

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

MEMOIRE

pour le

D.I.U. Tabacologie et aide au sevrage

par

VERREZ Coralie

interne de médecine générale

Présenté et soutenu publiquement le 12 octobre 2021.

Evolution de la consommation tabagique des hommes à l'occasion de la grossesse de leur compagne. Etude observationnelle descriptive transversale par auto-questionnaire dans les maternités.

Directrice de mémoire : Madame LAPORTE Catherine, Professeur, Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

Table des matières

Remerciements	3
1 – Introduction	4
2 – Matériel et méthodes	7
2.1 – Type d'étude et population étudiée	7
2.2 – Recueil des données.....	8
2.2.1 – Elaboration du questionnaire	8
2.2.2 – Composition du questionnaire	8
2.2.3 – Diffusion	9
2.2.4 – Période d'accessibilité	10
2.3 – Analyse des données.....	10
2.3.1 – Groupes d'études	10
2.3.1 – Analyse	10
3 – Résultats	11
3.1 – Description de la population.....	11
3.2 – Evolution de la consommation de tabac pendant la grossesse	13
3.3 – Comparaison des profils	13
3.4 – Caractéristiques addictologies des papas qui ont arrêté de fumer	15
3.5 – Connaissances et prise en charge.....	17
3.6 – Poursuite de l'étude	19
4 – Discussion	19
5 – Conclusion.....	22
6 – Perspectives et enjeux	23
Références bibliographiques	24
ANNEXE 1 : Questionnaire	26
ANNEXE 2 : Test de Fagerström simplifié (16).....	31
ANNEXE 3 : Test de Richmond (17).....	32

Remerciements

A Thomas, sans qui rien de cela n'aurait été possible.

Au Pr Catherine Laporte, qui m'a accompagné tout au long de ce travail.

A Mme Barral, sage-femme tabacologue de la maternité des HCL, qui s'est investie dans ce projet et dont l'aide a été très précieuse.

A Mme Vaz et Mme Faure, cadres de la maternité de la Chataigneraie, pour leur aide bienveillante, ainsi qu'à Mme Cautres, sage-femme tabacologue, pour son soutien et son échange.

A mes co-internes et aux sage-femmes qui ont pris de leur temps pour m'aider à recueillir tous ces questionnaires.

Au Dr Perriot, pour son enseignement et ses conseils.

A tous les intervenants de ce D.I.U., pour tout ce qu'ils m'ont appris.

1 – Introduction

Le tabagisme est un problème majeur de santé publique en France du fait de ses conséquences et de sa forte prévalence. Andler 2019 montre que la prévalence du tabagisme quotidien en France en 2018 s'élevait à 25,4% chez les 18-75 ans (1). D'après l'OMS, le tabac est la première cause de mort évitable en France (2). Bonaldi 2019 montre qu'en 2015, plus de 75 000 décès en France étaient attribuables au tabagisme, ce qui correspond à environ 13% des décès survenus en France métropolitaine (3).

Le tabagisme parental durant la grossesse est un facteur de risque majeur de morbidité maternelle et fœtale, et un facteur évitable puisque modifiable. Il est source de nombreuses conséquences sur la conception et sur la grossesse.

En premier lieu, le tabac altère la fertilité : d'après Berthiller 2005, le tabagisme actif chez l'homme diminue la qualité et la mobilité des spermatozoïdes, à l'origine d'une baisse de la fertilité. Chez la femme, le tabagisme actif augmente le délai de conception et diminue les chances de réussite en cas de traitement de l'infertilité (4).

Durant la grossesse, d'après Berthiller, le tabagisme actif et passif augmente le risque de grossesse extra-utérine et de complications placentaires (4). Perriot confirme en 2015 les effets toxiques du tabagisme chez la femme enceinte : doublement de la fréquence des grossesses extra-utérines, augmentation de la fréquence des avortements spontanés, du placenta prævia, d'accouchement prématuré et de retard de croissance in utero chez le fœtus (5).

Mais les conséquences ne s'arrêtent pas au fœtus : Banderali 2015 va plus loin en ajoutant, chez l'enfant exposé in utero au tabagisme, un surrisque de syndrome de mort subite

du nourrisson, de problèmes neurodéveloppementaux et comportementaux, d'obésité, d'hypertension, de diabète de type 2, d'altération de la fonction pulmonaire et d'asthme (6).

Le site du CRAT, référentiel pour les professionnels de santé, énumère les risques connus du tabac sur la grossesse et l'allaitement. Parmi les éléments déjà cités plus haut, il précise qu'une réduction d'environ 200 grammes du poids de naissance est observée chez les enfants de mères fumeuses en cours de grossesse, après prise en compte des autres facteurs de risque connus (7). Marufu confirme dans son étude de 2015 un effet dose-réponse du tabagisme maternel pendant la grossesse sur le risque de mortinaissance (8).

Le tabagisme du conjoint n'est pas sans conséquences non plus. D'après Hill en 2011, le tabagisme passif chez la femme enceinte est également responsable d'une réduction du poids de naissance de l'enfant. Si l'effet sur le poids est faible, il peut néanmoins faire basculer l'issue d'une grossesse d'une zone à risque à une zone critique (9). Perriot en 2015 montre également que le tabagisme du conjoint accroît le risque d'avortement spontané de façon dose-dépendant (5).

Malgré la connaissance de tous ces risques, le tabagisme est encore trop présent chez la femme enceinte. D'après l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, 16% des fumeuses continuaient de fumer au troisième trimestre de grossesse. Cette enquête mettait également en évidence un défaut d'accompagnement des femmes enceintes fumeuses, puisque seulement 46% des femmes ayant fumé à un moment quelconque de leur grossesse ont dit avoir reçu des conseils sur l'arrêt du tabac (10). Demiguel 2018 décrit que les femmes qui diminuaient peu leur consommation de tabac au cours de la grossesse avaient des caractéristiques sociodémographiques moins favorables (11).

Il apparaît également qu'il existe un défaut d'information des femmes quant aux modalités et effets du sevrage tabagique pendant la grossesse. D'après Dumas 2015, 78,2%

des fumeuses interrogées pensaient que le « stress » provoqué par le sevrage tabagique serait plus nocif pour l'enfant qu'une consommation modérée de tabac. Pour plus de la moitié des fumeuses (53,8%), les traitements de substitution nicotinique seraient déconseillés pendant la grossesse (12). Ces résultats soulignent la nécessité d'améliorer les connaissances de la population pour lutter contre les fausses croyances qui sont un frein au sevrage tabagique pendant la grossesse.

Les conséquences du tabagisme de la future mère et du futur père sont donc bien connues, et si on sait que le sevrage tabagique des femmes pendant la grossesse est encore imparfait, qu'en est-il de celui des futurs pères ? Il existe peu d'études et de données scientifiques renseignant sur le sevrage tabagique de ces hommes.

Une étude réalisée par Román-Gálvez en Espagne en 2017 a mis en évidence une diminution minime de la fréquence du tabagisme chez les partenaires de femmes enceintes : 39% des futurs pères fumaient avant la grossesse et il restait 32% de fumeurs au troisième trimestre de la grossesse. De plus, les femmes dont le partenaire fumait étaient moins susceptibles d'arrêter leur propre consommation (13).

N. Oudni en 2016 a interrogé les hommes fumeurs lors de la grossesse de leur compagne. Parmi les fumeurs, 10% ont arrêté et 27.5% ont diminué leur consommation tabagique habituelle durant la grossesse. Mais parmi ces futurs pères fumeurs interrogés, aucun n'a déclaré avoir reçu une proposition d'aide au sevrage tabagique par un professionnel de santé (15).

Pourtant, Kayser en 2013 a montré que les futurs ou nouveaux pères qui étaient au stade de la pré-contemplation ou de la contemplation de l'arrêt du tabac, ont modifié leur comportement tabagique pendant la grossesse ou le post-partum pour protéger leurs partenaires et leurs nourrissons de l'odeur et/ou des méfaits potentiels de la fumée (14). La

grossesse et l'accouchement de leur conjointe seraient donc des moments privilégiés pour tenter un sevrage tabagique chez les futurs pères. C'est une période à cibler pour une intervention proactive de sevrage tabagique basée sur la motivation chez les fumeurs.

L'objectif principal de ce travail est d'établir un état des lieux de la consommation tabagique des hommes pendant la grossesse de leur compagne. Nous avons étudié l'évolution de la consommation tabagique des papas durant la grossesse, et nous nous sommes intéressés à leurs connaissances concernant la toxicité de leur cigarette sur la grossesse et l'aide médicale reçue au cours de cette période.

2 – Matériel et méthodes

2.1 – Type d'étude et population étudiée

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive transversale quantitative en effectuant un sondage auprès de sujets adultes volontaires pour participer à ce travail. Pour cela, nous avons élaboré un auto-questionnaire.

La population étudiée correspond aux futurs papas, lors de la grossesse de leur compagne. Les critères d'inclusion étaient qu'ils soient fumeurs de tabac au moment de l'annonce de la grossesse, qu'ils parlent couramment français, et que leur bébé soit à la maternité après la naissance. Le critère d'exclusion était la non-admission à la sécurité sociale.

2.2 – Recueil des données

2.2.1 – Elaboration du questionnaire

Les questions et les items de réponses ont été élaborés à partir de données issues de la littérature et de réflexions personnelles. Le questionnaire a été relu par le comité scientifique pluridisciplinaire suivant : Pr G. Brousse, psychiatre addictologue responsable du service de référence en Addictologie ; Pr C. Laporte, médecin généraliste ; Mme F. Morel, psychologue addictologue ; et M. B. Pereira, biostatisticien.

Cette étude a été déposée au Correspondant Informatique et Libertés.

2.2.2 – Composition du questionnaire

Le questionnaire se compose de 42 questions au total, divisées en 7 parties. L'accès à certaines questions est déterminé par la réponse donnée à la question précédente. Les réponses se présentent sous forme d'items à cocher, d'une cotation sur une échelle verbale ou numérique, ou de quelques réponses ouvertes.

La première partie du questionnaire s'intéresse à la consommation de tabac actuelle du jeune papa. Il n'est pas concerné s'il a arrêté de fumer durant la grossesse. Si ce n'est pas le cas, il doit répondre à un test de FAGERSTRÖM simplifié (16) (cf. annexe) afin d'évaluer son degré de dépendance à la nicotine et un test de RICHEMOND (17) (cf. annexe) afin d'évaluer sa motivation à l'arrêt.

La deuxième partie du questionnaire cherche à déterminer l'évolution de la consommation de tabac du sujet durant la grossesse. On recherche un éventuel arrêt ou une diminution de consommation, une rechute et des co-addictions.

La troisième partie concerne la femme enceinte : était-elle fumeuse et a-t-elle modifié sa consommation pendant la grossesse.

La quatrième partie s'intéresse aux perceptions des avantages et inconvénients à l'arrêt du tabac et aux connaissances concernant les conséquences du tabagisme passif pendant la grossesse sur le fœtus et l'enfant à venir.

La cinquième partie recherche une éventuelle aide au sevrage par un professionnel de la santé et le ressenti du sujet concernant la qualité de l'aide apportée.

La sixième partie est un recueil de données personnelles, notamment socio-économiques.

Une dernière partie propose d'être recontacté après une période de 6 mois à 1 an afin de réévaluer la consommation tabagique du père lorsque l'enfant est dans le foyer. Les données personnelles telles que le nom, l'adresse et le numéro de téléphone sont alors recueillies. Cette dernière partie est entièrement basée sur le volontariat et n'a pas de conséquence sur les parties précédentes du questionnaire, qui sont anonymisées lors de l'extraction des données.

2.2.3 – Diffusion

Ce questionnaire a été diffusé dans plusieurs maternités d'hôpitaux français de la région Auvergne-Rhône-Alpes : l'hôpital de Thiers, l'hôpital d'Aurillac, l'hôpital de Vichy, l'hôpital de Montluçon, l'hôpital de Moulins, la clinique privée La Châtaigneraie à Clermont-Ferrand et l'hôpital Femme-Mère-Enfant des Hospices Civils de Lyon.

Le questionnaire était proposé aux hommes incluables selon les critères précédemment cités. La diffusion a été effectuée par des sage-femmes ou des internes en médecine suivant le

fonctionnement de la maternité. Les questionnaires ont ensuite été récupérés avant la sortie définitive de la maternité et transmis à l'investigateur afin d'en extraire les données.

2.2.4 – Période d'accessibilité

La diffusion du questionnaire a commencé fin juin 2021. Elle est actuellement toujours en cours.

2.3 – Analyse des données

2.3.1 – Groupes d'études

Nous avons déterminé deux groupes principaux répondant à notre objectif principal. Le premier groupe correspondait à celui des papas qui fumaient avant l'annonce de la grossesse et qui ont totalement arrêté leur consommation durant la grossesse ou au moment de l'accouchement. Le second groupe comprenait les papas qui fumaient avant l'annonce de la grossesse et qui ont soit diminué, soit rechuté après une période plus ou moins longue d'arrêt, ou qui n'ont pas modifié leur consommation de tabac durant les périodes de gestation ou d'accouchement. Le premier groupe est donc le groupe « arrêt » et le second le groupe « non-arrêt ».

2.3.1 – Analyse

L'analyse statistique a été coordonnée par Bruno Pereira, travaillant au sein de la DRCI du CHU de Clermont-Ferrand.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata 15 (StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%.

La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles, et par la moyenne \pm écart-type pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique. Les comparaisons entre groupes indépendants concernant des paramètres qualitatifs ont été effectuées par le test du Chi2 ou par le test exact de Fisher, et par le test de Kruskal-Wallis pour les paramètres quantitatifs. Seuls les groupes « arrêt » et « non-arrêt » ont été comparés, les sous-catégories du second groupe ont simplement été décrites.

3 – Résultats

3.1 – Description de la population

Les hommes étaient âgés de 34,5 ans en moyenne. Toutes les catégories professionnelles étaient représentées avec 18% (n = 11) d'ouvriers, 35% (n = 22) d'employés, 11% (n = 7) d'artisans, 3% (n = 2) d'agriculteurs, 18% (n = 11) de professions intermédiaires, 13% (n = 8) de professions supérieures et 2% (n = 1) sans emploi.

Leur consommation de tabac initiale était supérieure à 10 cigarettes par jour pour 56% (n = 35) d'entre eux. La compagne était également fumeuse dans 50% (n = 31) des cas.

Parmi ces hommes, 14% (n = 9) ont déclaré consommer du cannabis de manière quotidienne. 5% (n = 3) ont déclaré consommer de l'alcool à hauteur de plus de deux verres par jour.

Les caractéristiques de ces hommes sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques des sujets

	TOTAL (n = 62)
Âge (année), moyenne ± ET	34.5 ± 6.5 [23 ; 52]
Catégorie professionnelle , n (%)	
<i>Sans emploi</i>	1 (1.6 %)
<i>Ouvrier</i>	11 (17.7 %)
<i>Employé</i>	22 (35.5 %)
<i>Artisan</i>	7 (11.3 %)
<i>Agriculteur</i>	2 (3.2 %)
<i>Profession intermédiaire</i>	11 (17.7 %)
<i>Profession supérieure</i>	8 (12.9 %)
Niveau d'étude , n (%)	
<i>Pas de diplôme</i>	4 (6.5 %)
<i>CAP, BEP ou moins</i>	24 (38.7 %)
<i>Bac</i>	17 (27.4 %)
<i>Bac +2</i>	6 (9.7 %)
<i>Bac +3 et plus</i>	11 (17.7 %)
Nombre d'enfants avant l'accouchement , moyenne ± ET	0.8 ± 1.0 [0 ; 5]
Grossesse prévue , n (%)	57 (91.9 %)
Etat de santé , n (%)	
<i>Surpoids</i>	23 (37.1 %)
<i>Obésité</i>	9 (14.5%)
<i>Asthme</i>	5 (8.0 %)
<i>BPCO</i>	2 (3.2 %)
<i>HTA</i>	1 (1.6 %)
<i>Apnée du sommeil</i>	1 (1.6 %)
<i>Cancer</i>	0
<i>Autre</i>	0
Consommation de tabac avant la grossesse , n (%)	
<i>Consommation initiale ≤ 10 cigarettes par jour</i>	27 (43.6 %)
<i>Consommation initiale > 10 cigarettes par jour</i>	35 (56.4 %)
<i>Prise en charge addictologique</i>	1 (1.61 %)
Couple fumeur , n (%)	31 (50 %)
Co-addiction , n (%)	
<i>Alcool</i>	3 (4.8 %)
<i>Cannabis</i>	9 (14.5 %)
<i>Héroïne</i>	0
<i>Cocaïne</i>	0
<i>Autre*</i>	2 (3.2 %)
Lieu de vie , n (%)	
<i>rural</i>	20 (32.3 %)
<i>semi-rural</i>	27 (43.5 %)
<i>urbain</i>	15 (24.2 %)
Lieu de vie commun avec femme enceinte , n (%)	61 (98.4 %)
Mensurations du nouveau-né , moyenne ± ET	
<i>Poids (g)</i>	3187.6 ± 489.5 [860 ; 4540]
<i>Taille (cm)</i>	49.7 ± 1.9 [45 ; 53]

* CBD, vapotage

3.2 – Evolution de la consommation de tabac pendant la grossesse

L'évolution de la consommation de tabac des hommes pendant la grossesse de leur compagne est illustrée dans la Figure 1.

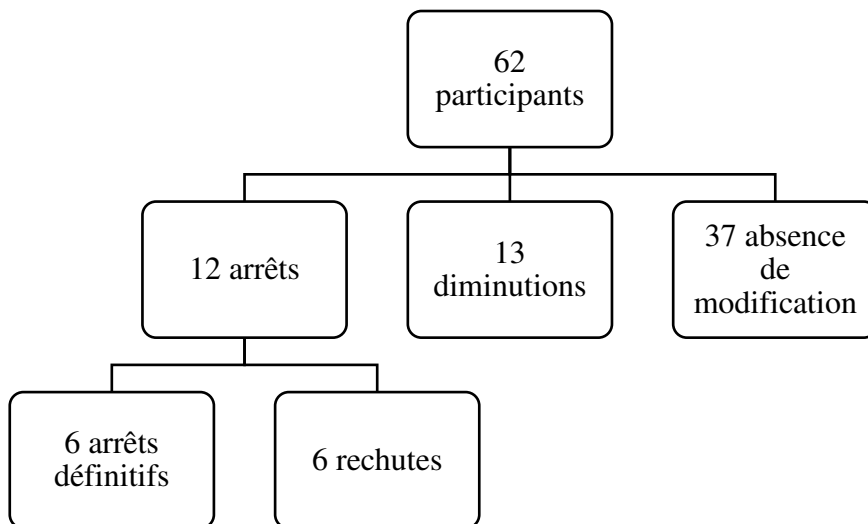


Figure 1 : *adaptation de la consommation tabagique des hommes durant la grossesse*

Durant la grossesse, 19% (n = 12) des papas fumeurs ont arrêté de fumer, dont la moitié a rechuté (n = 6). La plupart des arrêts ont eu lieu soit un premier trimestre (42%, n = 5), soit à partir du troisième trimestre (33%, n = 4 au troisième trimestre et 17%, n = 2 à la naissance). A noter que ceux qui ont arrêté de fumer au premier trimestre sont principalement ceux qui rechuté (n = 4) par la suite. La principale cause de rechute explicitée était le stress (n = 3).

Parmi les papas n'ayant pas arrêté de fumer, 21% (n = 13) ont déclaré avoir diminué leur consommation de tabac durant la grossesse.

Enfin, 60% (n = 37) n'ont pas modifié leur consommation de tabac.

3.3 – Comparaison des profils

Il n'y a pas de différence significative entre ceux qui ont arrêté (groupe « arrêté ») et les autres (groupe « non-arrêté »), notamment concernant la catégorie professionnelle ou le niveau d'étude. La comparaison entre les hommes qui ont arrêté et les autres, ainsi que la description des sous-groupes sont détaillées dans le Tableau 2.

Tableau 2 : caractéristiques socio-démographiques des sujets à l'issue de la grossesse

	Arrêt n = 6 (9.7 %)	Non arrêté n = 56 (90.3 %)	p- value	Rechute n = 6 (10.7 %)	Diminution n = 13 (23.2 %)	Pas de modification n = 37 (66.1 %)
TOTAL (n = 62)						
Âge (année), moyenne ± ET	33.8 ± 6.0 [28 ; 45]	34.6 ± 6.6 [23 ; 52]	0.50	36.5 ± 3.7 [31 ; 41]	33.2 ± 6.3 [23 ; 45]	34.8 ± 7.1 [24 ; 52]
Catégorie professionnelle , n (%)			0.52			
<i>Sans emploi</i>	0	1 (1.8 %)		0	0	1 (2.7 %)
<i>Ouvrier</i>	2 (33.3 %)	9 (16.1 %)		2 (33.3 %)	1 (7.7 %)	6 (16.2 %)
<i>Employé</i>	4 (66.7 %)	18 (32.1 %)		1 (16.7 %)	6 (46.1 %)	11 (29.7 %)
<i>Artisan</i>	0	7 (12.5 %)		0	1 (7.7 %)	6 (16.2 %)
<i>Agriculteur</i>	0	2 (3.6 %)		0	0	2 (5.4 %)
<i>Profession intermédiaire</i>	0	11 (19.6 %)		2 (33.3 %)	3 (23.1 %)	6 (16.2 %)
<i>Profession supérieure</i>	0	8 (14.3 %)		1 (16.7 %)	2 (15.4 %)	5 (13.5 %)
Niveau d'étude , n (%)			0.06			
<i>Pas de diplôme, CAP, BEP ou moins</i>	6 (100 %)	22 (39.3 %)		2 (33.3 %)	4 (30.8 %)	16 (43.2 %)
<i>Bac et plus</i>	0	34 (60.7 %)		4 (66.7 %)	9 (69.2 %)	21 (56.8 %)
Nombre d'enfants avant accouchement , moyenne ± ET	0.5 ± 0.8 [0 ; 2]	0.8 ± 1.1 [0 ; 5]	0.84	1 ± 0.9 [0 ; 2]	0.6 ± 1.2 [0 ; 4]	0.8 ± 1.1 [0 ; 5]
Grossesse programmée , n (%)	5 (83.3 %)	52 (92.9 %)	0.41	6 (100 %)	11 (84.6 %)	35 (94.6 %)
Lieu de vie commun avec femme enceinte , n (%)	6 (100 %)	55 (98.2 %)	1.00	6 (100 %)	13 (100 %)	36 (97.3 %)
Etat de santé , n (%)						
<i>Surpoids</i>	3 (50.0 %)	20 (35.7 %)	0.66	2 (33.3 %)	7 (53.8 %)	11 (29.7 %)
<i>Obésité</i>	1 (16.7 %)	8 (14.3 %)	1.00	2 (33.3 %)	0	6 (16.2 %)
<i>Asthme</i>	2 (33.3 %)	3 (5.4 %)	0.07	1 (16.7 %)	1 (7.7 %)	1 (2.7 %)
<i>BPCO</i>	0	2 (3.6 %)	1.00	0	1 (7.7 %)	1 (2.7 %)
<i>HTA</i>	0	1 (1.8 %)	1.00	0	1 (7.7 %)	0
<i>Apnée du sommeil</i>	0	1 (1.8 %)	1.00	0	0	1 (2.7 %)
<i>Cancer</i>	0	0		0	0	0
<i>Autre</i>	0	0		0	0	0
Lieu de vie , n (%)			1.00			
<i>rural</i>	2 (33.3 %)	18 (32.1 %)		1 (16.7 %)	2 (15.4 %)	15 (40.5 %)
<i>semi-rural</i>	3 (50.0 %)	24 (42.9 %)		2 (33.3 %)	7 (53.8 %)	15 (40.5 %)
<i>urbain</i>	1 (16.7 %)	14 (25.0 %)		3 (50.0 %)	4 (30.8 %)	7 (18.2 %)
Mensurations du nouveau-né , moyenne ± ET						
<i>Poids</i>	3146 ± 456 [2660 ; 3940]	3227 ± 385 [2625 ; 4540]	0.98	3452 ± 661 [2700 ; 4480]	3080 ± 309 [2625 ; 3740]	3189 ± 518 [2860 ; 4540]
<i>Taille</i>	50 ± 2 [47 ; 53]	49.6 ± 1.9 [45 ; 53]	0.32	50.3 ± 2 [47 ; 53]	49.8 ± 2.1 [46 ; 53]	49.5 ± 1.9 [45 ; 52]

3.4 – Caractéristiques addictologies des papas qui ont arrêté de fumer

Les arrêts réussis concernaient autant les gros fumeurs (plus de 10 cigarettes par jour, n = 3), que les petits fumeurs (10 cigarettes par jour ou moins, n = 3). Il n'apparaît pas de différence significative concernant la quantité de tabac quotidien initial chez les hommes qui ont arrêté de fumer et les autres.

Aucun des hommes qui ont réussi à arrêter de fumer n'avait de compagne fumeuse. Concernant les hommes qui n'ont pas arrêté, la proportion de compagnes fumeuses était de 55% (n = 31), et allait jusqu'à 66% (n = 4) pour les compagnes des hommes qui ont rechuté après arrêt du tabac. La majorité d'entre elle (52%, n = 14) ont arrêté de fumer pendant la grossesse.

Il y avait significativement plus d'hommes consommateurs de cannabis dans le groupe d'hommes qui ont arrêtés de fumer du tabac (50%, n = 3) que dans le second groupe (11%, n = 6).

Les hommes qui ont arrêté de fumer l'ont fait principalement à partir du troisième trimestre de grossesse (67%, n = 4). Au contraire, les hommes qui ont tenté d'arrêter de fumer mais qui n'ont pas réussi avaient arrêté principalement au premier trimestre (67%, n = 4).

Concernant les hommes qui fumaient encore à l'issue de la grossesse, la majorité avait une faible motivation à l'arrêt (68%, n = 38) d'après le test de RICHEMOND (17), et 18% (n = 10) avait une dépendance forte à la nicotine d'après le test de FAGERSTROM simplifié (16). Il n'y avait plus que 48% (n = 27) de fumeurs à plus de 10 cigarettes par jour, contre 57% (n = 32) initialement.

Les caractéristiques concernant le tabagisme des fumeurs et anciens fumeurs sont présentées dans le Tableau 3.

Tableau 3 : caractéristiques addictologiques des sujets suivant leur statut tabagique à l'issue de la grossesse

TOTAL (n = 62)	Arrêt n = 6 (9.7 %)	Non Arrêt n = 56 (90.3 %)	p- value	Rechute n = 6 (10.7 %)	Diminution n = 13 (23.2 %)	Pas de modification n = 37 (66.1 %)
Tabac initial quotidien, n (%)			1.00			
<i>Consommation ≤ 10 cig/j</i>	3 (50 %)	24 (42.9 %)		2 (33.3 %)	4 (30.8 %)	18 (48.7 %)
<i>Consommation > 10 cig/j</i>	3 (50 %)	32 (57.1 %)		4 (66.7 %)	9 (69.2 %)	19 (51.3 %)
Prise en charge addictologique	0	1 (1.8 %)	1.00	0	1 (7.7 %)	0
Femme enceinte fumeuse, n (%)	0	31 (55.4 %)	0.02•	4 (66.7 %)	6 (46.2 %)	21 (56.8 %)
<i>Arrêt pendant la grossesse</i>	0	14 (51.6 %)		1 (25 %)	3 (50 %)	12 (57.1 %)
<i>Diminution</i>	0	10 (32.3 %)		3 (75 %)	2 (33.3 %)	5 (23.8 %)
<i>Pas de modification</i>	0	4 (12.9 %)		0	1 (16.7 %)	3 (14.3 %)
<i>Augmentation</i>	0	1 (3.2 %)		0	0	1 (4.8 %)
<i>Arrêt avec conjoint</i>	0	0		0	-	-
Co-addiction, n (%)						
<i>Alcool > 2 verres par jour</i>	0	3(5.4 %)	1.00	1 (16.7 %)	0	2 (5.4 %)
<i>Cannabis quotidien</i>	3 (50 %)	6 (10.7 %)	0.03•	0	2 (15.4 %)	4 (10.8 %)
<i>Héroïne</i>	0	0		0	0	0
<i>Cocaïne</i>	0	0		0	0	0
<i>Autre*</i>	0	2 (3.6 %)		0	0	2 (5.4 %)
Arrêt ou tentative d'arrêt, n (%)	6 (100 %)	6 (10.7 %)				
<i>A l'annonce ou au premier trimestre</i>	1 (16.7 %)	4 (66.7 %)		4 (66.7 %)	-	-
<i>Au deuxième trimestre</i>	1 (16.7 %)	0		0	-	-
<i>Au troisième trimestre</i>	2 (33.3 %)	2 (33.3 %)		2 (33.3 %)	-	-
<i>A la naissance</i>	2 (33.3 %)	0		0	-	-
Motivation à l'arrêt après accouchement**, n (%)						
<i>Bonne motivation</i>	-	5 (8.9 %)		2 (33.3 %)	1 (7.7 %)	2 (5.4 %)
<i>Motivation moyenne</i>	-	13 (23.2 %)		1 (16.7 %)	6 (46.1 %)	6 (16.2 %)
<i>Motivation faible</i>	-	38 (67.9 %)		3 (50 %)	6 (46.1 %)	29 (78.4 %)
Dépendance nicotine après accouchement***, n (%)						
<i>Pas de dépendance</i>	-	23 (41.1 %)		4 (66.6 %)	5 (38.5 %)	14 (37.8 %)
<i>Dépendance modérée</i>	-	23 (41.1 %)		1 (16.7 %)	7 (53.8 %)	15 (40.5 %)
<i>Dépendance forte</i>	-	10 (17.8 %)		1 (16.7 %)	1 (7.7 %)	8 (21.6 %)
Tabac quotidien après l'accouchement, n (%)						
<i>Consommation ≤ 10 cig/j</i>	-	29 (51.8 %)		4 (66.7 %)	8 (61.5 %)	18 (48.7 %)
<i>Consommation > 10 cig/j</i>	-	27 (48.2 %)		2 (33.3 %)	5 (38.5 %)	19 (51.3 %)

* explicités : CBD, vapotage

** selon test de Richemond (cf. annexe 2)

*** selon test de Fagerström simplifié (cf. annexe 3)

• $p < 0,05$

cig/j = cigarette(s) par jour

3.5 – Connaissances et prise en charge

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes ayant arrêté de fumer et les autres concernant la reconnaissance de la toxicité de leur cigarette sur le fœtus et sur l'enfant à venir.

Chez les hommes ayant arrêté de fumer, les avantages perçus à l'arrêt étaient majoritairement la santé personnelle (100%, n = 6), puis la santé du fœtus (83%, n = 5).

Chez les hommes n'ayant pas arrêté de fumer, les principaux inconvénients à l'arrêt étaient le stress (61%, n = 34) et l'énervement (64%, n = 36).

Parmi les hommes ayant arrêté de fumer, ils étaient 83% (n = 5) à considérer qu'il y avait plus d'avantages que d'inconvénient à l'arrêt du tabac, contre 75% (n = 42) pour les autres.

Dans les deux groupes, les proportions d'hommes jugeant avoir été informés par les professionnels de santé est assez similaire à environ 67% (n = 4) et 64% (n = 36).

Concernant les hommes ayant arrêté de fumer, 33% (n = 2) ont demandé de l'aide à un professionnel de santé. Ils se sont tous tournés vers leur médecin traitant (100%, n = 2), et la moitié a bénéficié d'un suivi (50%, n = 1). Dans ce groupe, 17% (n = 1) a bénéficié d'une aide médicamenteuse par substituts nicotiques. Au total, 17% (n = 1) a jugé avoir eu une aide professionnelle suffisante.

Concernant les hommes qui n'ont pas arrêté de fumer, 23% (n = 13) se sont tournés vers un professionnel de santé pour les aider. 77% (n = 10) d'entre eux ont demandé de l'aide à leur médecin traitant. Parmi les hommes n'ayant pas arrêté de fumer, 16% (n = 9) ont utilisé

des substituts nicotiques. Ils étaient 21% (n = 12) à avoir jugé avoir eu une aide professionnelle suffisante.

L'aide médicamenteuse ou professionnelle n'a pas été source de différence significative entre ces deux groupes.

Les connaissances et prises en charges des hommes ayant arrêté de fumer et des autres sont présentées dans le Tableau 4.

Tableau 4 : connaissances et prise en charge des sujets suivant leur statut tabagique à l'issue de la grossesse

TOTAL (n = 62)	Arrêt n = 6 (9.7 %)	Non Arrêt n = 56 (90.3 %)	p- value	Rechute n = 6 (10.7 %)	Diminution n = 13 (23.2 %)	Pas de modification n = 37 (66.1 %)
Connaissances de la toxicité pour le fœtus, n (%)			0.39			
<i>Oui et plutôt oui</i>	5 (83.3 %)	48 (85.7 %)		4 (66.7 %)	12 (92.3 %)	32 (86.5 %)
<i>Non et plutôt non</i>	1 (16.7 %)	3 (5.4 %)		0	0	3 (8.1 %)
<i>Sans opinion</i>	0	5 (8.9 %)		2 (33.3 %)	1 (7.7 %)	2 (5.4 %)
Connaissances de la toxicité pour le futur enfant, n (%)			0.77			
<i>Oui et plutôt oui</i>	5 (83.3 %)	44 (78.6 %)		4 (66.7 %)	9 (69.2 %)	31 (83.8 %)
<i>Non et plutôt non</i>	1 (16.7 %)	6 (10.7 %)		0	2 (15.4 %)	4 (10.8 %)
<i>Sans opinion</i>	0	6 (10.7 %)		2 (33.3 %)	2 (15.4 %)	2 (5.4 %)
Consommation à côté de la femme enceinte			0.75			
<i>Souvent</i>	0	3 (5.4 %)		0	2 (15.4 %)	1 (2.7 %)
<i>Parfois</i>	1 (16.7 %)	17 (30.3 %)		2 (33.3 %)	3 (23.1 %)	12 (32.4 %)
<i>Jamais</i>	5 (83.3 %)	36 (64.3 %)		4 (66.7 %)	8 (61.5 %)	24 (64.9 %)
Avantages et inconvénients à l'arrêt, n (%)						
<i>Bonne humeur</i>	0	11 (19.7 %)	0.58	1 (16.7 %)	3 (23.1 %)	7 (18.9 %)
<i>Santé du fœtus</i>	5 (83.3 %)	40 (71.4 %)	1.00	2 (33.3 %)	11 (84.6 %)	27 (73 %)
<i>Santé personnelle</i>	6 (100 %)	47 (83.9 %)	0.58	4 (66.7 %)	13 (100 %)	30 (81.1 %)
<i>Diminution du stress/irritabilité</i>	0	6 (10.7 %)	1.00	0	1 (7.7 %)	5 (13.5 %)
<i>Stress</i>	4 (66.7 %)	34 (60.7 %)	1.00	4 (66.7 %)	10 (76.9 %)	20 (54.1 %)
<i>Fatigue</i>	1 (16.7 %)	10 (17.9 %)	1.00	1 (16.7 %)	1 (7.7 %)	8 (21.6 %)
<i>Problèmes de couple</i>	0	4 (7.1 %)	1.00	0	0	4 (10.8 %)
<i>Enervement</i>	4 (66.7 %)	36 (64.3 %)	1.00	3 (50 %)	10 (76.9 %)	23 (62.2 %)
<i>Problèmes au travail</i>	1 (16.7 %)	5 (8.9 %)	0.47	1 (16.7 %)	1 (7.7 %)	3 (8.1 %)
<i>Arrêt = plus d'avantages que d'inconvénients*</i>	5 (83.3 %)	42 (75.0 %)	1.00	5 (83.3 %)	12 (92.3 %)	25 (67.5 %)
Informations suffisantes par corps médical, n (%)			0.62			
<i>Oui et plutôt oui</i>	4 (66.7 %)	36 (64.3 %)		2 (33.3 %)	12 (92.3 %)	22 (59.5 %)
<i>Non et plutôt non</i>	1 (16.7 %)	17 (30.3 %)		3 (50 %)	1 (7.7 %)	13 (35.1 %)
<i>Sans opinion</i>	1 (16.7 %)	3 (5.4 %)		1 (16.7 %)	0	2 (5.4 %)
Informations fournies par professionnels, n (%)						
<i>Sage-femme</i>	1 (16.7 %)	20 (34.7 %)	0.65	1 (16.7 %)	6 (46.15 %)	13 (35.1 %)
<i>Gynéco-obstétricien</i>	0	8 (14.3 %)	1.00	0	5 (38.5 %)	3 (8.1 %)
<i>Médecin généraliste</i>	2 (33.3 %)	12 (21.4 %)	0.61	1 (16.7 %)	6 (46.15 %)	5 (13.5 %)

<i>Pharmacien</i>	0	5 (8.9 %)	1.00	1 (16.7 %)	1 (7.7 %)	3 (8.1 %)
<i>Infirmier</i>	2 (33.3 %)	5 (8.9 %)	0.13	0	2 (15.4 %)	3 (8.1 %)
<i>Tabacologue</i>	2 (33.3 %)	4 (7.1 %)	0.10	0	1 (7.7 %)	3 (8.1 %)
<i>Autre**</i>	3 (50 %)	2 (3.6 %)		0	0	2 (5.4 %)
<i>Aucun</i>	1 (16.7 %)	22 (39.3 %)	0.40	4 (66.7 %)	0	18 (48.6 %)
Demande d'aide par professionnel de santé, n (%)	2 (33.3 %)	13 (23.2 %)	0.63	3 (50 %)	2 (15.4 %)	8 (21.6 %)
<i>Médecin traitant</i>	2 (100 %)	10 (76.9 %)	1.00	3 (100 %)	2 (100 %)	5 (62.5 %)
<i>Tabacologue</i>	0	0		0	0	0
<i>Gynéco-obstétricien</i>	0	0		0	0	0
<i>Psychologue</i>	0	0		0	0	0
<i>Infirmier</i>	0	0		0	0	0
<i>Sage-femme</i>	0	0		0	0	0
<i>Médecin généraliste autre</i>	0	1 (7.7 %)	1.00	0	0	1 (12,5 %)
<i>Autre***</i>	0	2 (15.4 %)		0	0	2 (25 %)
<i>Mise en place d'un suivi</i>	1 (50 %)	2 (15.4 %)	0.37	0	1 (50 %)	1 (12,5 %)
Aide médicamenteuse, n (%)						
<i>Substituts nicotiques</i>	1 (16.7 %)	9 (16.1 %)	1.00	3 (50 %)	1 (7.7 %)	5 (13.5 %)
<i>Varénicline</i>	0	1 (1.8 %)	1.00	0	1 (7.7 %)	0
<i>Bupropion</i>	0	1 (1.8 %)	1.00	0	0	1 (2.7 %)
Aide professionnelle jugée suffisante, n (%)			0.85			
<i>Oui et plutôt oui</i>	1 (16.7 %)	12 (21.4 %)		1 (16.7 %)	5 (38.5 %)	6 (16.2 %)
<i>Non et plutôt non</i>	3 (50 %)	18 (32.1 %)		3 (50 %)	1 (7.7 %)	14 (37.8 %)
<i>Sans opinion</i>	2 (33.3 %)	26 (46.4 %)		2 (33.3 %)	7 (53.8 %)	17 (46 %)

* note supérieure à 5 sur une échelle de 1 à 10 de perception des avantages par rapport aux inconvénients

**explicités : professeurs, livre d'Allen Carr

***explicités : acupuncteur, hypnotiseur

3.6 – Poursuite de l'étude

A l'heure actuelle, 45% (n = 28) des participants acceptent d'être recontactés d'ici 6 mois à 1 an afin de répondre à un second questionnaire sur leur consommation de tabac.

4 – Discussion

Le sevrage tabagisme de l'homme durant la grossesse de sa compagne est un sujet très peu étudié. Les campagnes de préventions s'adressent principalement à la femme enceinte

fumeuse, et les professionnels de santé tentent au maximum d'accompagner ces femmes dans leur sevrage tabagique (18). Mais malheureusement, ce sujet reste très peu abordé chez les hommes (19).

Pourtant, cette période est critique pour trois raisons : tout d'abord, on a déjà démontré les effets nocifs du tabagisme maternel et passif sur le bébé (9), avec principalement un risque de retard de croissance intra-utérin, mais aussi des complications plus rares et plus graves comme des hématomes rétro-placentaires, des fausses couches tardives, etc (7). En 2020, Zhao met en évidence un lien entre le tabagisme paternel l'augmentation du risque de cardiopathies coronariennes chez la progéniture (20).

De plus, le sevrage tabagique du futur père peut être un véritable soutien et motivateur pour sa compagne enceinte également fumeuse. Román-Gálvez, 2017, montre que les femmes dont le partenaire fumait étaient moins susceptibles d'arrêter leur propre consommation (13). Bertini, 2019, expose les difficultés des femmes à réaliser un sevrage tabagique tout en vivant dans un environnement fumeur (21).

Enfin, la grossesse, période réunissant beaucoup de facteurs psychologiques positifs, peut être vu comme un moment privilégié pour tenter un sevrage tabagique. En 2006, Bottorff écrit que les futurs pères et nouveaux pères fumeurs peuvent être ciblés de manière optimale par les interventions de sevrage parce que c'est un moment où les hommes ressentent de l'inconfort avec leur tabagisme et où les discontinuités dans la vie quotidienne associées à la transition vers la paternité et à la présence d'un nouveau bébé offrent des occasions d'établir de nouvelles routines (22).

L'étude ici présente permet de décrire l'adaptation de la consommation de tabac des futurs hommes fumeurs. Elle pourrait favoriser la mise en place d'une intervention pendant la grossesse qui cible les femmes enceintes et les futurs pères qui fument, pouvant avoir des

implications positives pour la santé paternelle, maternelle et familiale et conduisant à un plus grand nombre de foyers sans tabagisme.

Cette étude comporte certaines limites. D'abord, le recueil n'a eu lieu qu'en maternité et pas en service de néonatalogie, ne ciblant donc pas tous les papas, et surtout pas les papas d'enfants en mauvaise santé, et notamment avec un retard de croissance intra-utérin (5). Mais élargir le recueil en néonatalogie présentait aussi des inconvénients : le fait de cibler un comportement à risque, susceptible d'induire des problèmes de santé chez le fœtus, alors que le nouveau-né est en effet en mauvaise santé, semble assez inconvenant et culpabilisant pour le papa. Au-delà de ce problème éthique, il y aurait probablement eu un manque de participation important de la part de ces papas.

Une autre limite concerne le futur second questionnaire : seuls 45% (n = 28) des papas ont accepté d'être recontacté pour poursuivre l'étude. Parmi les fumeurs persistants qui n'ont pas souhaité être recontactés, 67% (n = 20) avaient une faible motivation à l'arrêt. On peut penser que ces personnes avaient conscience qu'ils seraient encore fumeurs au moment de la diffusion du second questionnaire et n'ont donc pas jugé utile ou valorisant pour eux de répondre à un autre questionnaire sur leur sevrage tabagique.

Enfin, concernant la réalisation du questionnaire, nous nous sommes rendus compte a posteriori que la question concernant le salaire n'était pas pertinente. En effet, le caractère brut ou net du salaire n'a pas été précisé, ne permettant pas d'utiliser ces données lors de l'analyse des données.

5 – Conclusion

Dans cette étude, seulement 10% (n = 6) des jeunes pères ont complètement arrêtés de fumer pendant la grossesse. Parmi les autres, 11% (n = 6) ont arrêté mais rechuté, 23% (n = 13) ont diminué leur consommation, et la majorité (66%, n = 37) n'a pas modifié sa consommation. Il n'apparaît pas de différence significative parmi les hommes qui ont arrêté de fumer et les autres.

Aucun des hommes qui ont réussi à arrêter de fumer n'avait de compagne fumeuse. Au contraire, il est intéressant de remarquer que parmi les hommes qui ont rechuté, 67% (n = 4) avait une compagne fumeuse, et parmi celles-ci seul 25% (n = 1) a arrêté de fumer pendant la grossesse alors que les autres (75%, n = 3) ont simplement diminué leur consommation. L'efficacité du sevrage tabagique semble plus limitée dans les couples fumeurs, que ce soit pour l'homme ou pour la femme.

Moins d'un tiers des hommes (n = 15) ont demandé de l'aide à un professionnel de santé, mais parmi eux 80% (n = 12) se sont tourné vers leur médecin traitant, ce qui atteste de la position privilégiée du médecin traitant dans ce rôle. Mais seulement 20% (n = 3) de ces hommes ont bénéficié d'un suivi médical.

Même s'il n'y a pas de différence significative, il est intéressant de remarquer que parmi les 5 sujets ayant arrêté de fumer au premier trimestre de grossesse, 80% (n = 4) ont rechuté par la suite. Peut-être qu'avec un accompagnement plus soutenu pendant la grossesse, on pourrait aider ces futurs papas à maintenir leur arrêt.

Très peu des hommes ont bénéficié d'une aide médicamenteuse au sevrage : 17% (n = 1) pour les hommes ayant arrêté de fumer, et 31% (n = 11) pour les autres. Au total, 34% (n = 21) des hommes ont jugé avoir eu une aide professionnelle insuffisante, et 45% (n = 28) n'a pas donné son avis.

Cependant les connaissances des futurs papas concernant la toxicité de leur cigarette étaient assez correctes puisque 85% (n = 53) des futurs papas ont répondu que leur tabagisme était nocif pour le fœtus, et 79% (n = 49) qu'il était nocif pour le futur enfant. De plus, 66% (n = 41) ont déclaré ne jamais fumer à côté de la femme enceinte, et 29% (n = 18) uniquement de manière occasionnelle.

6 – Perspectives et enjeux

La lutte contre le tabagisme est une priorité de santé publique en France. Il existe de nombreuses stratégies de santé publique en perpétuelle évolution (23), avec notamment le Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 qui vise à créer la première génération sans tabac d'ici 2032 (24). Les campagnes de prévention ciblant les femmes enceintes fumeuses sont nombreuses (18) et les professionnels de santé accordent une grande attention à cette population. Pourtant, les campagnes ciblant les compagnons fumeurs des femmes enceintes sont rares et souvent indirectes (25). Or les enjeux peuvent être nombreux : soutenir la femme enceinte en cours de sevrage tabagique, prévenir les complications fœtales et infantiles du tabagisme passif, et saisir l'occasion particulière de la grossesse comme facteur déclenchant d'un nouveau comportement de santé pour le futur père.

Notre étude révèle que le sevrage tabagique du conjoint pendant la grossesse reste très limitée avec seulement 10% d'arrêt. Ces hommes sont peu suivis durant cette période et n'ont pas suffisamment d'aide pour les accompagner dans une dynamique de sevrage tabagique.

Cette étude est un premier pas vers la reconnaissance du besoin d'aide et d'accompagnement du futur papa fumeur, et renforce la place privilégiée du médecin traitant dans ce rôle, comme déjà souligné par la HAS (26).

Références bibliographiques

1. Andler R, Richard J-B, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane F, et al. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2019;BEH 15:271-7.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Tabac [Internet]. 2020 [cité 7 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
3. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2019;BEH 15:278-84.
4. Berthiller J, Sasco A-J. Tabagisme (actif ou passif) en relation avec la fertilité, la procréation médicalement assistée et la grossesse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 avr 2005;34:47-54.
5. Perriot J. Tabagisme maternel et paternel : l'excès de risque lié au tabagisme chez la femme enceinte. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005;34:95-100.
6. Banderali G, Martelli A, Landi M, Moretti F, Betti F, Radaelli G, et al. Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. Journal of Translational Medicine. 2015;13:327.
7. Etat des connaissances sur le tabac : Grossesse et allaitement [Internet]. Le CRAT. 2018 [cité 27 déc 2020]. Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=1038
8. Marufu TC, Ahankari A, Coleman T, Lewis S. Maternal smoking and the risk of still birth: systematic review and meta-analysis. BMC public health. 2015;15:239.
9. Hill C. Les effets sur la santé du tabagisme passif. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2011;BEH 20-21:233-5.
10. Coulm B, Bonnet C, Blondel B, Vanhaesebrouck, A, Vilain A, Fresson J, et al. Enquête nationale périnatale Rapport 2016. Epopé Inserm. 2017;1-317.
11. Demigual V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles M-J, Regnault N. Évolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2018;BEH 35-36:694-703.
12. Dumas A. Tabac, grossesse et allaitement : exposition, connaissances et perceptions des risques. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2015;BEH 17-18:301-7.
13. Román-Gálvez RM, Amezcua-Prieto C, Olmedo-Requena R, Lewis-Mikhael Saad AM, Martínez-Galiano JM, Bueno-Cavanillas A. Partner smoking influences whether mothers quit smoking during pregnancy: a prospective cohort study. BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology. 2017;125(7):820-7.

14. Kayser JW, Semenic S. Smoking motives, quitting motives, and opinions about smoking cessation support among expectant or new fathers. *Journal of Addictions Nursing*. 2013;24(3):149-57.
15. Oudni N. Les messages de prévention de la santé reçus par les partenaires, avant et pendant la première grossesse de leur compagne [DES de médecine générale]. [Paris 13]: Faculté de médecine de Bobigny; 2016.
16. Haute Autorité de Santé. Test de Fagerstrom simplifié et complet [Internet]. Service des bonnes pratiques professionnelles; 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf
17. Haute Autorité de Santé. Évaluation de la motivation : test de Richmond R et AL [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/annexe_test_de_richmond.pdf
18. Santé publique France, République française, L'assurance maladie. Dépliant grossesse sans tabac [Internet]. tabac info service; Disponible sur: <https://pro.tabac-info-service.fr/var/tis/storage/original/application/b45fb75a6ab397a32066e41389f7da15.pdf>
19. Santé publique France, République française. L'arrêt du tabac pendant la grossesse et l'allaitement [Internet]. 1000 premiers jours. 2019 [cité 21 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/larret-du-tabac-pendant-la-grossesse-et-lallaitement>
20. Zhao L, Chen L, Yang T, Wang L, Wang T, Zhang S, et al. Tabagisme parental et risque de malformations cardiaques congénitales chez la progéniture : une méta-analyse mise à jour des études observationnelles. *Eur J Prev Cardiol*. 1 août 2020;27(12):1284-93.
21. Bertini M. Grossesse et tabac: l'accompagnement au sevrage des femmes enceintes fumeuses. *Dépôt universitaire de mémoires après soutenance*. 2019;88.
22. Bottorff JL, Oliffe J, Kalaw C, Carey J, Mroz L. Men's constructions of smoking in the context of women's tobacco reduction during pregnancy and postpartum. *Soc Sci Med*. juin 2006;62(12):3096-108.
23. Ministère des Solidarités et de la Santé. Lutte contre le tabagisme [Internet]. Solidarités Santé. 2021 [cité 23 sept 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme>
24. Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Action et des Comptes Publics. Programme national de lutte contre le tabac 2018 - 2022 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
25. Organisation Mondiale de la Santé. Poster Vivre sans tabac : les femmes y ont droit. [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www.who.int/tobacco/wntd/2010/fr_wntd_2010_tobacco_free.pdf
26. Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandation 2014 de la HAS [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2014 [cité 23 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1719643/fr/arreter-de-fumer-et-ne-pas-rechuter-la-recommandation-2014-de-la-has

ANNEXE 1 : Questionnaire

I – ACTUELLEMENT

- 1) Actuellement, fumez-vous ?
 OUI NON

Si NON à la question précédente : passez directement à la question 8.

Si OUI à la question précédente :

- 2) Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
 10 ou moins Entre 11 et 20 Entre 21 et 30 Plus de 31
- 3) Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre 1^{ère} cigarette ?
 Plus de 60 min Entre 31 et 60 min Entre 6 et 30 min Moins de 5 min
- 4) Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?
 OUI NON
- 5) Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?
 Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup
- 6) Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?
 Non Peut-être Vraisemblablement Certainement
- 7) Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?
 Non Peut-être Vraisemblablement Certainement

II – VOTRE TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE

- 8) Etiez-vous fumeur avant l'annonce de la grossesse ?
 OUI NON
- 9) Combien de cigarettes fumiez-vous avant l'annonce de la grossesse en moyenne ?
 0 Moins de 5 Entre 5 et 10 Plus de 10
- 10) Avez-vous arrêté de fumer pendant la grossesse (même si cet arrêt n'a pas été définitif) ?
 OUI NON

Si OUI à la question 10 :

- 11) Cochez la période correspondant à l'arrêt du tabagisme :
 Annonce ou 1^{er} trimestre de grossesse 2^{ème} trimestre de grossesse
 3^{ème} trimestre de grossesse Naissance de l'enfant
- 12) Avez-vous repris votre consommation ?
 OUI NON
- 13) Si OUI à la question 12, pourquoi avez-vous repris le tabac ?
.....

Si NON à la question 10 :

14) Si vous n'avez pas arrêté de fumer, avez-vous diminué votre consommation de tabac durant la grossesse ?

OUI NON

15) Combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne au cours de la grossesse ?

Au 1^{er} trimestre :/jour

Au 2^{ème} trimestre :/jour

Au 3^{ème} trimestre :/jour

16) Consommiez-vous d'autres substances hormis le tabac (plusieurs réponses possibles) ?

Cannabis quotidien Alcool \geq 2 verres/jour Héroïne
 Cocaïne Autre : NON

17) Fumiez-vous dans la même pièce ou à côté de la femme enceinte ?

Souvent Parfois Jamais Je ne sais pas

III – LA FEMME ENCEINTE ET SON TABAGISME

18) Vivez-vous avec la mère de l'enfant ?

OUI NON

19) Concernant la mère de l'enfant, fumait-elle avant la grossesse ?

OUI NON

Si NON à la question 19 : passer directement à la question 23

Si OUI à la question 19 :

20) Concernant la consommation de tabac de la mère pendant la grossesse :

Elle a augmenté sa consommation Elle n'a pas modifié sa consommation
 Elle a diminué sa consommation Elle a complètement arrêté sa consommation

21) Si elle a arrêté, avez-vous arrêté en même temps ?

OUI NON

22) Si elle a complètement arrêté, à quand correspond l'arrêt :

Annonce ou 1^{er} trimestre de grossesse 3^{ème} trimestre de grossesse
 2^{ème} trimestre de grossesse Naissance de l'enfant

IV – VOS PERCEPTIONS ET CONNAISSANCES

23) Pensez-vous que votre cigarette est toxique pour le fœtus ?

Oui Plutôt oui Plutôt non Non Sans Opinion

24) Pensez-vous que fumer pendant la grossesse peut favoriser l'émergence de maladies chez le futur enfant ?

Oui Plutôt oui Plutôt non Non Sans Opinion

25) Quels sont pour vous les principaux avantages et inconvénients de l'arrêt du tabac pendant la grossesse ? (plusieurs réponses possibles)

AVANTAGES	INCONVENIENTS
<input type="checkbox"/> Bonne humeur <input type="checkbox"/> Santé du fœtus <input type="checkbox"/> Santé personnelle <input type="checkbox"/> Diminution du stress/irritabilité <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Problème de couple <input type="checkbox"/> Enervement <input type="checkbox"/> Problèmes au travail <input type="checkbox"/> Autre :

26) Le fait d'arrêter de fumer pendant la grossesse représente pour vous :

Inconvénients ← 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → Avantages

27) Estimez-vous avoir reçu suffisamment d'informations concernant la toxicité de votre tabagisme sur la grossesse de la part du corps médical ?

Oui Plutôt oui Plutôt non Non Sans Opinion

28) De la part de quels professionnels de santé avez-vous reçu ces informations ?

- Sage-femme Gynéco-obstétricien Médecin généraliste Pharmacien
 Infirmière Tabacologue Autre : Aucun

V – L'AIDE AU SEVRAGE

29) Avez-vous demandé de l'aide à un professionnel pour tenter d'arrêter de fumer ?

OUI NON

Si OUI à la question 29 :

30) Si oui, vers qui vous êtes-vous tourné ? (plusieurs réponses possibles)

<input type="checkbox"/> Médecin traitant	<input type="checkbox"/> Tabacologue	<input type="checkbox"/> Gynéco-obstétricien	<input type="checkbox"/> Psychologue
<input type="checkbox"/> Infirmier (dont infirmier ASALE)	<input type="checkbox"/> Sage-femme	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste autre que traitant	<input type="checkbox"/> Autre, précisez :

31) Un suivi a-t-il été mis en place pour vous accompagner dans votre sevrage tabagique ?

OUI NON

Si NON à la question 29 : passer directement à la question 32

32) Avez-vous bénéficié d'une aide médicamenteuse ? (plusieurs réponses possibles)

Non Substituts nicotiques (patchs, pastilles, et/ou autres formes)
 Varénicline CHAMPIX® Bupropion ZYBAN®

33) Estimez-vous avoir reçu l'aide dont vous aviez besoin pour vous accompagner dans votre décision ?

← Oui Plutôt oui Plutôt non Non → Sans Opinion

VI – QUESTIONS PERSONNELLES

34) Merci de renseigner les données suivantes :

Âge :ans Poids :kg Taille :cm
Profession : Nombre d'enfants avant l'accouchement :

35) Cette grossesse était-elle prévue ?

OUI NON Autre

36) Quels sont les mensurations du bébé à la naissance ?

Poids :g Taille :cm

37) Dans quelle tranche de revenus mensuels situez-vous votre foyer ?

< 1 000 € entre 1 000 et 1 500 € entre 1 500 et 2 000 €
 entre 2 000 et 3 000 € entre 3 000 et 4 000 € > 4 000 €

38) Quel est votre niveau d'étude ?

- Sans diplôme CAP, BEP ou moins Bac Bac +2 Bac +3 et plus

39) Vous vivez dans une zone :

- rurale semi-rurale urbaine

40) Avez-vous des problèmes de santé ?

- BPCO ou bronchite chronique Hypertension artérielle Asthme
 Apnée du sommeil Cancer (précisez) : Autre :
 Aucun

41) Avez-vous déjà eu une prise en charge addictologique par le passé ou actuellement ?

- OUI NON

Pour aller plus loin...

Ce travail cherche à savoir si les pères modifient leur consommation de tabac avant et après la naissance de leur enfant. C'est pourquoi nous proposons d'adresser un second questionnaire (par mail ou par courrier) dans un délai de 6 mois à 1 an.

Les données recueillies seront anonymisées, nous vous demandons vos coordonnées ici dans le seul but de vous recontacter. Ces coordonnées ne seront pas conservées. La réponse à ce second questionnaire est basée uniquement sur le volontariat et n'est bien sûr pas obligatoire. Elle serait cependant un atout considérable pour l'avancée de ce travail.

Dans tous les cas, je vous remercie sincèrement pour le temps que vous y avez accordé.

42) Acceptez-vous d'être recontacté pour répondre à un 2^{ème} questionnaire dans 6 mois – 1 an ?

- OUI NON

Si oui :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Adresse mail:

ANNEXE 2 : Test de Fagerström simplifié (16)

Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3
2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance ;
- 2-3 : dépendance modérée ;
- 4-5-6 : dépendance forte.

ANNEXE 3 : Test de Richmond (17)



tabac-info-service.fr

Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter

ÉVALUATION DE LA MOTIVATION : TEST DE RICHMOND R ET AL

Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?	Non	0
	Oui	1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Moyennement	2
	Beaucoup	3
Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les 2 semaines à venir ?	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Pensez-vous être un ex-fumeur dans 6 mois ?	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Total		

Richmond RI, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following interventions to stop smoking by general practitioners. *Addiction* 1983; 88 : 1127-35

SCORE ≥ 8 :

Bonne motivation.

SCORE 6-8 :

Motivation moyenne. Un soutien motivationnel peut être utile pour valoriser et augmenter les côtés positifs de l'arrêt.

SCORE ≤ 5 :

Motivation faible qui nécessite une aide motivationnelle et un soutien avant de démarrer le sevrage.