



## **PACE OF HEALTH**

### **I01 Training Materials**

## **PRÉVENIR L'USAGE DE SUBSTANCE ET DE TABAC CHEZ LES FUTURS PARENTS**

### **Table des matières**

#### **OBJECTIFS**

1. Description générale de la consommation de substances et de tabac
  - 1.1. Le contexte. Description/définition de la consommation de substances et de tabac
  - 1.2. L'impact de la consommation de substances et du tabac sur la grossesse/mère/santé de l'enfant
  - 1.3 La racine du comportement négatif - comment le comportement commence en général
2. Principales recherches/études concernant la consommation de substances et de tabac
  - 2.1. Conclusions sur les aspects négatifs des comportements des futurs parents concernant la consommation de substances et de tabac et l'impact sur la santé des enfants
  - 2.2 Conclusions sur les comportements positifs concernant la consommation de substances et de tabac et l'impact sur la santé des enfants
3. Recommandations (OMS) Exemples d'interventions fondées sur des preuves
4. Comment le comportement peut changer - le rôle des professionnels
5. Éducation des futurs parents/de la population pour un mode de vie sain concernant la consommation de substances et de tabac et en général - le rôle des programmes éducatifs, le rôle de la communauté, des écoles. Comment l'information peut être diffusée.
6. Bibliographie



## OBJECTIFS

### A la fin du module, les participants seront capables de :

1. Définir la consommation de substances et de tabac
2. Identifier l'impact de la consommation de substances et du tabac sur la grossesse/la mère/ la santé de l'enfant
3. Expliquer et comprendre la racine du comportement négatif - comment le comportement commence en général
4. Décrire les recommandations (OMS) Exemples d'interventions fondées sur des preuves sur la consommation de substances et de tabac
5. Identifier comment le comportement concernant la consommation de substances et de tabac peut changer
6. Éduquer les futurs parents/la population pour un mode de vie sain concernant la consommation de substances et de tabac/identifier le rôle des programmes éducatifs, le rôle de la communauté, des écoles et comment l'information peut être diffusée

### 1. Description générale de la consommation de substances et de tabac

#### 1.1. Le contexte. Description/définition de la consommation de substances et de tabac

**La consommation de substances** est toute consommation d'alcool ou de drogues (1). Cela comprend des substances telles que les drogues illégales (par exemple, le cannabis, la marijuana, l'héroïne, les méthamphétamines, les opioïdes, la cocaïne), les médicaments d'ordonnance, les cigarettes, les solvants et les inhalants (2). La consommation de substances peut ne pas être un problème ou conduire à des abus ou à une dépendance chez certaines personnes (3). La consommation de substances ne mène pas toujours à la dépendance ; de nombreuses personnes consomment occasionnellement de l'alcool ou certaines drogues sans être dépendants. Cependant, la consommation de substances s'accompagne toujours d'un risque de dépendance (1). F. Scott Fitzgerald a brièvement souligné l'histoire d'une dépendance : « *D'abord, vous prenez un verre, puis la boisson prend un verre, puis la boisson vous prend.* »

**Le tabac** fait référence aux feuilles de la plante de tabac qui ont été séchées et transformées pour que les gens les roulent et les fument (4). Les feuilles de tabac cultivé sont l'ingrédient principal des cigarettes, et bien sûr, du tabac à chiquer et à priser. Bien que l'histoire du tabagisme remonte à 5000 av. J.-C. (rituels chamaniques en Amérique), les Européens n'ont découvert le tabac qu'au XVIe siècle. Un autre écrivain, Mark Twain, a souligné le défi que cette dépendance peut



apporter : « *Arrêter de fumer est la chose la plus facile au monde. Je le sais parce que je l'ai fait des milliers de fois* ».

Le tabac contient de la nicotine, un ingrédient qui peut entraîner une dépendance, c'est pourquoi tant de personnes qui consomment du tabac ont du mal à arrêter de fumer. Il existe également de nombreux autres produits chimiques potentiellement nocifs présents dans le tabac ou qui sont créés en le brûlant (4). Des poisons, des métaux toxiques et des substances cancérigènes pénètrent dans la circulation sanguine à chaque bouffée prise (76). Certaines substances nocives qui peuvent être trouvées dans la fumée de tabac sont : les gaz toxiques tels que le monoxyde de carbone ou le cyanure d'hydrogène, les métaux toxiques (cadmium, arsenic) et les métaux toxiques radioactifs (plomb), et environ 70 des produits chimiques contenus dans les cigarettes sont connus pour causer le cancer. (benzène, formaldéhyde, chlorure de vinyle, etc.)(77)

## **1.2 L'impact de la consommation de substances et du tabac sur la grossesse/mère/santé de l'enfant**

La consommation de substances pendant la grossesse reste un problème de santé publique important, lié à plusieurs conséquences néfastes pour le fœtus et la mère (6). La toxicomanie pendant la grossesse et la période post-partum produira sans aucun doute des effets sur la santé de la mère et de l'enfant. (5). La substance la plus consommée pendant la grossesse est le tabac, suivi de l'alcool, du cannabis et d'autres substances illicites. Les dommages causés pendant la grossesse par la consommation de ces substances dépendent de la drogue utilisée et du degré d'utilisation, ainsi que du point d'exposition à celle-ci (6).

Si vous, futurs parents, êtes consommateurs de tabac, d'alcool ou d'autres substances, sachez que votre enfant n'aura pas le choix et qu'il deviendra aussi un consommateur subissant toutes les conséquences de ces addictions.

Certains parents pensent qu'en période de préconception, leur comportement ne nuit pas au futur enfant. Même si l'on parle de mois ou d'années de conception, le mode de vie des futurs parents pourrait beaucoup influencer la santé de leur progéniture. On sait déjà que l'alcool et le tabagisme peuvent endommager le sperme qui est produit en continu dans un cycle de 74 jours ; si l'enfant est conçu pendant cette période, le risque pour sa santé pourrait augmenter considérablement.

**Tabac:** Il est déjà reconnu que fumer pendant la grossesse nuit à la santé de la mère et du nourrisson, mais tous ces résultats pourraient être évités si la mère comprenait sa responsabilité et arrêterait de fumer dès que possible. Un écrivain chrétien a dit que « chacun de nous devrait penser à l'avenir. Chaque bouffée de cigarette est un tic-tac plus proche d'une bombe à retardement aux conséquences terribles ». Le tabagisme maternel pendant la grossesse est considéré comme l'une des causes les plus importantes de complications pendant la grossesse et est associé à une issue défavorable à l'accouchement par rapport à la grossesse chez les non-fumeuses. Plus précisément, fumer pendant la grossesse augmente le risque de placenta praevia, de décollement placentaire, de gestation ectopique (7) et de rupture prématurée des membranes (MRP) (7-9)). Ainsi, les femmes enceintes qui fument des cigarettes courent un risque accru de fausse couche (4,8, 10,11).



De plus, fumer pendant la grossesse transmet du monoxyde de carbone, de la nicotine et d'autres produits chimiques nocifs au bébé, ce qui pourrait causer de nombreux problèmes pour le développement du bébé à naître (12). Cela est associé à une restriction de la croissance foetale (8,9) et augmente le risque de mortalité mort-née/périnatale, de nourrissons prématurés, de nourrissons de faible poids à la naissance (4,5,7,12) ou de malformations congénitales (12).

Les futurs pères qui fument peuvent augmenter le risque de malformations cardiaques congénitales chez leurs futurs enfants, selon une étude publiée aujourd'hui dans le *European Journal of Preventive Cardiology*, un journal de la Société européenne de cardiologie (ESC). Pour les futures mères, à la fois le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire est préjudiciable.

En outre, le tabagisme peut affecter les bébés après leur naissance. À mesure que ces enfants grandissent, ils présentent divers problèmes de santé, notamment l'obésité, les maladies respiratoires/asthme (8, 10-12), la fonction pulmonaire réduite, le surpoids, la dépendance au tabac (8, 10,11), le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), hypertension artérielle, (4,7), problèmes d'apprentissage (4) et de comportement (7, 8, 10), troubles cognitifs, future fertilité des nourrissons de sexe masculin, anomalies congénitales et autisme infantile s'il s'agit d'un tabagisme maternel quotidien en début de grossesse (7). Il existe également un risque plus élevé de mourir du syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) (7, 8, 12).

En outre, le **tabagisme maternel** peut causer des problèmes de santé maternelle. Elle peut entraîner une bronchite chronique, un cancer du poumon et un emphysème. Il augmente le risque de maladie cardiaque, ce qui peut entraîner un accident vasculaire cérébral ou une crise cardiaque. Le tabagisme a également été lié à d'autres cancers, à la leucémie, à la cataracte, au diabète de type 2 et à la pneumonie. Tous ces risques s'appliquent à l'utilisation de tout produit fumé, y compris le tabac à chicha. *Le narguilé comprend un instrument à tige unique ou à tiges multiples pour vaporiser et fumer du tabac aromatisé, voire du cannabis ou parfois de l'opium dont la vapeur ou la fumée est passée dans un bassin d'eau - souvent en verre - avant inhalation.* Le tabac sans fumée augmente le risque de cancer, en particulier les cancers de la bouche (4). **L'exposition à la fumée secondaire**, provenant soit de l'extrémité brûlante du tabac, soit exhalée par la personne qui fume, peut causer des problèmes de santé tels que la toux, les mucosités, une fonction pulmonaire réduite, une pneumonie, une bronchite et peut entraîner un cancer du poumon et des maladies cardiaques (4).

**Alcool:** Il n'y a aucune quantité connue d'alcool qu'une femme peut boire sans danger pendant la grossesse. La consommation d'alcool pendant la grossesse peut causer à l'enfant un trouble du spectre de l'alcoolisation foetale permanent (TSAF). Les enfants atteints de TSAF peuvent avoir un mélange de problèmes comportementaux, physiques et d'apprentissage (12). La consommation épisodique impliquant plus de 4 verres par jour pendant la grossesse peut augmenter le risque de problèmes de santé mentale chez l'enfant et réduire les résultats scolaires même si les niveaux moyens quotidiens de consommation d'alcool sont faibles (13). Que ressent une mère qui a bu



pendant sa grossesse quand elle regarde le visage de son enfant ? Elle verra toute sa vie la marque de son imprudence...

**Drogues illégales** : la consommation de drogues illégales telles que les méthamphétamines et la cocaïne peut provoquer une insuffisance pondérale chez les bébés, des malformations congénitales ou des symptômes de sevrage après la naissance (12).

**Utilisation abusive de médicaments sur ordonnance** : la prise de médicaments sur ordonnance, par des femmes enceintes ne suivant pas les instructions de leur fournisseur de soins de santé, peut être dangereux car elles risquent de prendre plus de médicaments qu'elles ne devraient, de les utiliser pour planer ou même de prendre les médicaments de quelqu'un d'autre. Par exemple, l'abus d'opioïdes peut provoquer un sevrage chez le bébé, des malformations congénitales ou même la perte du bébé, ou des symptômes de sevrage après la naissance (12).

## 1.2 La racine du comportement négatif - comment le comportement commence en général

**Facteurs socioculturels** : De nombreux facteurs socioculturels influent sur la consommation de drogues et d'alcool. Ils traitent de l'impact de la culture et de la société sur la toxicomanie. La pression des pairs peut influencer l'utilisation. Avoir des amis qui consomment de la drogue ou de l'alcool augmente considérablement les chances de faire la même chose (1). Il existe également des segments de la société pour lesquels l'alcool et les drogues sont considérés comme une échappatoire. Les célébrités sont souvent piégées dans un cycle de dépendance à la drogue et à l'alcool qu'elles utilisent pour échapper aux pressions dues au fait qu'elles essaient de paraître parfaites devant les caméras (1). De plus, des conditions familiales défavorables, notamment de faibles niveaux de supervision parentale et des familles monoparentales, ont été associées à l'initiation à la fois au tabagisme et à l'alcool. Les conditions familiales défavorables pendant l'enfance sont également liées au début de la consommation de substances illicites, bien que plusieurs études aient montré que les drogues illicites dans les réseaux de pairs étaient principalement associées au début de la consommation de substances illicites (14).

**Facteurs psychodynamiques** : En plus des facteurs socioculturels qui influencent la dépendance, il existe également des facteurs psychodynamiques qui contribuent à la dépendance d'une personne. Les facteurs psychodynamiques sont les antécédents, les problèmes émotionnels et les troubles psychologiques. L'histoire passée et les problèmes émotionnels sont souvent liés. Une personne qui a été victime d'abus, par exemple, peut se sentir impuissante et avoir peur. Ils pourraient alors se tourner vers la drogue ou l'alcool pour faire face à ces sentiments (1). Souvent, les facteurs psychodynamiques sont inconscients. C'est-à-dire qu'une personne ne se rend pas compte qu'elle consomme de la drogue et de l'alcool pour faire face aux problèmes qu'elle a avec son passé. En fait, une personne peut même ne pas se rendre compte qu'elle a des problèmes avec son passé ! (1). De plus, une grossesse non désirée peut être associée au tabagisme pendant la



grossesse, mais pas à d'autres formes de consommation de substances (15). Un bref profil de risque de la personnalité, l'Echelle de profil de risque de consommation de substances, a révélé que le désespoir, l'impulsivité et la recherche de sensations étaient positivement liés à la consommation actuelle et future de substances ; tandis que la sensibilité à l'anxiété, était négativement corrélée (16).

## **2. Principales recherches/études concernant la consommation de substances et de tabac**

### **2.1. Conclusions sur les aspects négatifs des comportements des futurs parents concernant la consommation de substances et de tabac et l'impact sur la santé des enfants**

(Fumer lorsque vous êtes enceinte met votre bébé au risque de malformation à la naissance. Arrêter de fumer lorsque vous êtes enceinte peut diminuer le risque de malformation à la naissance de votre bébé. Pour en savoir plus, visiter le site [cdc.gov](http://cdc.gov).)

La consommation prénatale de substances est un problème de santé publique important associé à plusieurs effets nocifs sur la mère et le fœtus. La substance la plus couramment consommée pendant la grossesse est le tabac, suivi de l'alcool, du cannabis et d'autres substances illégales (6).

#### **Fumer**

Une grande méta-analyse de l'University College of London faite en 2011, concernant les effets du tabagisme maternel sur le fœtus, a utilisé cent soixante-douze articles (incluant des études observationnelles publiées de 1959 à 2010) : un total de 173 687 cas malformés et 11 674 332 contrôles non concernés. Des associations positives significatives ont été trouvées entre le tabagisme maternel et les anomalies cardiovasculaires/cardiaques, les anomalies musculo-squelettiques, les anomalies de réduction des membres, les doigts manquants/supplémentaires, le pied bot, la craniosténose, les anomalies faciales, les anomalies oculaires, les fentes orofaciales, les anomalies gastro-intestinales, le gastroschisis, l'atrésie anale, la hernie et les testicules non descendus (17).

Une autre recherche, menée par Wehby G. L., Prater K.K., McCarthy A.M., et al., (2011), a évalué les effets du tabagisme maternel pendant la grossesse sur le développement neurologique de l'enfant entre 3 et 24 mois et les interactions avec le statut socioéconomique (SSE). Il comprenait 1 584 enfants âgés de 3 à 24 mois qui ont fréquenté 24 cabinets pédiatriques en Argentine (671 nourrissons), au Brésil (525 nourrissons) et au Chili (388 nourrissons) pour des soins de routine bien-être en 2005 et 2006. Les résultats ont montré que le tabagisme a des effets indésirables importants sur le développement neurologique, avec des effets plus importants dans l'échantillon à faible SSE. Le tabagisme maternel pendant la grossesse peut donc réduire considérablement le développement neurologique du jeune enfant (18).



En outre, une étude a examiné si l'effet du tabagisme maternel pendant la grossesse sur le poids à la naissance de la progéniture était médié par des changements induits par le tabagisme dans la méthylation de l'ADN dans le sang du cordon. Premièrement, on a utilisé du sang de cordon de 129 enfants néerlandais exposés au tabagisme maternel contre 126 non exposés au tabagisme maternel et paternel (53% d'hommes) participant à la cohorte de naissance GECKO Drenthe. La méthylation de l'ADN a été mesurée à l'aide de la puce Illumina Human Methylation 450 Beadchip. L'analyse fonctionnelle du réseau a suggéré un rôle dans l'activation du système immunitaire. Ensuite, il a été observé un rôle potentiellement médiateur de la méthylation de l'ADN dans l'association entre le tabagisme maternel pendant la grossesse et le poids de naissance de la progéniture. Enfin, ces analyses de réseau et d'enrichissement ont indiqué que le tabagisme chez la mère peut induire une réponse immunitaire cellulaire chez le fœtus. En conclusion, le tabagisme maternel pendant la grossesse était associé à des différences de méthylation du sang ombilical (19).

### **Utilisation de Substances**

L'impact de la consommation de substances par la mère est reflété dans l'Enquête nationale 2002-2003 sur la consommation de drogues et la santé. Parmi les femmes enceintes de 15 à 44 ans, 4,3 %, 18 % et 9,8 % consommaient respectivement des drogues illicites, du tabac et de l'alcool. Les effets sur le nouveau-né comprennent une diminution des paramètres de croissance et une augmentation des signes du système nerveux central et du système nerveux autonome dans les références aux agences de protection de l'enfance. Dans l'enfance, des effets cognitifs et comportementaux sont observés après une exposition prénatale à la cocaïne; l'alcool et le tabac ont des effets distincts et spécifiques. La consommation continue d'alcool et de tabac par la personne qui s'en occupe, affecte le comportement de l'enfant. Par conséquent, des efforts devraient être faits pour prévenir et traiter les problèmes de comportement ainsi que pour limiter l'apparition de la consommation de drogues chez les adolescents nés de femmes qui consomment des drogues pendant la grossesse (20).

Une étude rétrospective de cas-témoins en milieu hospitalier a été menée auprès de 280 cas de TDAH (trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention) et 242 témoins non-TDAH des deux sexes. Les enfants cas-témoins et leurs proches ont été systématiquement évalués avec des entretiens diagnostiques structurés. Les résultats ont montré que le TDAH (Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention) peut être un résultat délétère supplémentaire associé à l'exposition prénatale à l'alcool, indépendamment de l'association entre l'exposition prénatale à la nicotine et aux produits de la fumée et à d'autres facteurs de risque familiaux (21).

Une autre recherche a consisté à interviewer des femmes qui ont accouché dans des hôpitaux de Washington DC en 1992. Les résultats montrent qu'un historique d'avortement provoqué était associé à un risque élevé de consommation de substances par la mère sous diverses formes ; alors que d'autres formes de perte périnatale (fausse couche et mortinaissance) n'étaient pas liées à la consommation de substances (15).





Baily B.A, McCook J.G., Hodge A. et Mc Grady L. (2011) ont examiné l'impact de la consommation de tabac pendant la grossesse, par rapport à la consommation de drogues illicites, sur l'issue des naissances. Les femmes (n=265) ont été recrutées au début des soins prénataux, avec des informations sur les antécédents et la consommation de substances pendant la grossesse. Parmi les femmes qui fumaient, le gain de poids moyen ajusté à la naissance était de 163 g pour celles qui ne consommaient pas de drogues illicites dures alors que le tabagisme avait un gain de poids à la naissance de 352 g. En conclusion, chez les femmes enceintes consommatrices de substances, l'arrêt du tabac peut avoir un impact plus important sur le poids à la naissance que l'élimination de la consommation de drogues illicites (22).

De plus, Shankaran S., Das A., Bauer C.R., , Henrietta S. Bada H. S., et al(2004) ont déterminé dans leur recherche, les effets des schémas de consommation de drogues pendant la grossesse à terme, sur les paramètres de croissance du nourrisson à la naissance. Au total, 241 femmes exposées à la cocaïne et 410 femmes non exposées à la cocaïne ont participé à l'étude. Dans le groupe exposé à la cocaïne, 90 % ont consommé du tabac, 75 % de l'alcool et 53 % de la marijuana ; dans le groupe non exposé à la cocaïne, 57 % consommaient de l'alcool, 34 % consommaient du tabac et 19 % consommaient de la marijuana. Le poids à la naissance, la longueur à la naissance et le périmètre crânien étaient significativement plus élevés chez les nourrissons nés de femmes qui ne consommaient pas de drogue, par rapport aux femmes consommant de la cocaïne, des opiacés, de l'alcool, du tabac ou de la marijuana, et étaient plus élevés chez les nourrissons nés de non-consommatrices de cocaïne, comparativement avec les consommateurs de cocaïne. En conclusion, les modèles de consommation de tabac pendant la grossesse affectent la longueur, le poids à la naissance et le périmètre crânien, tandis que la cocaïne affecte le poids à la naissance et la taille de la tête, lorsque des ajustements sont effectués pour tenir compte des facteurs de confusion, y compris la consommation de drogues multiples (23).

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée par les femmes enceintes. L'exposition intra-utérine au cannabis peut entraîner des risques pour le fœtus en développement. L'importance de la croissance intra-utérine sur le développement psychologique et comportemental ultérieur de l'enfant a été démontrée. (24). De plus, une recherche a examiné la relation entre la consommation maternelle de cannabis et la croissance fœtale jusqu'à la naissance, dans un échantillon basé sur la population. Environ 7 452 mères se sont inscrites pendant la grossesse et ont fourni des informations sur la consommation de substances et la croissance fœtale. Il a été constaté que la consommation maternelle de cannabis pendant la grossesse était associée à un retard de croissance au milieu et à la fin de la grossesse et à un poids de naissance plus faible. Cette réduction de croissance était plus prononcée pour les fœtus exposés à une consommation continue de cannabis par la mère pendant la grossesse. Le poids fœtal des fœtus exposés au cannabis a montré une réduction de la croissance de -14,44 g/semaine (intervalle de confiance à 95 % de -22,94 à -5,94,  $p = 0,001$ ) et du périmètre crânien (-0,21 mm/semaine, intervalle de confiance à 95 % de -0,42 à 0,02,  $p = 0,07$ ), par rapport aux fœtus non exposés. La consommation maternelle de cannabis pendant la grossesse a entraîné une restriction de croissance plus prononcée que la consommation





maternelle de tabac. La consommation paternelle de cannabis n'était pas associée à une restriction de croissance fœtale. En conclusion, la consommation maternelle de cannabis, même pendant une courte période, peut être associée à plusieurs trajectoires défavorables de croissance fœtale (24).

## **2.2 Conclusions sur les comportements positifs concernant la consommation de substances et de tabac et l'impact sur la santé des enfants**

Les résultats regroupés des études d'intervention comportementale indiquent que le traitement a réduit les naissances prématurées et la proportion de nourrissons nés avec un faible poids à la naissance, par rapport aux soins habituels (25). Cette constatation est étayée par une analyse des résultats regroupés d'études avec des fumeuses enceintes économiquement défavorisées, qui ont constaté que les incitations basées sur des bons d'achat, amélioraient la croissance fœtale estimée par échographie, le poids à la naissance, le pourcentage d'accouchements de faible poids à la naissance et la durée de l'allaitement (26,27).

## **3. Recommandations (OMS) Exemples d'interventions fondées sur des preuves**

### **Utilisation de tabac**

#### **Fournir de brefs conseils de sevrage tabagique, une pharmacothérapie (y compris une thérapie de remplacement de la nicotine) et des services de conseil comportemental intensif**

Des traitements efficaces peuvent conduire à un sevrage tabagique permanent, y compris à la fois des thérapies comportementales et des médicaments approuvés par la FDA (Food and Drug Administration). La recherche indique que les fumeurs qui reçoivent une combinaison de traitement comportemental et de médicaments de sevrage arrêtent à des taux plus élevés que ceux qui reçoivent une intervention minimale (28). Des interventions telles que de brefs **conseils de sevrage tabagique** d'un agent de santé, des lignes d'assistance téléphonique, des messages texte automatisés et du matériel d'auto-assistance imprimé peuvent également faciliter le sevrage tabagique (29). Les interventions de sevrage utilisant des appareils mobiles et les médias sociaux sont également prometteuses pour stimuler le sevrage tabagique (30). Il est important que le traitement de sevrage soit aussi personnalisé que possible, car certaines personnes fument pour éviter les effets négatifs du sevrage tandis que d'autres sont davantage motivées par les aspects gratifiants du tabagisme (31).

**Traitements comportementaux.** Les traitements comportementaux utilisent diverses méthodes pour aider les gens à cesser de fumer, allant du matériel d'auto-assistance au conseil. Ces traitements apprennent aux gens à reconnaître les situations à haut risque et à développer des stratégies pour y faire face. Par exemple, les personnes qui fréquentent d'autres fumeurs sont plus susceptibles de fumer et moins susceptibles d'arrêter (4). Le counseling comportemental est généralement fourni par des spécialistes du sevrage tabagique pendant quatre à huit séances (32). Les conseils en personne et par téléphone se sont avérés bénéfiques pour les patients qui utilisent également des médicaments de sevrage (33).



Une revue visait à synthétiser les preuves concernant l'efficacité des interventions pour augmenter la fourniture de soins de sevrage tabagique dans les hôpitaux. Cette revue a identifié des études pertinentes publiées entre 1994 et 2006. Une méta-analyse d'essais contrôlés a démontré un effet d'intervention significatif pour la fourniture d'aide et de conseils pour arrêter de fumer (différence de risque groupée = 16,6, IC = 4,9-28,3) mais pas pour l'évaluation du statut tabagique, des conseils pour arrêter de fumer, ou la fourniture ou la discussion de remplacement de la nicotine (TRN). Les interventions peuvent être efficaces pour accroître la prestation de routine des soins hospitaliers de sevrage tabagique (34).

Les services britanniques pour arrêter de fumer (SSS) donnent accès à une aide gratuite sur le lieu de consommation pour arrêter de fumer. Des conseillers formés offrent un soutien et des conseils, et peuvent prescrire une variété de médicaments pour arrêter de fumer. Ils ont été créés en 1999 pour réduire les décès, notamment dus au cancer et aux maladies coronariennes. Plus de 724 247 personnes ont accédé aux services en Angleterre entre avril 2012 et mars 2013, ainsi les services Stop Smoking ont évité plus de 18 000 décès prématurés en un an seulement. Les clients étaient très satisfaits des services, selon un sondage sur la satisfaction de la clientèle. Les meilleures chances de succès arrivent lorsqu'on va voir des spécialistes formés pour offrir le meilleur soutien. Certains fumeurs ont besoin de cette aide supplémentaire pour arrêter de fumer et il est donc essentiel de continuer à investir dans ces services si davantage de personnes veulent arrêter de fumer pour de bon (35).

**Thérapie cognitive-comportementale (TCC)** - La TCC aide les patients à identifier les déclencheurs - les personnes, les lieux et les choses qui stimulent le comportement - et leur enseigne des compétences de prévention des rechutes (par exemple, des techniques de relaxation) et des stratégies d'adaptation efficaces pour éviter de fumer face à des situations stressantes et des déclencheurs (36). Une étude comparant la TCC et l'éducation sanitaire de base a observé que les deux interventions réduisaient la dépendance à la nicotine (37).

**Entretiens motivationnels (EM)**—Dans l'EM, les conseillers aident les patients à explorer et à résoudre leur ambivalence à propos de l'arrêt du tabac et à renforcer leur motivation à faire des changements sains. L'EM est axé sur le patient et non conflictuel, et les prestataires soulignent les écarts entre les valeurs ou les objectifs des patients et leurs comportements actuels. Ils s'adaptent à la résistance des patients au changement, et soutiennent l'auto-efficacité et l'optimisme (36). Une étude sur l'EM suggère que cette intervention est plus efficace puisqu'elle entraîne des taux d'abandon plus élevés que les brefs conseils pour arrêter de fumer ou les soins habituels (38).

**Pleine conscience** - Dans les traitements de sevrage tabagique basés sur la pleine conscience, les patients apprennent à accroître leur conscience et à se détacher des pensées, des sensations et des envies qui peuvent conduire à une rechute (39). L'intérêt pour les traitements basés sur la pleine



conscience a augmenté au cours de la dernière décennie, et des études montrent que cette approche est bénéfique pour la santé mentale globale et peut aider à prévenir les rechutes tabagiques (40).

**La messagerie de textes, les services Web et le soutien par les médias sociaux** - La technologie, y compris les téléphones mobiles, Internet et les plateformes de médias sociaux, peut être utilisée pour fournir des interventions de sevrage tabagique. Ces technologies ont le pouvoir d'augmenter l'accès aux soins en étendant le travail des conseillers et en surmontant les barrières géographiques qui peuvent dissuader les personnes d'entrer en traitement (4).

Une revue de la littérature sur les interventions de sevrage tabagique basées sur la technologie (ordinateur personnel, Internet et téléphone mobile) a révélé que ces soutiens peuvent augmenter la probabilité que les adultes arrêtent de fumer, par rapport à l'absence d'intervention ou par rapport aux informations par auto-assistance, et ils peuvent être un complément efficace non-coûteux additionnés à d'autres traitements (41). Une technologie ne doit pas nécessairement être récente ou très sophistiquée pour aider à augmenter les taux de sevrage. Par exemple, une étude suggère que les adultes qui reçoivent des encouragements, des conseils et des astuces pour arrêter de fumer par SMS – une possibilité même sur les appareils mobiles les plus basiques – affichent des taux d'abandon améliorés par rapport aux programmes de contrôle (42).

Une revue systématique et une méta-analyse prenant au hasard des publications d'interventions basées sur la technologie - y compris Internet, programmes informatiques, téléphone et messagerie texte - pour le sevrage tabagique parmi cette population, ont révélé qu'elles augmentaient l'abstinence de 1,5 fois (2).

**Thérapie de remplacement de la nicotine** : les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) ont été les premiers médicaments approuvés par la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis pour une utilisation dans la thérapie de sevrage tabagique (4). Les produits TRN fournissent suffisamment de nicotine pour aider à soulager les symptômes de sevrage. Les produits TRN actuellement approuvés par la FDA comprennent le chewing-gum (un chewing-gum qui délivre une dose de nicotine par voie orale) qui dure généralement environ 30 minutes, le Patch transdermique (un patch de nicotine est appliqué directement sur la peau et délivre des niveaux stables de nicotine toute la journée), les sprays nasaux (pulvérisés par les narines toutes les 1 à 2 heures, délivrant des pics rapides de nicotine), les inhalateurs (un dispositif à gonfler, absorbant la nicotine dans la bouche et la gorge), et des pastilles (semblables à la gomme à la nicotine, la pastille délivre de la nicotine par voie orale) (44). Les TRN délivrent une dose contrôlée de nicotine pour soulager les symptômes de sevrage pendant que la personne essaie d'arrêter de fumer (4,44).

Un programme d'abandon du tabac a été conçu dans le but d'augmenter les taux d'abandon du tabac chez les populations vulnérables et mal desservies. Le programme a utilisé des lignes directrices fondées sur des données probantes, une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) et un



soutien et un suivi individualisés, et a été mis en œuvre dans une clinique gratuite. Les déclencheurs du tabagisme chez les participants comprenaient le stress, les émotions négatives, les habitudes et les échecs à arrêter. Les participants se sont déclarés satisfaits des ressources, du soutien et de la commodité du programme de sevrage tabagique et préféraient les patches à la nicotine plutôt que la gomme à la nicotine. (45).

**Autres médicaments : Le bupropion (Zyban®) et la varénicline (Chantix®)** sont deux médicaments non nicotiniques approuvés par la FDA qui ont aidé les gens à arrêter de fumer. Ils ciblent les récepteurs de la nicotine dans le cerveau, soulageant les symptômes de sevrage et bloquant les effets de la nicotine si les gens recommencent à fumer (43,44).

**Combinaisons de médicaments**— Une méta-analyse a révélé qu'une combinaison de varénicline et de TRN (en particulier, fournir un patch de nicotine avant l'arrêt) était plus efficace que la varénicline seule (46).

**Une approche thérapeutique les '5 As' (ask, advise, assess, assist, arrange)** Une approche thérapeutique (les « 5 As » demander, conseiller, évaluer, assister, organiser) peut être mise en œuvre dans un court laps de temps dans les cliniques ambulatoires ; elle permet de discuter de l'utilisation de la thérapie de remplacement de la nicotine (47).

### **Combinaison de traitement physiologique et psychologique**

Une étude développe et évalue les résultats d'un programme de sevrage tabagique qui offre une combinaison de traitement physiologique et psychologique dans le contexte d'un groupe de soutien à court terme. Dans cette étude, dix fumeurs adultes ont été recrutés au moyen d'annonces diffusées à la télévision locale sur une période de sept jours et d'un millier de dépliants annonçant une aide gratuite à l'arrêt du tabac. Le programme de trois mois comprenait trois séances de groupe mensuelles, des timbres de nicotine gratuits, des conseils téléphoniques par des infirmières de la santé publique et des entretiens téléphoniques par des bénévoles de la santé communautaire. Au suivi de 9 mois, cinq des dix participants (50 %) étaient abstinents et trois (30 %) avaient réduit leur consommation de cigarettes d'au moins 49 % de leurs niveaux pré-test. Quarante pour cent des participants avaient donc modifié leur comportement tabagique (48).

### **Arrêter le tabac pour les femmes enceintes**

Les femmes enceintes qui fument courent un risque considérable pour leurs enfants – et ce risque augmente en fonction du nombre de cigarettes fumées quotidiennement. Puisque les femmes ne devraient idéalement recevoir aucun médicament pendant la grossesse, de nombreux programmes de sevrage tabagique ont été conçus, basés uniquement sur la fourniture de conseils aux femmes. Les données obtenues dans 37 essais portant sur 16 916 femmes offrent des motifs d'optimisme : une réduction significative du tabagisme (arrêt du tabac) a été obtenue grâce à des conseils médicaux dans 34 études (OR = 0,53 ; IC : 0,47-0,60) et le pourcentage de femmes



continuant à fumer était diminué de 6,4 % (49). Dans 8 études avec un sevrage tabagique validé, des conseils de haute intensité et des critères d'évaluation très stricts, le pourcentage de femmes continuant à fumer a diminué de 8,1 % (OR = 0,53 ; IC : 0,44-0,63) (49). Le sous-ensemble d'essais contenant des informations sur l'issue fœtale a révélé des réductions du faible poids à la naissance (OR = 0,80 ; IC : 0,67-0,95) et des naissances prématurées (OR = 0,83 ; IC : 0,69-0,99) et une augmentation du poids moyen à la naissance de 28 g (9-49 grammes). En définitive, ces techniques peuvent donc être considérées comme utiles pour réduire la mortalité périnatale (50).

Une autre étude montre que les traitements comportementaux sont efficaces, alors que les pharmacothérapies n'ont qu'un succès marginal (51). Une combinaison d'incitations et de conseils comportementaux est plus efficace pour les femmes enceintes (52). L'ajout de bons d'achat aux soins de routine (qui comprenait une thérapie de remplacement de la nicotine gratuite pendant 10 semaines et quatre appels téléphoniques de soutien hebdomadaires) a plus que doublé les taux d'abandon pendant la grossesse (53). Les résultats regroupés des études d'intervention comportementale indiquent que le traitement a réduit les naissances prématurées et la proportion de nourrissons nés avec un faible poids à la naissance, par rapport aux soins habituels (25,26).

## **Consommation de substances psychoactives - Exemples d'interventions fondées sur des données probantes**

**Nurse-Family Partnership** : Un programme axé sur les enfants de moins de 5 ans, le Nurse-Family Partnership, a montré des réductions significatives de la consommation d'alcool à l'adolescence par rapport à ceux qui n'ont pas bénéficié de l'intervention (54). Ce programme de prévention sélective fait appel à des infirmières qualifiées pour fournir une intervention intensive de visites à domicile aux mères primipares à risque pendant la grossesse. Cette intervention fournit une éducation et un soutien continu pour améliorer la santé du nourrisson et les résultats et le développement de la grossesse tout en renforçant les compétences parentales.

**Raising Healthy Children** : Le programme *Raising Healthy Children* (également connu sous le nom de *Seattle Social Development Project*) est un programme scolaire élémentaire universel à plusieurs volets qui implique à la fois les écoles et les parents et qui est efficace pour prévenir l'abus de substances. Il cible les niveaux 1 à 6 et combine l'apprentissage social et émotionnel, l'enseignement en classe et la formation en gestion pour les enseignants, la formation pour les parents dispensée par des coordonnateurs école-maison qui travaillent avec les enfants à l'école et les parents à la maison, en se concentrant sur la résolution de problèmes et des ateliers similaires. Les études de ce programme ont montré des réductions de la consommation excessive d'alcool à l'âge de 18 ans (6 ans après l'intervention) (55, 56) ainsi que des réductions des taux de consommation d'alcool et de marijuana (56).



**Le programme Fast Track :** Un autre programme de prévention sélective et universelle à plusieurs volets est le programme Fast Track, une intervention intensive de 10 ans qui a été mise en œuvre dans quatre endroits aux États-Unis pour les enfants présentant des taux élevés d'agressivité en première année. Le programme comprend des composants universels et sélectifs pour améliorer les compétences sociales à l'école, le tutorat en lecture précoce et les visites à domicile ainsi que les groupes de soutien parental jusqu'à la 10<sup>e</sup> année. Le suivi à l'âge de 25 ans a montré que les personnes ayant bénéficié de l'intervention à l'adolescence diminuaient l'abus d'alcool et d'autres substances, à l'exception de la consommation de marijuana (57).

**Programmes scolaires :** Un programme bien documenté et largement utilisé est LifeSkills Training, un programme scolaire dispensé sur 3 ans (58). La recherche a montré que cette formation retardait la consommation précoce d'alcool, de tabac et d'autres substances et réduisait les taux de consommation de toutes les substances jusqu'à 5 ans après la fin de l'intervention. Un modèle multiculturel, keepin'it REAL, utilise des vidéos et des récits développés par des élèves et a montré des effets positifs sur la consommation de substances chez les jeunes mexicains-américains du sud-ouest des États-Unis (59).

**Programmes familiaux :** Le programme de renforcement des familles (SFP) est une intervention pour les parents et les jeunes de 10 à 14 ans qui montre des effets préventifs substantiels sur la consommation de substances. Il s'agit d'un programme universel de sept séances largement utilisé, axé sur la famille, qui améliore les compétences parentales - fixer des limites, en particulier s'occuper et communiquer - ainsi que les compétences des adolescents à refuser les substances. Dans plusieurs études menées dans des communautés rurales des États-Unis, le SFP a montré des réductions de la consommation de tabac, d'alcool et de drogues jusqu'à 9 ans après l'intervention (c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 21 ans) par rapport aux jeunes qui n'ont pas été assignés au SFP (60,61). Le SFP montre également des réductions de l'abus de médicaments sur ordonnance jusqu'à 13 ans après l'intervention (c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 25 ans), à la fois seul et lorsqu'il est associé à une prévention scolaire efficace axée sur les compétences (62).

*Coping Power* est un programme de 16 mois pour les enfants de la 5<sup>e</sup> et de la 6<sup>e</sup> année qui ont été identifiés à l'agressivité précoce. Le programme, qui est conçu pour développer des compétences de résolution de problèmes et d'autorégulation, comporte à la fois un volet parent et un volet enfant et réduit la consommation précoce de substances (63).

**Programmes basés sur Internet :** « I Hear What You're Saying » (J'entends ce que tu me dis) est une intervention basée sur l'ordinateur et sur Internet qui montre également des effets positifs sur la prévention de la consommation de substances. Il comprend neuf séances de 45 minutes pour améliorer la communication, établir des règles familiales et gérer les conflits. Centrés spécifiquement sur les mères et les filles, les résultats du suivi ont montré des taux de consommation de substances plus faibles dans un échantillon ethniquement diversifié (64).





**Programmes pour étudiants au collège :** Une analyse a examiné 41 études avec 62 interventions individuelles ou de groupe et a constaté que les bénéficiaires des interventions ont connu une consommation d'alcool réduite et moins de problèmes liés à l'alcool jusqu'à quatre ans après l'intervention (65). Un exemple d'une brève intervention de motivation dont les résultats ont été positifs pour la réduction de la consommation d'alcool est le Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS). BASICS est conçu pour aider les étudiants à réduire l'abus d'alcool et les conséquences négatives de leur consommation d'alcool. Il se compose de deux entretiens d'une heure, avec une brève évaluation en ligne après la première session. Le premier entretien recueille des informations sur les habitudes de consommation d'alcool et les croyances personnelles sur l'alcool, tout en fournissant des instructions pour l'auto-surveillance de la consommation d'alcool entre les sessions. Le deuxième entretien utilise les données de l'évaluation en ligne pour développer une rétroaction normative et personnalisée qui passe en revue les conséquences négatives et les facteurs de risque, clarifie les risques et les avantages perçus de la consommation d'alcool et propose des options pour réduire la consommation d'alcool et ses conséquences. Des études de suivi d'étudiants qui ont utilisé BASICS ont montré des réductions de la quantité d'alcool dans la population générale des collèges. Parmi les membres de la fraternité, certains gros buveurs se sont portés volontaires pour utiliser BASICS et d'autres ont été mandatés par les organes disciplinaires du collège pour participer au programme (66).

#### **4. Comment le comportement peut changer - le rôle des professionnels**

**Les prestataires de soins de santé du Maine** jouent un rôle essentiel dans la prévention et le traitement du tabagisme et de la toxicomanie. Ils fournissent des conseils, des ressources, des médicaments et des options qui aident à guider les utilisateurs vers le soutien et l'autogestion (44). Le rôle du prestataire comprend :

- Parler avec les patients de la consommation de tabac et de substances
- Fournir des interventions et un soutien approprié à chaque étape
- Aider à la création de plans pour arrêter et/ou réduire l'utilisation
- Identifier les problèmes de consommation de substances chez les patients atteints de maladies chroniques
- Élaborer et mettre en œuvre des interventions efficaces pour empêcher les jeunes de consommer du tabac, de l'alcool et des drogues (44).

**Travailleur social :** Les preuves montrent que la consommation problématique de substances est un comportement qui peut être modifié. Avec le bon soutien et la bonne motivation, les gens peuvent changer et changent leur utilisation. Les travailleurs sociaux peuvent aider les gens à identifier leur motivation pour le changement. Les cadres politiques mettent l'accent sur les notions de « récupération » d'une consommation problématique de substances et sur un changement à long terme soutenu par la famille, les pairs et la communauté de la personne. Compte tenu du cadre holistique et écologique qui sous-tend la pratique du travail social, les travailleurs sociaux sont





bien placés pour déterminer qui et ce qui est disponible pour offrir à la personne un soutien pertinent et positif au changement (67).

Les trois rôles clés suivants sont le point de départ pour les travailleurs sociaux en ce qui concerne la consommation de substances :

1. S'engager sur le sujet de la consommation de substances dans le cadre de leur devoir de diligence pour soutenir leurs utilisateurs de services, leurs familles et leurs personnes à charge (67).
2. Motiver les personnes à envisager de changer leur comportement problématique de consommation de substances et les soutenir (ainsi que leurs familles et aidants) dans leurs efforts pour le faire (67).
3. Soutenir les gens dans leurs efforts pour apporter et maintenir des changements dans leur consommation de substances. La façon dont ceux-ci sont appliqués à chaque domaine de spécialisation de la pratique du travail social variera. Les rôles varieront également en fonction du niveau d'expérience et de l'ancienneté du travailleur social ainsi que de son rôle, de son environnement de service et de son modèle de service. À mesure que les travailleurs sociaux gagnent en expérience et accèdent à des rôles de gestion et de mentorat, leurs connaissances et leurs compétences devraient se développer et leur permettre de soutenir et superviser le personnel moins expérimenté. Les travailleurs sociaux et les gestionnaires avancés et principaux devraient également assumer un rôle de leadership stratégique en veillant à ce que les réponses à la consommation de substances soient intégrées dans l'organisation (67).

**Les professionnels de la santé** ont un rôle important à jouer dans le dépistage de la consommation de drogues chez leurs patients adolescents, en leur fournissant de brèves interventions, en les orientant vers un traitement de la toxicomanie si nécessaire et en assurant une surveillance et un suivi continus. Le dépistage et les interventions brèves n'ont pas besoin de prendre beaucoup de temps et peuvent être intégrés dans les milieux médicaux généraux (68).

### **Rôle des cliniciens et des sages-femmes dans le traitement des femmes enceintes**

Les femmes enceintes qui ont reçu de brefs conseils sur les effets du tabac, de l'alcool et d'autres drogues sur leur enfant à naître, sont plus susceptibles de s'abstenir. Les cliniciens devraient discuter de la consommation de tabac et de substances lors de la première visite prénatale et continuer tout au long de la grossesse. Il existe des interventions efficaces pour les personnes dépendantes du tabac et d'autres substances, y compris des médicaments sans danger pour les femmes enceintes (44).



La sage-femme a un rôle important à jouer pour changer le comportement des femmes enceintes car elle peut être le premier professionnel qu'une femme enceinte souffrant de problèmes de toxicomanie consultera lorsqu'elle demandera des soins de maternité. La visite de réservation



lorsque la femme entre en contact pour la première fois avec les services de maternité est la plus importante. La sage-femme prend normalement des notes détaillées de l'histoire médicale et sociale. Lorsque la femme est référée par l'assistante sociale, ce processus de réservation est moins compliqué. Toutes les sages-femmes doivent connaître les installations locales disponibles pour ces femmes et les orienter de manière appropriée. Il est très important de poser les questions de la bonne manière afin qu'elles ne semblent pas menaçantes pour la femme et ainsi construire une relation de confiance avec la femme. En tant que prestataires de soins de santé qui choisissent d'être avec une femme, les sages-femmes doivent être du côté de la cliente toxicomane ainsi qu'à ses côtés (5).

Une sage-femme de liaison spécialisée en toxicomanie contribuerait à réduire la stigmatisation associée au traitement des consommatrices de drogues enceintes, faciliterait l'accès aux soins pour les femmes enceintes dépendantes et aiderait à maintenir les parcours de soins une fois établis (69). Il est également suggéré que le poste faciliterait une meilleure communication et des relations de travail entre le personnel professionnel impliqué dans les soins de cette population de patients. La sage-femme de liaison spécialisée en toxicomanie, en tant que chef d'équipe, créerait et coordonnerait également une équipe de sages-femmes communautaires capables de s'occuper efficacement des femmes enceintes toxicomanes (5).

Dans la communauté, les visites des utilisatrices enceintes devraient être programmées plus fréquemment, voire hebdomadairement, car les relations positives nouées entre les femmes et les sages-femmes offrent l'opportunité d'employer une approche de gestion de cas pour les soins (70). Les sages-femmes doivent également travailler en étroite collaboration avec l'assistante sociale et être parfaitement informées sur ces sujets, par le biais d'un développement professionnel continu, de journées d'étude ou de conférenciers invités de centres de traitement par exemple (5). Les autorités sanitaires accordent aux professionnels de la santé le pouvoir de tenter de persuader les femmes de changer leur mode de vie. Les sages-femmes sont dans une position unique, en ce sens qu'elles ont la possibilité d'établir et de maintenir une relation avec les femmes sur une longue période (5).

## **5. Éducation des futurs parents/de la population pour un mode de vie sain concernant la consommation de substances et de tabac et en général - le rôle des programmes éducatifs, le rôle de la communauté, des écoles. Comment l'information peut être diffusée.**

### **Le rôle de l'école et des programmes éducatifs dans la prévention de la toxicomanie :**

L'école peut influencer les compétences en enseignant, en transmettant des connaissances, en établissant une base de valeurs solides en rapport avec la santé et la consommation de drogues et les attitudes qui peuvent, à leur tour, influencer la consommation de drogues. L'évaluation du programme doit se concentrer sur le niveau de connaissances, les attitudes, les valeurs et les compétences de la classe qui représentent l'impact immédiat du programme. Évaluation informelle ou jugement professionnel (71). Les écoles ont la possibilité de travailler avec les parents, les professionnels de la santé et les responsables communautaires pour utiliser des programmes dont



l'efficacité est prouvée, pour identifier les élèves qui présentent des risques comportementaux concernant des problèmes liés à la drogue et pour les orienter vers le centre médical des élèves (72).

**Éducation scolaire pour la prévention de l'abus de drogues** : L'éducation pour la prévention de l'abus de drogues dans les écoles peut être définie par des programmes, procédures, politiques et autres expériences éducatives qui contribuent à la réalisation d'objectifs de santé plus larges de prévention de l'usage et de l'abus de drogues. L'éducation pour la prévention de l'abus de drogues doit être considérée comme incluant des programmes de santé formels et informels, la création d'un environnement scolaire sûr et sain, la fourniture de services de santé et de soutien appropriés ainsi que la participation de la famille et de la communauté à la planification et à la prestation de programmes (71).

### **Recommandations pour les programmes de santé scolaire afin de prévenir le tabagisme et la toxicomanie**

Pour assurer le plus grand impact dans la prévention du tabagisme chez les jeunes, les écoles devraient mettre en œuvre les sept recommandations suivantes. Ces lignes directrices sont basées sur un examen approfondi de la recherche, de la théorie et de la pratique actuelle dans le domaine de la prévention du tabagisme en milieu scolaire. Les lignes directrices recommandent à toutes les écoles de :

1. Élaborer et appliquer une politique scolaire sur l'usage du tabac.
2. Fournir des instructions sur les conséquences physiologiques et sociales négatives à court et à long terme de l'usage du tabac, les influences sociales sur l'usage du tabac, les normes des pairs concernant l'usage du tabac et les compétences de refus.
3. Offrir une formation spécifique au programme pour les enseignants.
4. Soutenir les efforts d'abandon du tabac chez les élèves et tout le personnel scolaire qui consomment du tabac
5. Offrir une éducation à la prévention du tabagisme de la maternelle à la 12<sup>e</sup> année ; cet enseignement devrait être particulièrement intensif au collège ou secondaire inférieur et devrait être renforcé au lycée ou secondaire supérieur.
6. Impliquer les parents ou les familles dans le soutien des programmes scolaires pour prévenir l'usage du tabac.
7. Évaluer le programme de prévention du tabagisme à intervalles réguliers (73).

Les programmes de santé scolaire visant à prévenir l'usage du tabac pourraient devenir l'une des stratégies nationales les plus efficaces pour réduire le fardeau des dépenses physiques, émotionnelles et monétaires induites par l'usage du tabac (73). Pour atteindre une efficacité maximale, les programmes de santé scolaire visant à prévenir l'usage du tabac doivent être soigneusement planifiés et systématiquement mis en œuvre. Des programmes scolaires soigneusement planifiés peuvent être efficaces pour réduire la consommation de tabac chez les



élèves si les dirigeants scolaires et communautaires s'engagent à mettre en œuvre et à maintenir de tels programmes (73).

Dans les programmes universels, la formation à la maîtrise de soi, la formation aux compétences en résolution de problèmes et les techniques de thérapie cognitivo-comportementale sont apparues bénéfiques pour la majorité des étudiants. Dans les programmes destinés aux étudiants à haut risque, les programmes avec une approche des influences sociales, la formation aux techniques de refus et l'éducation à la santé étaient liés à des résultats négatifs chez la majorité des étudiants à haut risque. Cependant, pour la plupart des stratégies de prévention de la consommation de substances, on a constaté des effets différentiels selon les différents stades de développement. Bon nombre de ces découvertes peuvent être attribuées à des changements dans le développement biologique, cognitif, émotionnel et social ainsi qu'à des changements dans l'environnement physique et social qui ont lieu pendant l'enfance et l'adolescence. Les analyses des programmes universels ont révélé que les programmes génériques, l'enseignement des compétences de base telles que les compétences sociales, la maîtrise de soi et la résolution de problèmes, et les comportements sains sont les plus bénéfiques pour les élèves du primaire (74).

Le milieu de l'adolescence est une période extrêmement difficile pour la prévention de la consommation de substances. Les étudiants à haut risque bénéficient le plus des programmes basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale, apprenant aux étudiants à faire face au stress et à l'anxiété. Bien que les résultats impliquent qu'un changement de comportement au milieu de l'adolescence est possible, cela ne semble réalisable qu'avec des individus qui manifestent déjà une consommation de substances et qui sont prêts à changer (74).

Quant aux adolescents tardifs, par opposition aux adolescents précoces et intermédiaires, ils bénéficient de programmes universels basés sur une approche des influences sociales pour enseigner les compétences de refus. Comme les adolescents tardifs sont moins orientés sur les besoins, les attentes et les opinions de leurs pairs, il est logique que les programmes appliquant une approche d'influence sociale et les programmes d'enseignement des compétences de refus soient efficaces dans cette période de développement spécifique. Pendant cette période, les adolescents veulent développer leur propre identité. Les programmes qui les aident à le faire sont donc susceptibles de les intéresser. L'éducation à la santé sur l'interférence de la consommation de substances avec les objectifs personnels est également une stratégie efficace de prévention de la consommation de substances dans les programmes universels, conforme à l'orientation future des adolescents tardifs. En outre, la formation aux compétences de base telles que la maîtrise de soi et la résolution de problèmes ou la formation aux compétences de prise de décision semble également efficace, ce qui est conforme à la tâche de développement consistant à acquérir les compétences nécessaires pour la transition vers l'âge adulte. Enfin, la participation des parents peut également entraîner des résultats plus positifs, ce qui est cohérent avec l'amélioration des relations parents-



adolescents. Il se pourrait que, chez ces adolescents tardifs à haut risque qui expérimentent déjà fortement la consommation de substances, celle-ci soit devenue une partie de leur identité (74).

### **Stratégies d'enseignement - Enseignement interactif et approche axée sur les compétences de vie.**

Une approche axée sur les compétences de vie est un moyen d'enseigner et d'interagir avec les jeunes qui a le potentiel de conduire à de meilleurs résultats d'apprentissage en matière de santé et de prévention de la toxicomanie et peut finalement influencer la consommation de drogue des élèves. Les compétences de vie sont mieux enseignées par des méthodes interactives et sont plus efficaces lorsqu'elles sont appliquées et mises en pratique dans des situations potentielles de consommation de drogues qui sont pertinentes et significatives pour les situations sociales des élèves (71). L'approche axée sur les compétences de vie est plus efficace lorsque : Les enseignants ou les animateurs ont la capacité de renforcer le sentiment d'estime de soi des élèves dans une atmosphère de classe non menaçante et sans jugement (71).

**Engager la communauté dans la prévention de l'abus de drogues :** les écoles peuvent s'assurer l'aide de la communauté au sens large dans la prévention de l'abus de drogues en : impliquant la communauté scolaire (élèves, personnes travaillant à l'école, familles et la communauté en général desservie par l'école) lors d'événements nationaux concernant la santé, lors d'activités de service à la jeunesse et à la communauté et lors de groupes d'action locale; impliquant la communauté dans les activités liées aux bulletins, dépliants, sites Web, comités, journées portes ouvertes, activités de devoirs des élèves, forums, soirées d'information; impliquant la communauté dans la conduite d'activités sans drogue pour les élèves ; impliquant la communauté dans l'examen des déclarations de politique et des programmes scolaires ; engageant la communauté à parrainer l'éducation pour les programmes de prévention de la toxicomanie dans les écoles ; impliquant la communauté dans les ateliers de formation des enseignants ; impliquant la communauté dans le travail avec des groupes de jeunes dans les écoles concernant l'éducation en milieu scolaire pour la prévention de la toxicomanie dans un environnement qui reflète l'attention, la compréhension et l'implication (71).

**Le rôle des parents :** Une revue intégrative de la littérature a été menée pour examiner quels éléments de la connexion parent-enfant et de la communication spécifique à la consommation de substances sont efficaces pour la consommation d'alcool, de tabac et de drogues chez les adolescents. Quarante-deux articles en anglais évalués par des pairs ont été examinés. La communication ouverte se produit dans un contexte de forte connectivité entre les parents et leurs enfants. Les conversations sur les risques pour la santé sont associées à des niveaux inférieurs de consommation de substances, tandis que les conversations plus fréquentes, celles sur la propre consommation des parents, les messages permissifs et les conséquences de la consommation sont associées à des niveaux plus élevés de consommation. Il existe des disparités concernant les conversations sur la consommation de chaque substance : l'alcool et le tabac sont des sujets de conversation plus faciles tandis que la consommation de drogues est rarement abordée. La



consommation d'alcool et de tabac des parents peut influencer la crédibilité de leur communication avec leur enfant. Les parents devraient être encouragés à avoir des conversations ouvertes, constructives, crédibles et bilatérales avec leurs adolescents sur la consommation de substances. Les interventions visant à améliorer les compétences de communication des parents concernant la consommation de substances, en particulier la consommation de drogues, devraient inclure les types d'approches et de messages mis en évidence dans cette revue et, dans la mesure du possible, ces interventions devraient inclure tous les membres de la famille (75).

## **BIBLIOGRAPHIE [NLM (National Library of Medicine)]**

1. Boyd N. Substance Use, Abuse, and Dependence: Definition and Causes of Substance Disorders, Chapter 18 / Lesson 1; [Internet]; (cited 2013). Available at: <https://study.com/academy/lesson/substance-use-abuse-and-dependence-definition-and-causes-of-substance-disorders.html>
2. Haines-Saah RJ, Kelly MT, Oliffe JL, Bottorff JL. Picture Me Smoke free: A qualitative study using social media and digital photography to engage young adults in tobacco reduction and cessation, J Med Internet Res. 2015; 26;17(1):27
3. Crozer Keystone Health system. Substance Use, Abuse and Dependence [Internet]; 2017. Available at: <https://www.crozerkeystone.org/news/news-releases/2017/substance-use-abuse-and-dependence/>
4. National Institute on Drug Abuse. Cigarettes and Other Tobacco Products [Internet] Revised January 2020 , Available at :<https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/cigarettes-other-tobacco-products>
5. Economidou E, Klimi A, Vivilaki VG. Caring for substance abuse pregnant women: The role of the midwife. Health Sc J [Internet]. Last revised: March 2020 <http://www.hsj.gr/medicine/caring-for-substance-abuse-pregnant-women-the-role-of-the-midwife.php?aid=5297>
6. Forray A. Substance use during pregnancy [Internet]. Published online 2016 May, Page last updated on 3 January 2020; Topic last reviewed: 3 January 2017. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4870985/>
7. Loukopoulou A, Evangelopoulou V, Behrakis P. Smoking and pregnancy. Pneumon. 2010; 2(23): 161-167.
8. Murin S, Rafii R, Bilello K. Smoking and smoking cessation in pregnancy. Clinics in Chest Medicine. 2011;32(1):75–91





9. Zhang L, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Beskow B , Larentis N. Maternal smoking during pregnancy and anthropometric measurements of newborns: a population-based study in southern of Brazil. *Cadernos de Saude Publica*. 2011;27(9):1768–1776
10. Matijasevich A, Brion MJ, Menezes A M, Barros AJ, Santos IS, Barros FC. Maternal smoking during pregnancy and offspring growth in childhood: 1993 and 2004 Pelotas cohort studies. *Archives of Disease in Childhood*. 2011;96(6):519–525
11. Brion MJ, Victora C, Matijasevich A, Horta B, Anselmi L, Steer C, Menezes AB , Lawlor DA, Smith GD. Maternal smoking and child psychological problems: disentangling causal and noncausal effects. *Pediatrics*. 2010;126(1):57–65.
12. Medline Plus. Pregnancy and Drug Use [Internet] .Page last updated on 3 January 2020; Topic last reviewed: 3 January 2017. Available at:  
<https://medlineplus.gov/pregnancyanddruguse.html>
13. Sayal K, Heron J, Draper E, Alati R, Lewis SJ, Fraser R, Barrow M, Golding J, Emond A, Smith GD, Gray R. Prenatal exposure to binge pattern of alcohol consumption: mental health and learning outcomes at age 11. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 23(10):891-89
14. Galea S, Nandi A, Vlahov. The Social Epidemiology of Substance Use. *Epidemiologic Reviews* . 2004; 26 (1): 36–52
15. Coleman PK, Reardon DC, Cogle JR. Substance use among pregnant women in the context of previous reproductive loss and desire for current pregnancy. [Internet]. *British J of Health Psychology*. First published:31 December 2010. Available at:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1348/135910705X25499>)
16. Krank<sup>a</sup> M, Stewart<sup>bc</sup> SH, O'Connor<sup>d</sup> R, Woicik<sup>e</sup> PB, Wall<sup>f</sup> , AM, Conrod<sup>g</sup> PJ. Structural, concurrent, and predictive validity of the Substance Use Risk Profile Scale in early adolescence. *Addictive Behaviours*. 2011; 36 ( 1-2) :37-46
17. Hackshaw A, Rodeck C, Boniface S. Maternal Smoking in Pregnancy and Birth Defects: A Systematic Review Based on 173 687 Malformed Cases and 11.7 Million Controls. *Hum Reprod Update*. 2011;17 (5), 589-604
18. Wehby G L, Prater KK, McCarthy AM, Castilla EE, Murray JC. The Impact of Maternal Smoking during Pregnancy on Early Child Neurodevelopment. *J Hum Cap*. 2011; 5 (2): 207-254
19. Kupers LK, Xu X, Jankipersadsing SA, Vaez A, van Gemert S B, Scholtens S, Nolte IM, Richmond RC, Relton CL, Felix JF . DNA methylation mediates the effect of maternal smoking during pregnancy on birthweight of the offspring, *Intern J of Epidemiology*. 2015; 1224–1237





20. Shankaran<sup>ab</sup> S, Lester<sup>c</sup> BM, A, Bauer<sup>e</sup> CR, Bada<sup>f</sup> HS, Lagasse<sup>g</sup> L, Higgins<sup>h</sup> R. Impact of maternal substance use during pregnancy on childhood outcome. *Semin Fetal Neonatal Med* [journal]. 2007; 12(2): 143-150
21. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayerb J, Kleinmann S. Case-Control Study of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Maternal Smoking, Alcohol Use, and Drug Use During Pregnancy. *J of the Am Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(4):378-384
22. Bailey BA, McCook JG, McGrady L. Infant Birth Outcomes Among Substance Using Women: Why Quitting Smoking During Pregnancy is Just as Important as Quitting Illicit Drug Use. *Maternal and Child Health J*. 2012; 16: 414–422
23. Shankaran S, Das A, Bauer CR, Henrietta S, Bada HS, Lester B, Wright LL, Smeriglio V. Association Between Patterns of Maternal Substance Use and Infant Birth Weight, Length, and Head Circumference'. *Pediatrics*. 2004, 114 (2): 226-234
24. Marroun HE, Tiemeier H, Steegers EA, Jaddoe WV, Hofman A, Verhulst FC, Brink W, Huizink AC. Intrauterine Cannabis Exposure Affects Fetal Growth Trajectories: The Generation R Study. *J of the Am Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2009; 48 (12): 1173-1181
25. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE . Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. [Internet]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;2. Available at: [https://www.cochrane.org/CD001055/PREG\\_psychosocial-interventions-supporting-women-stop-smoking-pregnancy](https://www.cochrane.org/CD001055/PREG_psychosocial-interventions-supporting-women-stop-smoking-pregnancy)
26. Higgins ST, Washio Y, Heil SH, Solomon LJ, Gaalema DE, Higgins TM, Bernstein IM. Financial incentives for smoking cessation among pregnant and newly postpartum women. *Prev Med*. 2012;55 Suppl:S33-S40.
27. Heil SH, Linares Scott T, Higgins ST. An overview of principles of effective treatment of substance use disorders and their potential application to pregnant cigarette smokers. *Drug Alcohol Depend*. 2009;104 Suppl 1:S106-S114.
28. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K., Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD000146.
29. West R, Raw M, McNeill A, Stead L, Aveyard P, Bitton J, Stapleton J, McRobbie H, Pokhrel S, Lester-George A & Borland R. Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of efficacy, effectiveness and affordability for use in national guideline development. *Addict Abingdon Engl*. 2015;110(9):1388-1403.
30. Prochaska JJ, Benowitz NL. The Past, Present, and Future of Nicotine Addiction Therapy. *Annu Rev Med*. 2016;67:467-4



31. National Institute on Drug Abuse. Tobacco, Nicotine and E- Cigarettes [Internet]. last updated January 2020. Available at: [:https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/what-are-treatments-tobacco-dependence](https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/what-are-treatments-tobacco-dependence)
32. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;10:CD008286.
33. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD009670.
34. Freund<sup>1</sup> M, Campbell E, Paul C, Sakrouge R., McElduff P, Walsh RA, Wiggers J, Knight J, Girgis A. Increasing Smoking Cessation Care Provision in Hospitals: A Meta-Analysis of Intervention Effect. *Nicotine Tob Re.* 2009;11 (6), 650-62
35. Minary L, Hervé Martini H, Wirth N, Francine Thouvenot F, Acouetey DS, Martinet Y, Bohadana A, Zmirou-Navier D, Alla F, TABADO: Evaluation of a smoking cessation program among Adolescents in Vocational Training Centers: Study protocol. *BMC Public Health .* 2009; 9 (411) :44
36. Jhanjee S. Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian J Psychol Med.* 2014;36(2):112-118.
37. Raja M, Saha S, Mohd S, Narang R, Reddy LV, Kumari M. Cognitive Behavioural Therapy versus Basic Health Education for Tobacco Cessation among Tobacco Users: A Randomized Clinical Trail. *J Clin Diagn Res JCDR.* 2014;8(4):47-49.
38. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(3):CD006936
39. Witkiewitz K, Bowen S, Harrop EN, Douglas H, Enkema M, Sedgwick C. Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: theoretical models and hypothesized mechanisms of change. *Subst Use Misuse.* 2014;49(5):513-524.
40. de Souza IC, de Barros VV, Gomide HP, Mendes Miranda T C, de Paula Menezes V, Kozasa E H, and Noto A R, . Mindfulness-based interventions for the treatment of smoking: a systematic literature review. *J Altern Complement Med N Y N.* 2015;21(3):129-140.
41. Chen YF, Madan J, Welton N, Madan J, Welton N, Yahaya I, Aveyard P, Bauld L, Wang D, Fry-Smith A, Munafò MR. Effectiveness and cost-effectiveness of computer and other electronic aids for smoking cessation: a systematic review and network meta-analysis. *Health Technol Assess Winch Engl.* 2012;16(38):1-205, iii - v.
42. Hall AK, Cole-Lewis H, Bernhardt JM. Mobile text messaging for health: a systematic review of reviews. *Annu Rev Public Health.* 2015;36:393-415.



43. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, ... Rockville MD. Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service; June 2000.
44. Prevention For ME. Health care Professional. [Internet] 2020 [cited at 2020]; Available at: <https://preventionforme.org/healthcare-professional/>
45. Hoskey C, Howell E. Evaluation of a Free Smoking Cessation Program in North Omada. 2014
46. Chang PH, Chiang CH, Ho WC, Wu PZ, Tsai JS, Guo FR. Combination therapy of varenicline with nicotine replacement therapy is better than varenicline alone: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Public Health. 2015;15:689
47. Nakamura M, 'Effective Intervention for Smoking Cessation—Practical guidance for medical facilities including smoking cessation clinics'— JMAJ. 2004; 47(2): 97–104
48. Huang CL. Evaluating the Program of a Smoking Cessation Support Group for Adult Smokers: A Longitudinal Pilot Study. J Nurs Re. 2005;13 (3): 197-205
49. White AR, Resch KL, Ernst E. Randomized trial of acupuncture for nicotine withdrawal symptoms. Arch Intern Med. 1998;158(20):2251–2255
50. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). Pub Med Cochrane Database Syst Rev. 2009; (3) :CD001055. Available at: <https://www.ncsct.co.uk/usr/pub/interventions-for-promoting-smoking-cessation-during-pregnancy.pdf>
51. Cressman AM, Pupco A, Kim E, Koren G, Bozzo P. Smoking cessation therapy during pregnancy. Can Fam Physician Med Fam Can. 2012;58(5):525-527.
52. Leung LW, Davies GA. Smoking Cessation Strategies in Pregnancy. J Obstet Gynecol Can JOGC. 2015;37(9):791-797
53. Tappin D, Bauld L, Purves D, Boyd K, Sinclair L, MacAskill S, McKell J, Friel B, McConnachie A, de Caestecker L, Tannahill C, Radley A, Coleman T. Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: randomised controlled trial. BMJ. 2015;350:h134.
54. Kitzman HJ, Olds DL, Cole RE, Hanks CA, Anson EA, Arcoletto KJ, Holmberg JR. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2010;164(5):412–418
55. Hawkins JD, Kosterman R, Catalano RF, Hill KG, Abbott RD. Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood: Long-term effects from the IO1 Training materials  
Prevent Substance and Tobacco use for future parents



Seattle Social Development Project. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2005;159(1):25–31

56. Brown EC, Catalano RF, Fleming CB, Haggerty KP, Abbott RD. Adolescent substance use outcomes in the Raising Healthy Children project: A two-part latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005;73(4):699–710

57. Dodge KA, Bierman KL, Coie JD, Greenberg MT, Lochman JE, McMahon RJ, Pinderhughes EE. Impact of early intervention on psychopathology, crime, and well-being at age 25. *American Journal of Psychiatry*. 2014;172(1):59–70

58. Botvin GJ, Griffin KW, Nichols TD. Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. *Prevention Science*. 2006;7(4):403–408

59. Hecht ML, Marsiglia FF, Elek E, Wagstaff DA, Kulis S, Dustman P, Miller-Day M. Culturally grounded substance use prevention: An evaluation of the keepin'it REAL curriculum. *Prevention Science*. 2003;4(4):233–248.

60. Brody GH, Chen Y-F, Kogan SM, Murry VM, Brown AC. Long-term effects of the Strong African American Families program on youths' alcohol use. *J of Consulting and Clinical Psychology*. 2010;78(2):281–285).

61. Spoth R, Trudeau L, Guyll M, Shin C, Redmond C. Universal intervention effects on substance use among young adults mediated by delayed adolescent substance initiation. *J of Consulting and Clinical Psychology*. 2009;77(4):620–632.

62. Spoth R, Trudeau L, Shin C, Ralston E, Redmond C, Greenberg M, Feinberg M. Longitudinal effects of universal preventive intervention on prescription drug misuse: Three randomized controlled trials with late adolescents and young adults. *Am J of Public Health*. 2013;103(4):665–672

63. Lochman JE, Wells KC. Effectiveness of the Coping Power Program and of classroom intervention with aggressive children: Outcomes at a 1-year follow-up. *Behavior Therapy*. 2003;34(4):493–515.

64. Schinke SP, Fang L, Cole KC. Preventing substance use among adolescent girls: 1-year outcomes of a computerized, mother–daughter program. *Addictive Behaviors*. 2009;34(12):1060–1064.

65. Scott-Sheldon LA, Carey KB, Elliott JC, Garey L, Carey MP. Efficacy of alcohol interventions for first-year college students: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *J of Consulting and Clinical Psychology*. 2014;82(2):177–188.

66. Terlecki MA, Buckner JD, Larimer ME, Copeland AL. Randomized controlled trial of brief alcohol screening and intervention for college students for heavy-drinking mandated and volunteer undergraduates: 12-month outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2015;29(1):2–16.



67. Galvani S. Funded by Public Health England Alcohol and other Drug Use: The Roles and Capabilities of Social Workers. [Internet]. The University for World-Class Professionals . (cited 2015 March). Available at:

<https://www2.mmu.ac.uk/media/mmuacuk/content/documents/hpsc/research/Alcohol-and-other-dr>

68. National Institute on Drug Abuse. Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-Based Guide Advancing Addiction Science. [Internet] ;last updated January 2014. Available at: <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment>

69. Scully M, Geoghegan N, Corcoran P, Tiernan M, Keenan E. Specialized drug liaison midwife services for pregnant opioid dependent women in Dublin Ireland. *J of Substance Abuse Treatment*. 2004;26:(1):27-33.)

70. Dowdell JA, Fenwick J, Bartu A, Sharp J. Midwives' descriptions of the postnatal experiences of women who use illicit substances: A descriptive study, *Midwifery*. 2005;25( 3) : 295-306.

71. United Nations Office on Drugs and Crime 2004 'SCHOOLS school-based education for drug abuse prevention' [Internet]; 2004. Available at:

[https://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook\\_school\\_english.pdf](https://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_school_english.pdf)

72. Pediatrics. The Role of Schools in Combating Illicit Substance Abuse, Council on School Health and Committee on Substance Abuse. [Internet]. *Official J of the Am Academy of pediatrics*.2007;120 (6) 1379-1384. Available at: <https://pediatrics.aappublications.org/content/120/6/1379>)

73. MMWR Recommendations and Reports. Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction. [Internet]; (cited at February 25, 1994:/43(RR-2);1-18. Available at: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00026213.htm>

74. Onrust SA, Otten<sup>b</sup> R, J Lammers<sup>a</sup> J, Smit<sup>acd</sup>F. School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *CI Psychology Review*. 2016; 44:45-59

75. Carver H, Elliott L, Kennedy C, & Hanley J. Parent–child connectedness and communication in relation to alcohol, tobacco and drug use in adolescence: An integrative review of the literature. [Internet]. Published online: 26 Sep 2016 ;Pages 119-133, Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09687637.2016.1221060>

76 Centers for Disease Control and Prevention. Chemistry and Toxicology of Cigarette Smoke and Biomarkers of Exposure and Harm. In: *How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010.

77 National Cancer Institute. Harms of Cigarette Smoking and Health Benefits of Quitting. Updated December 19, 2017.

IO1 Training materials

Prevent Substance and Tobacco use for future parents