction des méfaits
8. Appels faits vers la fin de la grossesse
9. Appels de suivi
 - 9.a. Pendant la grossesse
 - 9.b. Après l'accouchement

1. Questions liées à l'identité et à la motivation

- L'objectif est de favoriser un **changement d'identité** de fumeuse à non-fumeuse chez la femme.
- D'abord, demander à la cliente de vous raconter son histoire avec la cigarette et de définir son identité de fumeuse, sans établir de lien direct avec la grossesse.
- Demander à la femme si elle désire cesser de fumer.
- Posez-lui des questions sur ses antécédents tabagiques et ses motivations pour cesser de fumer.
 - Quels sont ses antécédents tabagiques?
 - Depuis combien de temps envisage-t-elle de cesser de fumer?
 - Est-ce qu'elle s'imagine non-fumeuse dans l'avenir?
 - Est-ce qu'elle a déjà essayé d'arrêter de fumer? Combien de temps a-t-elle réussi à s'abstenir?
 - Comment explique-t-elle sa ou ses rechutes?
 - Est-ce qu'elle désire cesser de fumer depuis longtemps?
- En ce moment, quels facteurs pourraient faciliter sa démarche de renoncer au tabac ou au contraire lui compliquer la tâche? Si la cliente mentionne des problèmes de violence ou de santé mentale qui ne relèvent pas du champ de compétence du conseiller, établir le lien entre ces enjeux et le renoncement au tabac, puis aiguiller la cliente vers des organismes qui pourront l'aider.

1.a. Évaluer la motivation au changement

- Établir si les motivations de la cliente sont profondes (elle désire cesser de fumer pour elle-même) ou externe (elle veut arrêter pour le fœtus). L'inciter à abandonner le tabac pour son propre bien-être plutôt que pour le fœtus.
- Si la cliente désire cesser de fumer parce qu'elle est enceinte, manifester votre compréhension à l'égard de la pression qu'elle subit probablement de la part des autres et d'elle-même pour cesser de fumer.
- La féliciter d'avoir pris la décision de cesser de fumer.
- Souligner les effets bénéfiques du renoncement au tabac sur la santé du fœtus et de la mère. Ces avantages sont immédiats¹ :

¹ Pour obtenir de plus amples informations, veuillez visiter le site de Santé Canada — Vie 100 Fumer, www.vie100fumer.com; vous pouvez aussi consulter Gottlieb, 1992; et les citations des clients du centre Aurora par Poole, 2000.

- après un seul jour d'abstinence, la pression artérielle diminue, le pouls ralentit et la température des mains et des pieds augmente.
 - Après seulement deux jours d'abstinence, l'odorat et le goût s'améliorent.
 - Le taux de monoxyde de carbone revient à la normale et le taux d'oxygène dans le sang augmente, ce qui est synonyme de plus d'oxygène pour le fœtus.
 - Après seulement deux ans de vie sans fumée, le risque accru de crise cardiaque attribuable au tabagisme est éliminé (chez les personnes qui ne présentent pas de problème cardiaque).
 - La cliente disposera de plus d'argent pour elle-même et ses enfants.
- Aborder les questions sociales et économiques. Tenir compte du fait que le tabagisme est souvent lié de façon secondaire à d'autres facteurs de stress.
 - Inciter et aider la cliente à dresser une liste des inconvénients liés au renoncement au tabac et des avantages liés au tabagisme, et une autre liste des avantages liés à l'abandon du tabagisme et des désavantages liés au tabagisme. Le fait d'établir ce type de listes aide les personnes concernées à analyser en profondeur leur ambivalence à l'égard de la décision d'arrêter de fumer, et les aide à repérer des solutions de rechange pour remédier aux désavantages liés à l'abandon du tabac et renoncer aux avantages liés au tabagisme. Inciter les femmes à prendre le temps d'établir ces listes et d'y réfléchir, ce qui leur permettra de mieux assumer leur ambivalence et de repérer un plus grand nombre de motivations profondes, etc. L'établissement de ce type de liste peut aider la cliente à mettre en perspective le pourquoi et le comment de cette décision, et la communication de cette liste au conseiller pourra favoriser une connexion fructueuse entre les interlocuteurs. On trouvera ci-dessous un exemple de liste de pour et de contre que vous pourrez décrire à la cliente.

1.b. Consignes pour créer une liste des pour et des contre en vue de la prise de décision²

Voici quelques questions que la cliente pourra se poser au moment d'établir la liste des avantages et des inconvénients liés au tabagisme, d'une part, et à une vie sans fumée, d'autre part. Comparez la liste des avantages liés à l'abandon du tabac et la liste des avantages liés au tabagisme. Laquelle est la plus longue? Demandez-vous s'il existe des moyens plus sains de continuer de bénéficier des avantages liés au tabagisme? Comparez la liste des désavantages liés à l'abandon du tabac et des désavantages liés au tabagisme. Laquelle est la plus longue? Pouvez-vous imaginer des moyens de réduire les désavantages liés à l'abandon du tabac? Ces listes vous aident à évaluer les raisons qui motivent votre décision, et nous pouvons en discuter ensemble si vous le désirez. Avec le temps, vous arriverez sans doute à faire pencher la balance en faveur du renoncement au tabac. Si vous prenez le temps de bien évaluer les avantages et les désavantages liés à l'abandon du tabac et au tabagisme, vous augmentez vos chances de réussite à long terme.

	RENONCER AU TABAC	CONTINUER DE FUMER
AVANTAGES		
DÉSAVANTAGES		

² Contenu adapté à partir des documents produits par l'unité d'orientation du changement individuel du Centre de toxicomanie et de santé mentale

1.c. Cerner les éléments déclencheurs et tenir un journal du fumeur :

Aider la cliente à se rendre compte des éléments déclencheurs; en quoi ont-ils changé pendant la grossesse et après la naissance de l'enfant? Cette démarche représente une occasion de maintenir la communication avec la cliente pendant la grossesse et après l'accouchement.

Exemples³

- Demander à la cliente de cerner les moments où elle aime fumer et les moments où elle a besoin d'une cigarette, et aidez-la à prévoir de quelle façon elle surmontera la tentation dans ces circonstances. Par exemple, si elle fume systématiquement une cigarette le matin avec un café, proposez-lui de modifier légèrement sa routine. Elle pourrait peut-être varier le choix du moment, ou prendre un jus de fruit, un verre d'eau ou un thé au lieu du café, afin de briser l'association avec la cigarette.
- Repérer des moyens de diversion ou de distraction pour surmonter l'envie de fumer — exercice physique, causerie avec un ami, se brosser les dents, respirer profondément, mâcher de la gomme à la nicotine, etc.
- Se rappeler que les envies irrésistibles de fumer augmentent en intensité pendant trois minutes au maximum avant de diminuer. Aidez la cliente à prévoir de quelle façon elle se distraira — respirer profondément peut être utile.
- Encouragez la cliente à tenir un journal du fumeur pendant deux jours, pour consigner les moments où elle fume ainsi que les circonstances et les sentiments liés au geste. Prévoir un rendez-vous pour examiner le journal avec elle et repérer les moments critiques.

Exemple de journal du fumeur

Journal du fumeur	Jour 1	Jour 2
Moment :		
Que faisiez-vous?		
Avec qui étiez-vous?		
Comment vous sentiez-vous?		
Dans quelle mesure avez-vous apprécié la cigarette?		
Dans quelle mesure aviez-vous besoin de cette cigarette?		
Comment vous êtes-vous senti après?		

³ Contenu adapté à partir du site Quit UK, www.quit.org.uk/

2. Prévention des rechutes

Il est important que s'établisse une relation positive exempte de jugement entre le conseiller et la cliente.

- Faites savoir à la cliente que vous comprenez qu'il est difficile de renoncer au tabac et de ne pas rechuter.
- Faire comprendre à la cliente qu'elle doit envisager le renoncement au tabac comme une entreprise de longue haleine.
- Distinguer les écarts de la rechute complète.

Comprendre la rechute postnatale

- Il est possible que le renoncement au tabac pendant la grossesse relève d'une « abstinence temporaire » davantage que d'un changement permanent de comportement.
- Certaines femmes peuvent adopter spontanément une « identité distincte » de non-fumeuse pendant leur grossesse.
- Il est possible que l'identité de la femme ne soit pas passée de fumeuse à non-fumeuse, particulièrement si le renoncement au tabac était motivé par des facteurs externes (p. ex. le fœtus/bébé).
- La rechute est souvent perçue par la femme comme une récompense après la grossesse, et elle peut avoir été planifiée.

Posez les questions de Stott pour évaluer la rechute⁴ :

(1) À l'heure actuelle, lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre objectif personnel en ce qui a trait au tabagisme après la grossesse?

- (i) Demeurer non-fumeuse;
- (ii) Fumer seulement dans certaines circonstances et me maîtriser suffisamment pour cela;
- (iii) recommencer à fumer;
- (iv) je ne sais pas exactement quel est mon objectif en ce moment.

(2) Dans quelle mesure êtes-vous susceptible de fumer au cours des six premiers mois suivant la naissance du bébé?

- (i) extrêmement susceptible de fumer;
- (ii) très susceptible;
- (iii) relativement susceptible;
- (iv) pas tellement susceptible;
- (v) pas du tout susceptible de fumer.

(3) Depuis votre visite prénatale, avez-vous fumé une cigarette (ne serait-ce qu'une bouffée)?

- i. Oui
- ii. Non

⁴ Stotts et coll., 2002

Compte tenu de la probabilité élevée de rechute après la naissance du bébé, il est important de faire des appels de suivi. Ici encore, il faut se concentrer sur la santé de la femme et les avantages d'une vie sans fumée. Discutez des facteurs additionnels de stress dans la vie de la mère après la naissance de l'enfant. Abordez aussi les effets nocifs de la FTS sur la santé du bébé et de la mère.

3. Échange d'information

La femme peut connaître ou pas tous les effets nocifs du tabagisme sur la santé, particulièrement pendant la grossesse et la période postnatale. Il est important d'être disposé à fournir des informations et à aborder les avantages liés à l'abandon du tabac.

- Plutôt que de répertorier les effets nocifs du tabagisme, parlez des risques liés au tabagisme dans le cadre d'une conversation sur les motivations qui sous-tendent la décision de cesser de fumer.
- Il est utile de poser des questions ouvertes, comme « pouvez-vous envisager de modifier votre usage du tabac? » plutôt que de dire à la cliente qu'elle doit cesser de fumer⁵.
- Soyez prêt à poursuivre avec d'autres questions comme « à quel moment allez-vous procéder à ces changements? » ou « Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer avant? »⁶
- Si la cliente est mal informée, remédiez à la situation en lui fournissant des informations pertinentes. Par exemple, il faut dissiper le mythe selon lequel « si la cigarette n'a pas eu d'effet nocif sur mon bébé pendant ma dernière grossesse, il n'y aura pas de problème pendant cette grossesse-ci non plus ».

Remarquez si la femme a d'autres enfants. Demandez-lui comment elle vit son rôle de mère et comment se portent ses enfants. Fournissez-lui des informations sur les effets de la fumée de tabac secondaire dans ce type de contexte.

- Permettez en tout temps à la cliente de poser des questions.

4. Récompenses et renforcement

- Envisagez d'offrir des incitatifs aux femmes enceintes pour les encourager à cesser de fumer.
- Exemples d'incitatifs : cadeaux, coupons échangeables contre certains articles.
- Les récompenses peuvent favoriser le changement d'identité de fumeuse à non-fumeuse, particulièrement s'il s'agit d'objets qui mettent en valeur une vie sans fumée (p. ex. une chaîne porte-clés où on peut lire un message de félicitations ou d'encouragement).
- Les récompenses peuvent favoriser la fidélisation de la clientèle.
- Envisager d'offrir des incitatifs à son partenaire s'il renonce aussi au tabac.

Notez que les incitatifs constituent des facteurs de motivation externes à court terme utiles pour encourager la personne à cesser de fumer et renforcer le changement. Il faut toutefois favoriser une transition vers des facteurs de motivation personnels et une nouvelle identité.

5. Sources de soutien

- Mettre l'accent sur les relations positives et sur le soutien que la femme peut obtenir de ses amis, sa famille, ses collègues.

⁵ (Quit Victoria, 2003, p.8)

⁶ (Quit Victoria, 2003, p.8)

- Ne pas tenir pour acquis que la cliente a un partenaire.
- Demander à la cliente si elle a accès à du soutien et à des soins.
- Est-ce que l'appelante a un mentor ou un partenaire pour cesser de fumer?
- Est-ce que ses proches l'encouragent ou la découragent?
- Se concentrer sur les autres activités de la cliente, en écartant la cigarette comme activité sociale pour privilégier un mode de vie plus sain et inciter la cliente à faire des choix en conséquence.

Offrir du soutien

- Reconnaître les pressions sociales qui pèsent sur les femmes enceintes pour qu'elles cessent de fumer⁶.
 - Nous sommes là pour vous aider si vous désirez cesser de fumer et éviter les rechutes.*
 - Nous ne serons pas déçus de vous si vous fumez des cigarettes.*
 - Nous ne sommes pas là pour vous dire de cesser de fumer.*
 - Nous pouvons vous appeler lorsque vous le désirez, pour voir comment vous allez.*

6. Dissociation par rapport à la démarche de renoncement du partenaire

- Ne tenez pas pour acquis que la femme a un partenaire.
- Ne tenez pas pour acquis que le partenaire est masculin.
- Ne tenez pas pour acquis que le partenaire a une attitude de soutien par rapport à la grossesse.
- Ne tenez pas pour acquis que le partenaire a une attitude de soutien par rapport à l'éventualité que la femme cesse de fumer.
- Reconnaître les différences et la dynamique de pouvoir entre les partenaires.
- La grossesse est souvent une période de transition et de changement dans les relations.

Aborder la question du tabagisme du partenaire, mais en la dissociant de la décision de la cliente. Voici quelques questions que le conseiller peut poser :

- Est-ce que votre partenaire envisage de cesser de fumer ou de modifier son usage du tabac?
- Quels sont les sentiments de votre partenaire relativement à votre décision d'essayer de cesser de fumer?
 - S'il y a un conflit dans la relation, le renoncement au tabac peut aggraver la situation, mais le fait de continuer à fumer peut AUSSI envenimer le conflit.
 - Si les proches de la cliente ont une attitude très négative par rapport au fait qu'elle continue de fumer, il peut être pertinent d'aider la future mère à verbaliser ses peurs et ses connaissances à propos du tabagisme pendant la grossesse.

7. Réduction des méfaits

- Les stratégies de réduction des méfaits ont généralement un effet bénéfique sur la santé de la mère et du fœtus — elles sont préférables au tabagisme continu.
- L'objectif des stratégies de réduction des méfaits est d'atténuer les dommages causés par le tabagisme.
- À ce jour, on n'a pas réussi à prouver que les TRN ont un effet nocif sur les femmes enceintes ou leur fœtus.

- Recommander à la cliente de consulter son médecin pour obtenir des informations sur l'utilisation d'une TRN ou de communiquer avec Motherisk pour obtenir des informations. (URL : www.motherisk.org / téléphone : 1 877 327-4636)
- Accroître la consommation d'acide folique, de fer et de vitamine comme mesures additionnelles pour améliorer la santé.
- Recommander à la cliente de fumer à l'extérieur, si la chose est possible et faisable de façon sécuritaire, afin de réduire l'exposition de l'enfant à la fumée de tabac secondaire non filtrée.

8. Appels faits vers la fin de la grossesse

- Le contenu des dernières pages s'applique même si la cliente appelle le service pour la première fois vers la fin de sa grossesse.
- La femme peut se demander, à ce stade, s'il vaut encore la peine de cesser de fumer.
- Confirmer qu'il est bénéfique pour le bébé que la mère cesse de fumer 24 heures avant la naissance.
- Confirmer que les effets positifs du renoncement au tabac sur la santé de la mère sont immédiats.
- Dans le cas des femmes qui en sont au dernier trimestre de leur grossesse, le renoncement au tabac « à long terme » prendra une toute autre signification : on renvoie non pas à la durée de la grossesse, puisque la femme accouchera au plus tard dans quelques mois, mais plutôt à la période postnatale.

9. Appels de suivi

9.a. Pendant la grossesse

- Commencer par demander à la femme comment elle va en général avant de poser des questions sur la grossesse.
- Aborder les enjeux qu'elle soulève qui ne sont pas liés à la grossesse.
- Si la cliente soulève des questions qui ne relèvent pas du champ de compétences du conseiller, comme les cas d'abus ou de troubles mentaux, aiguillez la cliente vers les ressources pertinentes ou invitez-la à rappeler pour obtenir de plus amples renseignements.
- Demander si la cliente peut se percevoir comme une non-fumeuse. Dans l'affirmative, jusqu'à quand?
- L'objectif à long terme est que la femme ne fasse pas une rechute après la naissance de l'enfant.
- Si la future mère est « fixée » sur une motivation externe (p. ex. la santé du fœtus, de la famille ou d'autres personnes), tentez de transformer cette motivation en motivation externe à long terme.
- Invitez la femme à poser des questions.

9.b. Appels après l'accouchement

- Si on appelle peu après l'accouchement, on parlera moins du tabagisme que de l'état général de la cliente.
- Se concentrer sur les avantages liés à l'abandon du tabac pour elle et sur ce qui la motive à améliorer sa propre santé.

- Lui demander si le bébé constitue toujours pour elle une motivation dans sa démarche de non-fumeuse. Faites-lui savoir que son accomplissement est admirable jusqu'ici et que le fait de protéger son enfant de la FTS est une autre façon d'avoir une incidence positive sur le bien-être de son bébé.
- Discuter des effets de la fumée secondaire.
- Discuter des effets du tabagisme sur le lait maternel.
- Tenter de fixer un autre rendez-vous téléphonique avec la cliente afin de lui offrir un soutien à long terme dans sa démarche.

Sources

Action on Women's Addictions – Research and Education (AWARE) and Breaking the Cycle. (2002) *The Smart Guide*. Kingston (Ontario). URL : aware.on.ca

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., & Yaffe, S. (2000). The use of pharmacotherapies for smoking cessation during pregnancy. *Tobacco Control*, 9 (Suppl III), iii91-iii94.

Borland, Ron. (2001) Effectiveness of call-back counselling for smoking cessation. *Addiction*, 96, 881-889.

Bottorff, JL., Johnson, JL., Irwin, LG. & Ratner, PA. (2000) Narratives of smoking relapse: The stories of postpartum women. *Research in Nursing and Health*, 23, 126-134.

Bottorff, JL, Kalaw, C., Johnson, JL., Greaves, L. & Stewart, M. (sous presse). Tobacco use in intimate spaces: Issues in the qualitative study of couple dynamics. *Qualitative Health Research*.

Bottorff, JL., Johnson, JL., Greaves, L., Stewart, M. & Kalaw, C. & Stewart, M. (soumis) *An inside look at couple dynamics during tobacco reduction in pregnancy*. Nursing and Health Behaviour Research (NAHBR) Unit, School of Nursing, University of British Columbia, Vancouver (C.-B).

Centre de toxicomanie et de santé mentale. Toronto (Ontario). URL: <http://www.camh.net/fr/index.html>

Coleman, G. J., & 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., & McIntyre, L. (1999). The sociodemographic predictors of smoking cessation among pregnant women in Canada. *Revue canadienne de santé publique*, 90, 352-355.

Corr, William. (3 février 2004) HHS Initiatives to Fund Smoking Cessation Quitlines Good First Step that Should Be Part of More. *U.S. Newswire*. www.hhs.gov/news/press/2004pres/20040203.html

Dempsey, D. A., & Benowitz, N. L. (2001). Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Safety*, 24(4), 277-322.

Doherty, WJ et Whitehead, DA (1986) The social dynamics of cigarette smoking: a family systems perspective. *Family Process*, 25(3), 453-459.

Donatelle, RJ., Prows, SL., Champeu, D. et Hudson, D. (2000) Randomized controlled trial using social support and financial incentives for high risk pregnant smokers: Significant other support (SOS) program. *Tobacco Control*, 9 (Suppl.III), iii67-iii69.

Ershoff DH, Quinn VP, Mullen PD. (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.

Fingerhut LA, Kleinman JC et Kendrick JS. (1990) Smoking before, during and after pregnancy. *Am J Public Health*. 80, 541-544.

Gottlieb, SO. (1992) Cardiovascular benefits of smoking cessation. *Heart Disease & Stroke*. 1(4):173-5.

Great Start. USA. URL : www.americanlegacy.org/greatstart/html/home.html

Greaves, L., Cormier, R., Devries, K., Bottorff, J., Johnson, J., Kirkland, S et Aboussafy, D. (2003) Expecting to Quit: A Best Practices Review of Smoking Cessation Interventions for Pregnant and Postpartum Girls and Women. *Santé Canada*.

Higgins, ST., Alessi, SM. et Dantona, RL. (2004) Voucher-based incentives: A substance abuse treatment innovation in McCance-Katz, EF et Clark, HW. *Psychosocial Treatments*. New York (NY), Brunner-Routledge.

Higgins, ST., Heil, SH., Plebani Lussier, J., Solomon, L., Abel, RL., Lunch, ME. et McHale, L. (sous presse) Effects of abstinence-contingent vouchers on cigarette smoking among pregnant women [résumé]. *Drug and Alcohol Dependence*.

Holmberg-Schwartz, D. (1997) "Catching Our Breath: A Journal About Change for Women Who Smoke." Winnipeg, Women's Health Clinic.

Johnson, J. L., Ratner, P. A., Bottorff, J. L., Hall, W., & Dahinten, S. (2000). Preventing Smoking Relapse in Postpartum Women. *Nursing Research*, 49(1), 44-52.

Kelley, K., Bond, R. et Abraham, C. (2001) Effective approaches to persuading pregnant women to quit smoking: A meta-analysis of intervention evaluation studies. *British Journal of Health Psychology*, 6, 207-228.

Klesges, L. M., Johnson, K. C., Ward, K. D., & Barnard, M. (2001) Smoking cessation in pregnant women. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 28(2), 269-282.

Lancaster, T et Stead, LF (2004) Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.

Li, CQ., Windsor, RA., Perkins, L., Goldenberg, RL. et Lowe, JB. (1993) The impact on infant birth weight and gestational age of continine-validated smoking reduction during pregnancy. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 269(12), 1519-1524.

Luck, W. et Nau, H. (1985) Nicotine and continine concentrations in serum and urine of infant exposed via passive smoking or milk form smoking mothers. *Journal of Pediatrics*, 107, 816-820.

Macleod ZR, Charles MA, Arnaldi VC, Adams IM. (2003) Telephone counselling as an adjunct to nicotine patches in smoking cessation: a randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia*, 179(7), p. 349-52.

McBride, C. M., Curry, S. J., Grothaus, L. C., Nelson, J. C., Lando, H. A., & 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., & Curry, S. J. (1992). Postpartum relapse to smoking: a prospective study. *Health Education Research*, 7(3), 381-390.

McDonald, Paul W., Jessup, Linda., Stephen Brown, K., Drienzen, Pete., et Filsinger, S. (décembre 2002) Are Interventions Tailored to Stage of Change Really More Effective? - présentation d'affiche. 3^e conférence nationale sur le tabagisme ou la santé, *Science et politiques en action*. (http://www.taylorandassociates.ca/tobacco/english/Abstracts/intervening/McDonald-028_Are_Interventions_tailored_to_stage.PDF)

McPhillips-Tangum C. (1998) Results from the first annual survey on addressing tobacco in managed care. *Tobacco Control*, 7 (Suppl), p. S11-S13.

Mendoza, ME. et Chaves, JF. (2003) Helping pregnant women cope with smoking cessation. *Topics in Advanced Practice Nursing eJournal*, 3(4).

Mullen PD. Maternal smoking during pregnancy and evidence-based intervention to promote cessation dans Spangler JG, dir. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. Philadelphia, Pa, WB Saunders; 1999, p. 577-589.

Mullen, P. D., Quinn, V. P., & Ershoff, D. H. (1990). Maintenance of non-smoking postpartum by women who stopped smoking during pregnancy. *American Journal of Public Health*, 80, 992-994.

Ogburn, P. L., Hurt, R. D., Croghan, I. T., Schroeder, D. R., Ramin, K. D., Offord, K. P., & 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.

Orleans CT, Barker DC, Kaufman NJ, Marx JF. (2001) Helping Pregnant Smokers Quit: Meeting the challenge of the next decade. *The Western Journal of Medicine*, 174(4), 276.

Pallonen, UE. (1998) Transtheoretical Measures for Adolescents and Adult Smokers: Similarities and Differences. *Preventive Medicine*. 27, A29-A38.

Partnership for Smoke-Free Families Program (PSF) (2004a) Smoke Free Families. URL : <http://www.smokefreefamilies.org/news/about.asp>

Partnership for Smoke-Free Families Program (PSF) (2004b) Smoke Free Families. URL : <http://www.helppregnantmokersquit.org/documents/PSFManual.pdf>

Pollak, K. I., & 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. (inédit) *The Aurora Centre's Evaluation for the Smoking Awareness Component of the Residential Treatment Program* – In Aurora Centre's May 2000 Annual Report. Aurora Centre, Women's Health Centre, Vancouver (C.-B).

Prochaska, JO., DiClemente, CC., Velicer, WF., Gimpil S., Norcross JC. (1985) Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*, 10, p. 395-406.

Prochaska, JO., Norcross, JC. et DiClemente, CC. (1994) *Changing for Good: The Revolutionary Program that Explains the Six Stages of Change and Teaches You How to Free Yourself from Bad Habits*. New York, William Morrow and Company.

Prochaska, JO, Velicer, WF., DiClemente, CC. et Fava, J (1988). Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, p. 520-8.

Prochaska, JO., Velicer, WF., Guadagnoli E., Rossi JS, DiClemente, CC. (1991) Patterns of change: dynamic typology applied to smoking cessation. *Multivariate Behavioral Research* 26, p. 83-107.

Quit United Kingdom. URL : www.quit.org.uk

Quit Victoria. Quitline Counselling Guidelines. Carlton: Quit Victoria, The Cancer Council of Victoria; 2003. URL : www.quit.org.au/index2.html

Ratner, PA., Johnson, JL., Botorff, JL., 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.

Reid, RD, Pipe, A., et Dafoe, WA. (1999) Is Telephone counselling a useful addition to physician advice and nicotine replacement therapy in helping patients to stop smoking? *JAMC*, 160(11), 1577-81.

Santé Canada – Vie 100 Fumer. URL : www.vie100fumer.com

Santé Canada. (2003) Rapport sur la santé périnatale au Canada/ Ottawa, Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

Schroeder, D., Ogburn, P., Hurt, R., Croghan, I., Ramin, K., Offord, K., & 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 RH, Solomon LJ, Flynn BS, Skelly JM, Mead PB. (1998) Smoking Relapse Prevention During Pregnancy . A Trial of Coordinated Advice form Physicians and Individual Counseling. *American Journal of Preventive Medicine*, 15(1), 25-31.

- Stead LF, Lancaster T, Perera R. (2004) Telephone Counselling for Smoking Cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 2.
- Stotts AL, DiClemente CC, Carbonari et Mullen P (1996) Pregnancy smoking cessation: A case of mistaken identity. *Addictive Behaviors*, 21(4), 459-471.
- Stotts AL, DiClemente CC et Dolan-Mullen P (2002) One-to-one – A motivational intervention for resistant pregnant smokers. *Addictive Behaviors*, 27(2), 275-292.
- Sutherland – Brown, Carol (2001) Partnership development for the national network of quitlines. Programme de la lutte au tabagisme, *Santé Canada*.
- Trotter, L., (2000) Pilot study of a smoking cessation telephone counselling program for pregnant women *Quit Evaluation Studies*, volume 10, chapter 12. Victoria, Australie, Centre for Behavioural Research in Cancer.
URL : <http://www.quit.org.au/quit/display.cfm?Category=Books&ArticleID=570&table=Links>
- Wakefield, M., Ried, Y., Roberts, L., Mullins, R., & 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. & Jones, W. R. (1991). Cognitive and social influences on smoking behaviour during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 31, 235-239.
- Windsor, RA., Boyd, NR. & Orleans, CT. (1998) A Meta-Analysis of Smoking Cessation Intervention Research among Pregnant Women: Improving the Science and Art. *Health Education Research*, 13(3), 419-38.
- Windsor, RA. et Orlean, CT. (1986) Guidelines and methodological standards for smoking cessation intervention research among pregnant women: Improving the science and art. *Health Education Quarterly*, 13(2), 131-161.
- Wisborg K., Henriksen, TB., Jespersen, LB. et Secher, NJ. (2000) Nicotine Patches for Pregnant Smokers: A Randomized Controlled Study. *Obstetrics & Gynecology*, 96, 967-971.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2003). *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention*. Bruxelles, De Boeck.
- Zhu, SH., Anderson, CM., Tedeschi GJ, Rosbrook B, Johnson CE, Byrd M, Gutierrez-Terrell E (2002) Evidence of real-world effectiveness of a telephone quitline for smokers. *New England Journal of Medicine*, 34(7), 1106-09

Annexe A — Formulaire de consentement

Nous sommes intéressés à communiquer avec les femmes qui ont utilisé le service de consultation téléphonique à des fins de suivi et d'amélioration de notre service. Notre objectif est de vous aider dans votre démarche de renoncement au tabac, de mieux comprendre votre expérience avec le tabagisme et le renoncement au tabac, et de connaître les éléments qui vous auront été utiles dans votre démarche.

Êtes-vous intéressé par ce type de suivi?

Nous donnez-vous la permission de communiquer avec vous? oui, veuillez communiquer avec moi pour me fournir de plus amples renseignements

non, ne communiquez pas avec moi

Prénom : _____

Nom de famille : _____

Veillez préciser de quelle façon vous désirez que l'on communique avec vous :

- Par la poste régulière? Oui Non *Dans l'affirmative, veuillez fournir votre adresse postale*

Rue _____ Ville _____ Code postal _____

- par téléphone Oui Non *Dans l'affirmative, veuillez fournir votre numéro de téléphone et spécifiez s'il est possible de laisser un message*

Numéro de téléphone _____ Cochez la case (✓) si vous consentez à ce que l'on laisse un message

- par courriel? Oui Non *Dans l'affirmative, veuillez fournir votre adresse électronique*

Adresse électronique _____

Merci!

