

Abandon du tabagisme

Timothy Rowe, MB BS, FRCSC, FRCOG

Rédacteur en chef

J'étais un fumeur. En fait, bon nombre de mes camarades de classe étaient également des fumeurs et, lorsque j'ai entamé ma pratique, il en était de même pour bon nombre de mes collègues. Mon excuse, c'est que je me devais de fumer pour paraître assez vieux pour assurer la gestion de la salle de travail pendant le quart de nuit. Eh oui, les médecins avaient le droit de fumer dans la salle de travail. Nous revêtions ainsi l'apparence d'adultes qualifiés, ce qui rassurait les maris qui doutaient de nos capacités et qui s'en faisaient pour leurs épouses.

Je suis toutefois un ex-fumeur depuis de nombreuses années; l'idée même de fumer me semble aujourd'hui tout à fait ridicule. Un nombre de plus en plus important de personnes au sein de la population générale partage mon opinion, et ce, bien qu'il y ait des variations à l'échelle régionale : Les données de Statistique Canada indiquent que, en 2003, plus de 20 % des populations du Nouveau-Brunswick, du Québec et de l'Île-du-Prince-Édouard fumaient toujours quotidiennement (par comparaison, la Colombie-Britannique, à 14 %, constituait un havre relativement exempt de fumée)¹. Bien que la proportion globale de la population qui fume toujours ait néanmoins connu une baisse significative au cours des trois dernières décennies, la proportion de jeunes femmes (une des populations à laquelle s'intéresse l'obstétrique-gynécologie) qui fument régulièrement était toujours de 23 %² en 2005. La clé ici est de chercher à comprendre les raisons qui poussent les gens à commencer à fumer dans le climat de désapprobation qui règne de nos jours; les raisons pour lesquelles les fumeurs ont de la difficulté à abandonner le tabagisme sont, quant à elles, plus faciles à comprendre, compte tenu des propriétés toxicomanogènes de la nicotine.

Il n'est pas surprenant de constater que les efforts publicitaires visant les adolescents ont joué un rôle clé dans les stratégies qui cherchent à pousser les fumeurs potentiels

à adopter cette pratique. Le tabagisme constitue, aux yeux de personnes influençables, un moyen d'action significatif les aidant à acquérir un sentiment identitaire plus solide et charmant, ce qui, au travers du prisme de vulnérabilité de l'adolescence, est perçu comme une voie menant facilement à l'estime de soi. De récentes données canadiennes ont indiqué que les filles de 13-14 ans qui se perçoivent comme présentant une surcharge pondérale sont près de 80 % plus susceptibles de s'adonner au tabagisme, une fois rendues à l'âge adulte, que les filles qui ne se perçoivent pas comme présentant une surcharge pondérale³. Des données issues des États-Unis confirment que les adolescentes qui fument sont plus susceptibles que les non-fumeuses de croire que les fumeuses ont plus d'amis, que le tabagisme est attrayant et que le fait de ne fumer qu'à court terme pour ensuite abandonner le tabagisme constitue une pratique sûre⁴. L'attrait du tabagisme aux yeux des jeunes dépend donc en grande partie de perceptions qui pourraient très bien s'avérer fausses; ainsi, les stratégies visant à modifier ces perceptions et à enrayer l'envie de fumer pourraient très bien s'avérer gagnantes.

De quels arguments pouvons-nous nous servir pour influencer les fumeurs les plus aguerris? Ceux-ci demeurent essentiellement insensibles aux avertissements sanitaires standard quant aux dangers du tabagisme et sont, dans la plupart des cas, conscients des multiples programmes conçus pour les aider à abandonner le tabagisme. Comme le soulignent Alla Osadchy et ses collègues dans le présent numéro, la grossesse constitue souvent un puissant facteur de motivation pour les femmes qui souhaitent cesser de fumer, mais il n'exerce une influence que chez une minorité de femmes⁵. La thérapie de remplacement de la nicotine est un outil couramment utilisé dans la lutte contre le tabagisme; de plus, il est intéressant de constater que les résultats de recherche indiquent qu'elle peut également être utilisée au cours de la grossesse (sous supervision). Tout le monde s'entend quant au fait que les femmes enceintes ne devraient pas fumer; il s'agit là d'une question de bon sens et cela témoigne de notre compréhension des effets indésirables du tabagisme sur la croissance et le développement fœtaux.

Mais qu'en est-il des fumeuses qui ne sont pas enceintes? Lorsqu'elles planifient le devenir, il s'avère alors approprié de leur souligner les effets potentiels du tabagisme sur la reproduction; selon la *American Society for Reproductive Medicine*, parmi ces effets, on trouve les suivants : conception différée, réduction du nombre de follicules ovariens, hausse des taux de fausse couche lorsque ces patientes deviennent enceintes, baisse de fertilité et apparition accélérée de la ménopause⁶. Le recours aux techniques de procréation assistée ne permet pas nécessairement de compenser la baisse de fertilité chez les fumeuses⁷. Le tabagisme est également considéré comme étant l'un des cofacteurs de la carcinogenèse du VPH⁸. Du point de vue du potentiel génésique féminin, le tabagisme semble vraiment être une pratique à proscrire.

Toutefois, le tabagisme ne génère peut-être pas que des effets pervers... Le tabagisme au cours de la grossesse, bien que l'idée soit malvenue, pourrait entraîner une baisse du risque de prééclampsie; une tendance dans ce sens a bel et bien été constatée dans le cadre de l'étude signalée par Xu Xiong et ses collègues dans le présent numéro⁹. Il y a quelques années de cela, Marcoux et ses collègues avaient indiqué une baisse significative des taux de prééclampsie chez les fumeuses¹⁰; ainsi, l'idée n'est pas si invraisemblable. Le Dr Xiong et ses co-auteurs indiquent un certain nombre de raisons pouvant expliquer cette constatation. Il est également possible que les fumeuses présentent une incidence moindre d'endométriase¹¹; de plus, elles semblent connaître moins d'épisodes de dysménorrhée¹² que les non-fumeuses, vraisemblablement en raison des effets anti-œstrogéniques du tabagisme¹³.

Quoi qu'il en soit, il s'agit là de raisons médiocres et difficilement justifiables d'avaliser la pratique du tabagisme chez les femmes en âge de procréer. La société canadienne est, dans une certaine mesure, en avance sur la profession médicale pour ce qui est de la condamnation de cette habitude désuète. Dans l'ensemble, les études cliniques portant

sur le tabagisme et la reproduction ont été menées au siècle dernier, ce qui est à mon avis révélateur : les fumeurs sont de plus en plus mis au ban de la société et en viendront, à terme, à s'éteindre... tout comme leurs cigarettes.

RÉFÉRENCES

1. Statistique Canada. Disponible à : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/040615/dq040615b-fra.htm>. Consulté le 18 juin 2009.
2. Santé Canada. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC). Disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2005/ann_summary-sommaire-fra.php. Consulté le 18 juin 2009.
3. Koval JJ, Pederson LL, Zhang X, Mowery P, McKenna M. « Can young adult smoking status be predicted from concern about body weight and self-reported BMI among adolescents? Results from a ten-year cohort study », *Nicotine Tob Res*, vol. 10, 2008, p. 1449–55.
4. Carpenter MJ, Garrett-Mayer E, Vitoc C, Cartmell K, Biggers S, Alberg AJ. « Adolescent non-daily smokers: favourable views of tobacco yet receptive to cessation », *Nicotine Tob Res*, vol. 11, 2009, p. 348–55.
5. Osadchy A, Kazmin A, Koren G. « Nicotine Replacement Therapy (NRT) during pregnancy: recommended or not recommended? », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 31, 2009, p. 744–47.
6. American Society for Reproductive Medicine. « Smoking and Infertility », *Fertil Steril*, vol. 90, 2008, p. S254–9.
7. Klonoff-Cohen H, Natarajan L, Marrs R, Yee B. « Effects of female and male smoking on success rates of IVF and gamete intra-fallopian transfer », *Hum Reprod*, vol. 16, 2001, p. 1389–90.
8. Castellsague X, Muñoz N. « Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis—role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking », *J Natl Cancer Inst Monogr*, vol. 31, 2003, p. 20–8.
9. Xiong X, Zhang J, Fraser WD. « Quitting smoking during early versus late pregnancy, the risk of preeclampsia and adverse birth outcomes », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 31, 2009, p. 702–07.
10. Marcoux S, Brisson J, Fabia J. « The effect of cigarette smoking on the risk of preeclampsia and gestational hypertension », *Am J Epidemiol*, vol. 130, 1989, p. 950–7.
11. Cramer DW, Missmer SA. « The epidemiology of endometriosis », *Ann N Y Acad Sci*, vol. 955, 2002, p. 11–22.
12. Andersch B, Milsom I. « An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 144, 1982, p. 655–60.
13. Baron JA, La Vecchia C, Levi F. « The antiestrogenic effect of cigarette smoking in women », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 162, 1990, p. 502–14.