



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

VERREZ, Coralie

Présentée et soutenue publiquement le 13 septembre 2022

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 thèse :**

Madame LAPORTE Catherine, Professeur des Universités de Médecine Générale, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

**Président du jury :**

Monsieur BROUSSE George, Professeur des Universités de Psychiatrie, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

**Membres du jury :**

Monsieur GERMAIN François, Docteur, médecin généraliste à Brioude

Madame CAUTRES Peggy, sage-femme à la Clinique la Châtaigneraie





UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

VERREZ, Coralie

Présentée et soutenue publiquement le 13 septembre 2022

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 thèse :**

Madame LAPORTE Catherine, Professeur des Universités de Médecine Générale, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

**Président du jury :**

Monsieur BROUSSE George, Professeur des Universités de Psychiatrie, UFR de Médecine et des Professions Paramédicales de Clermont-Ferrand

**Membres du jury :**

Monsieur GERMAIN François, Docteur, médecin généraliste à Brioude

Madame CAUTRES Peggy, sage-femme à la Clinique la Châtaigneraie



## UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

---

PRESIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis  
: **DOLY** Michel  
: **TURPIN** Dominique  
: **VEYRE** Annie  
: **DULBECCO** Philippe  
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre  
: **FONTAINE** Jacques  
: **BOUTIN** Christian  
: **MONTEIL** Jean-Marc  
: **ODOUARD** Albert  
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et  
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER  
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT  
VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION  
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE  
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA  
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE  
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias  
: **DEQUIEDT** Vianney  
: **FOGLI** Anne  
: **HENRARD** Pierre  
  
: **PEYRARD** Françoise  
: **PAQUIS** François



## UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice  
: **CHAZAL** Jean

DOYEN  
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre  
: **ROBERT** Gaëlle

## LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

### **PROFESSEURS HONORAIRES :**

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTMUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

### **PROFESSEURS EMERITES :**

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOIX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

### **PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire

M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne

**PROFESSEURS DE**  
**1ère CLASSE**

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie - Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	SAPIN-DEFLOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

**PROFESSEURS DE  
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréi	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

**PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES**

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PATICIENS HOSPITALIERS

### *MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE*

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

### *MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE*

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
Mlle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

### *MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE*

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale

## Remerciements

**Aux membres du jury,**

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

**Au Pr Georges Brousse**, pour ces remarques lors de la rédaction du questionnaire et pour avoir accepté d'être le président de ce jury.

**Au Dr François Germain**, mon tuteur, pour son aide et son accompagnement bienveillant depuis le début de mon internat.

**A Mme Peggy Cautres**, sage-femme tabacologue de la maternité de la Châtaigneraie, pour son aide précieuse et ses conseils.

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

**A mes parents et ma famille**, pour leurs encouragements et leur soutien.

**Au Dr Bruno Pereira**, qui m'a aidé à y voir plus clair dans ce mélange confus de chiffres et de données.

**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 Châtaigneraie, pour leur aide bienveillante.

**A mes co-internes et aux sage-femmes des maternités de la région**, 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 du D.I.U. de Tabacologie et Aide au Sevrage**, pour tout ce qu'ils m'ont appris.

## **Table des matières :**

1 – Introduction .....	13
2 – Matériel et méthodes .....	16
2.1 – Type d'étude .....	16
2.2 – Population étudiée .....	16
2.3 – Recueil des données pour la première étude .....	17
2.3.1 – Elaboration du questionnaire .....	17
2.3.2 – Composition du questionnaire .....	18
2.3.3 – Diffusion .....	19
2.2.4 – Période d'accessibilité .....	20
2.3 – Recueil de données pour la deuxième étude.....	20
2.3.1 – Elaboration et composition du questionnaire.....	20
2.3.2 – Diffusion et période d'accessibilité.....	20
2.4 – Analyse des données.....	21
3 – Résultats .....	22
3.1 – Description de la population.....	22
3.2 – Evolution de la consommation de tabac pendant la grossesse .....	24
3.3 – Comparaison des profils .....	25
3.4 – Caractéristiques addictologies des papas qui ont modifié leur consommation .....	26
3.5 – Connaissances et prise en charge.....	29
3.6 – Recherche d'un profil type .....	32
3.7 – Tabac en post-partum .....	33
4 – Discussion .....	35
5 – Perspectives et enjeux .....	38
6 – Conclusion.....	39
Références bibliographies .....	40
ANNEXE 1 : Questionnaire n°1 .....	42
ANNEXE 2 : Test de Fagerström simplifié (16).....	47
ANNEXE 3 : Test de Richemond (17).....	48
ANNEXE 4 : Questionnaire n°2 .....	49

## **Liste des tableaux et figures :**

### FIGURES :

<b>Figure 1 :</b> <i>Frise chronologique correspondant à l'étude</i> .....	17
<b>Figure 2 :</b> <i>adaptation de la consommation tabagique des hommes durant la grossesse</i> .....	24
<b>Figure 3 :</b> <i>Deux profils de futurs papas fumeurs en fonction de la modification (groupe 1) ou non (groupe 0) de leur tabagisme durant la grossesse de leur compagne, illustrés par une analyse factorielle.</i> .....	32
<b>Figure 4 :</b> <i>adaptation de la consommation tabagique des hommes en post-partum</i> .....	34

### TABLEAUX :

<b>Tableau 1 :</b> <i>caractéristiques des sujets</i> .....	23
<b>Tableau 2 :</b> <i>caractéristiques socio-démographiques des sujets suivant leur statut tabagique à l'issue de la grossesse</i> .....	26
<b>Tableau 3 :</b> <i>caractéristiques addictologiques des sujets suivant leur statut tabagique à l'issue de la grossesse</i> .....	28
<b>Tableau 4 :</b> <i>connaissances et prise en charge des sujets suivant leur statut tabagique à l'issue de la grossesse</i> .....	31
<b>Tableau 5 :</b> <i>caractéristiques des sujets de la deuxième étude</i> .....	34

## **1 – Introduction**

Le tabagisme parental durant la période périnatale 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 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 en pré et post-partum, lors de la grossesse de leur compagne. Nous avons étudié l'évolution de la consommation tabagique des papas durant la grossesse puis lors

des premiers mois de vie de l'enfant, 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**

Pour la première partie de l'étude, 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.

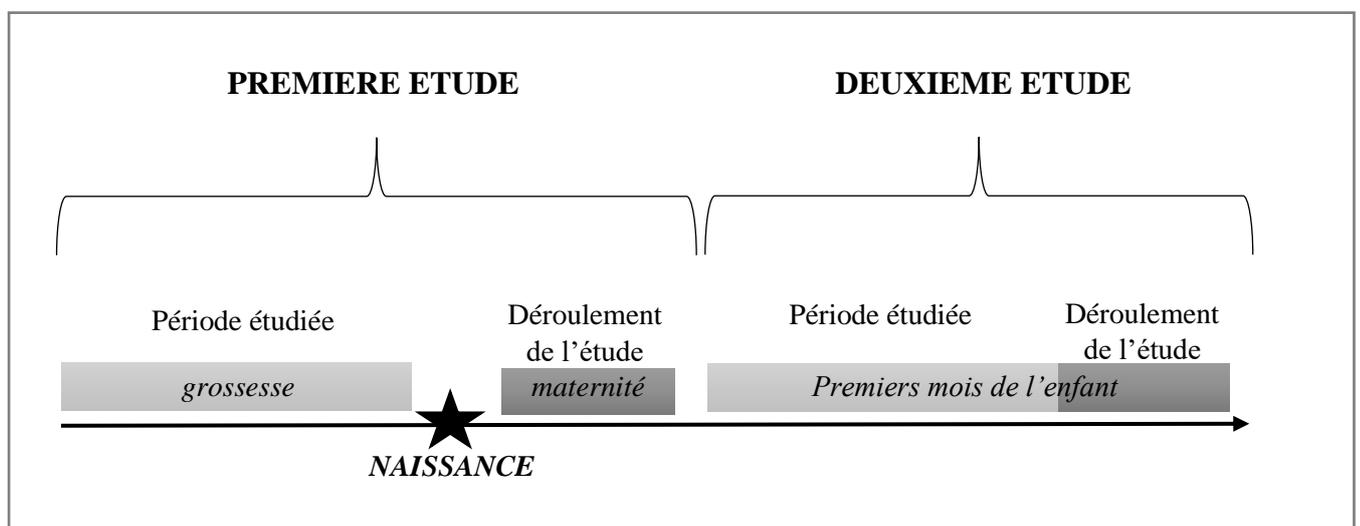
La seconde partie de l'étude a également été effectuée par sondage en utilisant un questionnaire en ligne sur la plateforme sécurisée LimeSurvey.

### **2.2 – Population étudiée**

La population étudiée correspond aux futurs papas durant 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 admis dans un service de maternité et non de néonatalogie ou de réanimation après la naissance. Le critère de non-inclusion était de ne pas être inscrit à la sécurité sociale.

La période étudiée correspondait à la période allant du début de la grossesse à l'accouchement. Le déroulement de l'étude a pour cela été effectué juste après l'accouchement, à la maternité.

Concernant la seconde étude, le deuxième questionnaire a été proposé aux hommes qui ont accepté d'être recontactés suite à la première étude, lors de la première année de vie de leur nouveau-né.



**Figure 1 :** Frise chronologique correspondant à l'étude

## 2.3 – Recueil des données pour la première étude

### 2.3.1 – 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.

### 2.3.2 – 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.

### 2.3.3 – 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 éligibles 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 et a été clôturée en décembre 2021.

### 2.3 – Recueil de données pour la deuxième étude

#### 2.3.1 – Elaboration et composition 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 Pr C. Laporte.

Le questionnaire se compose d’un total de 15 questions. 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 ou de quelques réponses ouvertes courtes. La première partie s’intéresse à la consommation actuelle de tabac du père, c’est-à-dire de sa consommation lorsque l’enfant est présent dans le foyer. Une deuxième partie concerne la consommation de tabac de la mère de l’enfant. Enfin, une dernière partie s’intéresse aux habitudes du fumeur visant à limiter l’exposition de l’enfant à la fumée.

#### 2.3.2 – Diffusion et période d’accessibilité

Ce questionnaire a été diffusé via les adresses mails des sujets de la première étude qui ont accepté d’être recontactés. Il y a eu par la suite deux rappels par mail. Le questionnaire était accessible d’avril à juin 2022.

## 2.4 – Analyse des données

L'analyse statistique a été réalisée par Bruno Pereira, travaillant au sein de la DRCI du CHU de Clermont-Ferrand, et le Dr Thomas Hacquart.

Les données catégorielles sont décrites par des effectifs et pourcentages, alors que les données quantitatives (dont âge du père et mensurations du nouveau-né) sont présentées, au regard de leur distribution statistique, en termes de moyenne et écart-type. La normalité (distribution gaussienne) a été étudiée par le test de Shapiro-Wilk. Les comparaisons entre les groupes indépendants (selon le statut tabagique du père : modification vs. pas de modification) ont considéré le test t de Student ou le test de Mann-Whitney pour les données quantitatives, et le test du Chi2 ou le test exact de Fisher pour les données catégorielles. L'hypothèse d'égalité des variances a été étudiée par test de Fisher-Snedecor.

Ces analyses ont été complétées par une approche factorielle de type analyse des correspondances multiples ne considérant que des variables de nature catégorielle, afin de déterminer des éventuels profils de sujets au regard de leur statut tabagique (modification ou non de la consommation de tabac pendant la grossesse). Les variables considérées pour cette analyse ont été retenues au regard des résultats univariés et de leur pertinence par rapport à la question à l'étude.

Toutes les analyses ont été réalisées avec les logiciels Stata (version 15, StataCorp, College Station, USA) et R (<https://cran.r-project.org/>). Les tests statistiques ont été réalisés en formulation bilatérale pour un risque d'erreur de première espèce de 5%. Ainsi, une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification était inférieur à 5%.

## **3 – Résultats**

### 3.1 – Description de la population

De janvier 2021 à décembre 2021, 105 hommes ont été interrogés. Les caractéristiques de ces hommes sont présentées dans le Tableau 1.

Les hommes étaient âgés de 34 ans en moyenne ( $34 \pm 6.4$ ). Toutes les catégories professionnelles étaient représentées.

Leur consommation de tabac initiale était supérieure à 10 cigarettes par jour pour 45 % ( $n = 47$ ) d'entre eux. La compagne était également fumeuse dans 52 % ( $n = 55$ ) des cas.

Parmi ces hommes, 14% ( $n = 15$ ) ont déclaré consommer du cannabis de manière quotidienne. 6% ( $n = 6$ ) ont déclaré consommer de l'alcool à hauteur de plus de deux verres par jour.

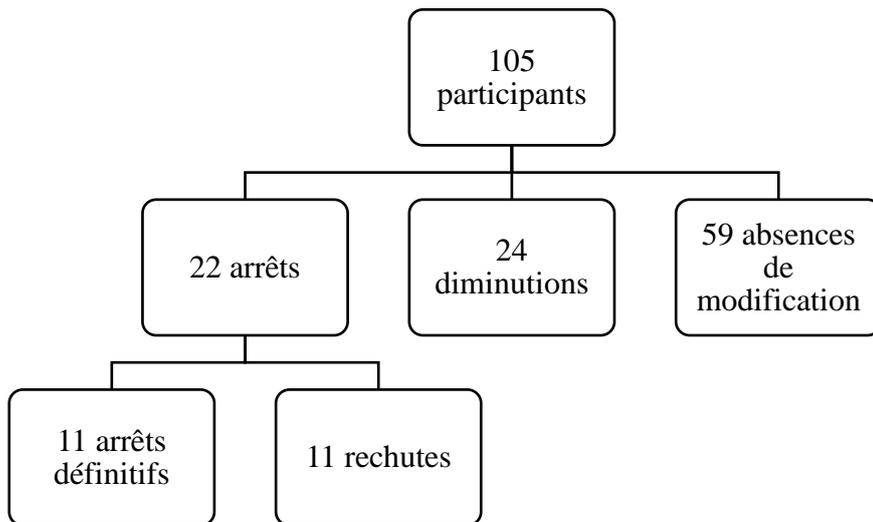
**Tableau 1 : caractéristiques des sujets**

	<b>TOTAL (n = 105)</b>
<b>Âge</b> (année), moyenne $\pm$ ET	34 $\pm$ 6.4 [23 ; 52]
<b>Catégorie professionnelle</b> , n (%)	
<i>Sans emploi</i>	1 (0.9 %)
<i>Ouvrier</i>	19 (18.1 %)
<i>Employé</i>	49 (46.7 %)
<i>Artisan</i>	12 (11.4 %)
<i>Agriculteur</i>	2 (1.9 %)
<i>Profession intermédiaire</i>	13 (12.4 %)
<i>Profession supérieure</i>	9 (8.6 %)
<b>Niveau d'étude</b> , n (%)	
<i>Pas de diplôme</i>	6 (5.7 %)
<i>CAP, BEP ou moins</i>	39 (37.1 %)
<i>Bac</i>	30 (28.6 %)
<i>Bac +2</i>	13 (12.4 %)
<i>Bac +3 et plus</i>	17 (16.2 %)
<b>Nombre d'enfants avant l'accouchement</b> , n (%)	
<i>Pas d'enfant avant l'accouchement</i>	56 (53.3 %)
<i>Un enfant ou plus avant l'accouchement</i>	44 (46.7 %)
<b>Grossesse prévue</b> , n (%)	98 (93.3 %)
<b>Etat de santé</b> , n (%)	
<i>Surpoids</i>	39 (37.1 %)
<i>Obésité</i>	17 (16.2 %)
<i>Asthme</i>	7 (6.7 %)
<i>BPCO</i>	3 (2.9 %)
<i>HTA</i>	2 (1.9 %)
<i>Apnée du sommeil</i>	1 (0.9 %)
<i>Cancer</i>	0
<i>Autre</i>	0
<b>Consommation de tabac avant la grossesse</b> , n (%)	
<i>Consommation initiale <math>\leq</math> 10 cigarettes par jour</i>	47 (44.8 %)
<i>Consommation initiale <math>&gt;</math> 10 cigarettes par jour</i>	58 (55.2 %)
<i>Prise en charge addictologique</i>	2 (1.9 %)
<b>Couple fumeur</b> , n (%)	55 (52.4 %)
<b>Co-addiction</b> , n (%)	
<i>Alcool</i>	6 (5.7 %)
<i>Cannabis</i>	15 (14.3 %)
<i>Héroïne</i>	0
<i>Cocaïne</i>	0
<i>Autre*</i>	2 (1.9 %)
<b>Lieu de vie</b> , n (%)	
<i>rural</i>	38 (36.2 %)
<i>semi-rural</i>	44 (41.9 %)
<i>urbain</i>	23 (21.9 %)
<b>Lieu de vie commun avec femme enceinte</b> , n (%)	104 (99 %)
<b>Mensurations du nouveau-né</b> , moyenne $\pm$ ET	
<i>Poids (g)</i>	3477 $\pm$ 489 [2020 ; 4540]
<i>Taille (cm)</i>	49.6 $\pm$ 1.9 [42 ; 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 2.



**Figure 2** : adaptation de la consommation tabagique des hommes durant la grossesse

Durant la grossesse, 21% (n = 22) des papas fumeurs ont arrêté de fumer, dont la moitié a rechuté (n = 11).

23% (n = 24) des papas ont déclaré avoir diminué leur consommation de tabac durant la grossesse.

Enfin, 56% (n = 59) des pères n'ont pas modifié leur consommation de tabac.

### 3.3 – Comparaison des profils

Nous avons déterminé deux groupes principaux répondant à notre objectif principal. Le premier groupe correspondait à celui des papas qui ont modifié leur comportement tabagique durant la grossesse ou au moment de l'accouchement, soit en arrêtant définitivement, soit en arrêtant puis rechutant, soit en diminuant leur consommation. Le second groupe comprenait les papas qui n'ont pas modifié leur consommation de tabac durant les périodes de gestation ou d'accouchement. Le premier groupe est donc le groupe « modification » et le second le groupe « pas de modification ».

La comparaison entre les hommes qui ont modifié leur consommation tabagique et les autres, ainsi que la description des sous-groupes, sont détaillées dans le Tableau 2.

Il apparaît une différence significative entre la catégorie professionnelle et le fait de modifier ou non sa consommation de tabac pendant la grossesse ( $p = 0.048$ ), avec globalement plus d'employés dans le groupe des papas qui ont modifié leur tabagisme (58%,  $n = 27$ , versus 37%,  $n = 22$ ).

Il existe également une différence significative entre les groupes concernant le nombre d'enfants avant la grossesse ( $p = 0.031$ ) : il semble que le fait de ne pas encore avoir d'enfant facilite la modification de comportement tabagique pendant la grossesse (65%,  $n = 30$ ).

De plus, les hommes ayant modifié leur consommation étaient significativement plus en surpoids (52%,  $n = 24$  avec  $p = 0.005$ ) que ceux n'ayant pas modifié leur consommation.

Il apparaît enfin une différence significative entre le lieu de vie et l'adaptation de la consommation tabagique pendant la grossesse ( $p = 0.024$ ), avec globalement plus de papas vivant en zone rurale dans le groupe qui n'a pas modifié sa consommation (47%,  $n = 28$ , versus 21%,  $n = 10$ ).

**Tableau 2 : caractéristiques socio-démographiques des sujets suivant leur statut tabagique à l'issue de la grossesse**

	<b>Modification</b> n = 46 <b>(43.8 %)</b>	<b>Pas de modification</b> n = 59 <b>(56.2 %)</b>	<b>p-value</b>	<b>Arrêt définitif</b> n = 11 <b>(10.5 %)</b>	<b>Rechute</b> n = 11 <b>(10.5 %)</b>	<b>Diminution</b> n = 24 <b>(22.8 %)</b>
<b>TOTAL (n = 105)</b>						
<b>Âge</b> (année), moyenne ± ET	34.2 ± 5.7 [23 ; 47]	34.8 ± 6.8 [24 ; 52]	0.62	32.8 ± 4.7 [28 ; 45]	35.4 ± 5.7 [24 ; 41]	34.2 ± 6.2 [23 ; 47]
<b>Catégorie professionnelle</b> , n (%)			0.048•			
<i>Sans emploi</i>	0	1 (1.7 %)		0	0	0
<i>Ouvrier</i>	9 (19.6 %)	10 (16.9 %)		4 (36.4 %)	2 (18.2 %)	3 (12.5 %)
<i>Employé</i>	27 (58.7 %)	22 (37.3 %)		7 (63.6 %)	5 (45.5 %)	15 (62.5 %)
<i>Artisan</i>	1 (2.2 %)	11 (18.6 %)		0	0	1 (4.2 %)
<i>Agriculteur</i>	0	2 (3.4 %)		0	0	0
<i>Profession intermédiaire</i>	6 (13.0 %)	7 (11.9 %)		0	3 (27.3 %)	3 (12.5 %)
<i>Profession supérieure</i>	3 (6.5 %)	6 (10.2 %)		0	1 (9.0 %)	2 (8.3 %)
<b>Niveau d'étude : BAC et plus</b> , n (%)	27 (58.7 %)	33 (55.9 %)	0.84	3 (27.3 %)	6 (54.5 %)	18 (75.0 %)
<b>Pas d'enfant avant accouchement</b> , n (%)	30 (65.2 %)	26 (44.1 %)	0.031•	8 (72.7 %)	4 (36.4 %)	18 (75.0 %)
<b>Grossesse programmée</b> , n (%)	42 (91.3 %)	56 (94.9 %)	0.69	10 (90.9 %)	11 (100 %)	21 (87.5 %)
<b>Lieu de vie commun avec femme enceinte</b> , n (%)	46 (100 %)	58 (98.3 %)	1.00	11 (100 %)	11 (100 %)	24 (100 %)
<b>Etat de santé</b> , n (%)						
<i>Surpoids</i>	24 (52.2 %)	15 (25.4 %)	0.005•	6 (54.5 %)	5 (45.4 %)	13 (54.2 %)
<i>Obésité</i>	6 (13.0 %)	11 (18.7 %)	0.44	1 (9.0 %)	3 (27.3 %)	2 (8.3 %)
<i>Asthme</i>	5 (10.9 %)	2 (3.4 %)	0.24	2 (18.2 %)	1 (9.0 %)	2 (8.3 %)
<i>BPCO</i>	2 (4.3 %)	1 (1.7 %)	0.58	0	0	2 (8.3 %)
<i>HTA</i>	2 (4.3 %)	0	0.19	0	0	2 (8.3 %)
<i>Apnée du sommeil</i>	0	1 (1.7 %)	1.00	0	0	0
<b>Lieu de vie</b> , n (%)			0.024•			
<i>rural</i>	10 (21.7 %)	28 (47.5 %)		3 (27.3 %)	2 (18.2 %)	5 (45.4 %)
<i>semi-rural</i>	24 (52.2 %)	20 (33.9 %)		6 (54.5 %)	4 (36.4 %)	14 (58.3 %)
<i>urbain</i>	12(26.1 %)	11 (18.6 %)		2 (18.2 %)	5 (45.4 %)	5 (45.4 %)

•  $p < 0,05$

### 3.4 – Caractéristiques addictologies des papas qui ont modifié leur consommation

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

Les modifications de consommation concernaient autant les gros fumeurs (plus de 10 cigarettes par jour, 41 %), que les petits fumeurs (10 cigarettes par jour ou moins, 58 %). Il n'apparaît pas de différence significative concernant la quantité de tabac quotidien initial chez les hommes qui ont modifié leur tabagisme et les autres.

La moitié des hommes qui ont modifié leur consommation de tabac avait une compagne fumeuse. La majorité d'entre elle (52%, n = 12) a arrêté de fumer pendant la grossesse. On remarque cependant que la plupart des femmes qui n'ont pas modifié leur consommation de tabac pendant la grossesse étaient les compagnes des hommes qui n'ont pas modifié non plus leur tabagisme (n = 5, 83 %).

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes de futurs papas concernant les co-addictions, notamment la consommation d'alcool ou de cannabis.

La majorité des arrêts ont eu lieu lors du premier trimestre (50 %, n = 11), puis au troisième trimestre (32%, n = 7). A noter que ceux qui ont arrêté de fumer au premier trimestre sont principalement ceux qui rechuté (73%, n = 8) par la suite. La principale cause de rechute explicitée était le stress (n = 4).

Concernant les hommes qui fumaient encore à l'issue de la grossesse, ceux n'ayant pas modifié leur consommation avaient une motivation à l'arrêt bien plus faible (83%, n = 49) que ceux ayant diminué ou rechuté (53%, n = 19), d'après le test de RICHEMOND (17). Au contraire, ceux ayant diminué ou rechuté avaient une dépendance nicotinique moins marquée avec une absence de dépendance dans 54% des cas versus 42% chez les hommes n'ayant pas modifié leur consommation, selon le test de FAGERSTROM simplifié (16). Enfin, Il n'y avait plus que 34% (n = 12) de gros fumeurs à plus de 10 cigarettes par jour, contre 58% (n = 27) initialement.

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

	<b>Modification</b> n = 46 (43.8 %)	<b>Pas de modification</b> n = 59 (56.2 %)	<b>p-value</b>	<b>Arrêt définitif</b> n = 11 (10.5 %)	<b>Rechute</b> n = 11 (10.5 %)	<b>Diminution</b> n = 24 (22.8 %)
<b>TOTAL (n = 105)</b>						
<b>Tabac initial quotidien, n (%)</b>			0.53			
<i>Consommation ≤ 10 cigarettes</i>	19 (41.3 %)	28 (47.5 %)		5 (45.4 %)	4 (36.4 %)	10 (41.7 %)
<i>Consommation &gt; 10 cigarettes</i>	27 (58.7 %)	31 (52.5 %)		6 (54.5 %)	7 (63.6 %)	14 (58.3 %)
<b>Prise en charge addictologique</b>	1 (2.2 %)	1 (1.7 %)	1.00	0	0	1 (4.2 %)
<b>Femme enceinte fumeuse, n (%)</b>	23 (50 %)	32 (54.2 %)	0.67	4 (36.4 %)	6 (54.5 %)	13 (24.2 %)
<i>Arrêt pendant la grossesse</i>	12 (52.2 %)	17 (53.1 %)		3 (75.0 %)	3 (50.0 %)	6 (46.1 %)
<i>Diminution</i>	10 (43.5 %)	9 (28.1 %)		1 (25.0 %)	3 (50.0 %)	6 (46.1 %)
<i>Pas de modification</i>	1 (4.3 %)	5 (15.6 %)		0	0	1 (7.7 %)
<i>Augmentation</i>	0	1 (3.2 %)		0	0	0
<i>Arrêt en même temps que conjoint</i>	2 (18.2 %)	0		2 (66.7 %)	0	-
<b>Co-addiction, n (%)</b>						
<i>Alcool &gt; 2 verres par jour</i>	2 (4.3 %)	4 (6.8 %)	0.69	0	1 (9.1 %)	1 (4.2 %)
<i>Cannabis quotidien</i>	7 (15.2 %)	8 (13.6 %)	0.81	3 (27.3 %)	0	4 (16.7 %)
<i>Héroïne</i>	0	0		0	0	0
<i>Cocaïne</i>	0	0		0	0	0
<b>Arrêt ou tentative d'arrêt, n (%)</b>	22 (47.8 %)	-				
<i>A l'annonce ou au premier trimestre</i>	11 (50.0 %)	-		3 (27.3 %)	8 (72.7 %)	-
<i>Au deuxième trimestre</i>	2 (9.1 %)	-		2 (18.2 %)	0	-
<i>Au troisième trimestre</i>	7 (31.8 %)	-		4 (36.4 %)	3 (27.3 %)	-
<i>A la naissance</i>	2 (9.1 %)	-		2 (18.2 %)	0	-
<b>Motivation à l'arrêt après accouchement*, n (%)</b>						
<i>Bonne motivation</i>	8 (22.2 %)	2 (3.4 %)		-	4 (36.4 %)	4 (16.7 %)
<i>Motivation moyenne</i>	9 (25.0 %)	8 (13.6 %)		-	1 (9.1 %)	8 (33.3 %)
<i>Motivation faible</i>	19 (52.8 %)	49 (83.0 %)		-	7 (54.5 %)	12 (50.0 %)
<b>Dépendance nicotine après accouchement**, n (%)</b>						
<i>Pas de dépendance</i>	19 (54.3 %)	25 (42.4 %)		-	8 (72.7 %)	11 (45.8 %)
<i>Dépendance modérée</i>	12 (34.3 %)	23 (39.0 %)		-	1 (9.1 %)	11 (45.8 %)
<i>Dépendance forte</i>	4 (11.4 %)	11 (18.6 %)		-	2 (18.2 %)	2 (8.3 %)
<b>Tabac quotidien après l'accouchement, n (%)</b>						
<i>Consommation ≤ 10 cigarettes</i>	23 (65.7 %)	26 (44.1 %)		-	7 (63.6 %)	16 (66.7 %)
<i>Consommation &gt; 10 cigarettes</i>	12 (34.3 %)	33 (55.9 %)		-	4 (36.4 %)	8 (33.3 %)

\* selon test de Richemond (cf annexe 2)

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

### 3.5 – Connaissances et prise en charge

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

Il n'y a pas de différence significative entre les hommes ayant modifié leur consommation et les autres concernant la reconnaissance de la toxicité de leur cigarette sur le fœtus ( $p = 0.72$ ) et sur l'enfant à venir ( $p = 0.94$ ).

Les principaux avantages perçus à l'arrêt du tabac étaient la santé personnelle (78% et 83%,  $p = 0.53$ , respectivement pour les hommes ayant modifié leur consommation ou pas), puis la santé du fœtus (72% et 73%,  $p = 0.89$ ). Au contraire, les principaux inconvénients à l'arrêt qui se démarquaient nettement dans les deux groupes étaient le stress (65% et 61%,  $p = 0.66$ ) et l'énervement (54% et 63%,  $p = 0.39$ ). Les hommes n'ayant pas modifié leur consommation de tabac considéraient de façon significative ( $p = 0.017$ ) les problèmes de couple comme un inconvénient pour 12% d'entre eux ( $n = 7$ ) contrairement à ceux ayant modifié leur consommation.

Les deux groupes ont autant été informés l'un que l'autre par les sage-femmes (35% et 34%). Il apparaît cependant que le groupe ayant modifié sa consommation de tabac a significativement été plus informé par les médecins généralistes (40%,  $n = 18$ ,  $p = 0.011$ ) et les gynéco-obstétriciens (20%,  $n = 9$ ,  $p = 0.048$ ). Au contraire, les hommes n'ayant pas modifié leur consommation ont significativement plus déclaré n'avoir été informé par aucun professionnel de santé (46%,  $n = 27$ ,  $p = 0.038$ ).

Parmi les hommes ayant modifié leur tabagisme, ils étaient 83% ( $n = 38$ ) à considérer qu'il y avait plus d'avantages que d'inconvénient à l'arrêt du tabac, versus 71% ( $n = 42$ ) pour les autres.

Concernant les hommes ayant modifié leur consommation, 22% (n = 10) ont demandé de l'aide à un professionnel de santé. Ils se sont tous tournés vers leur médecin traitant (100%, n = 10), et 30% a bénéficié d'un suivi (n = 3). Dans ce groupe, 26% (n = 12) a bénéficié d'une aide médicamenteuse par substituts nicotiques. Au total, 28% (n = 13) des hommes ayant modifié leur consommation ont jugé avoir eu une aide professionnelle suffisante.

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

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

TOTAL (n = 105)	Modification n = 46 (43.8 %)	Pas de modification n = 59 (56.2 %)	p- value	Arrêt définitif n = 11 (10.5 %)	Rechute n = 11 (10.5 %)	Diminution n = 24 (22.8 %)
<b>Connaissances de la toxicité pour le fœtus, n (%)</b>	37 (80.5 %)	54 (91.5 %)	0.72	9 (81.8 %)	6 (54.5 %)	22 (91.7 %)
<b>Connaissances de la toxicité pour le futur enfant, n (%)</b>	33 (71.7 %)	52 (88.1 %)	0.94	9 (81.8 %)	6 (54.5 %)	18 (75.0 %)
<b>Consommation à côté de la femme enceinte</b>			0.94			
<i>Souvent</i>	2 (4.3 %)	3 (3.4 %)		0	0	2 (8.3 %)
<i>Parfois</i>	13 (28.3 %)	19 (32.2 %)		2 (18.2 %)	3 (27.3 %)	8 (33.3 %)
<i>Jamais</i>	31 (67.4 %)	38 (64.4 %)		9 (81.8 %)	8 (72.7 %)	14 (58.4 %)
<b>Avantages et inconvénients à l'arrêt, n (%)</b>						
<i>Bonne humeur</i>	7 (15.2 %)	12 (20.3 %)	0.49	2 (18.2 %)	1 (9.1 %)	4 (16.7 %)
<i>Santé du fœtus</i>	33 (71.7 %)	43 (72.8 %)	0.89	9 (81.9 %)	4 (36.4 %)	20 (83.3 %)
<i>Santé personnelle</i>	36 (78.3 %)	49 (83.1 %)	0.53	10 (90.9 %)	6 (54.5 %)	20 (83.3 %)
<i>Diminution du stress/irritabilité</i>	4 (8.7 %)	6 (10.2 %)	0.79	2 (18.2 %)	1 (9.1 %)	1 (4.2 %)
<i>Stress</i>	30 (65.2 %)	36 (61.0 %)	0.66	5 (45.4 %)	6 (54.5 %)	19 (79.2 %)
<i>Fatigue</i>	6 (13.0 %)	14 (23.7 %)	0.17	2 (18.2 %)	2 (18.2 %)	2 (8.3 %)
<i>Problèmes de couple</i>	0	7 (11.9 %)	0.017•	0	0	0
<i>Enervement</i>	25 (54.3 %)	37 (62.7 %)	0.39	5 (45.4 %)	5 (45.4 %)	15 (62.5 %)
<i>Problèmes au travail</i>	4 (8.7 %)	6 (10.2 %)	0.79	1 (9.1 %)	1 (9.1 %)	2 (8.3 %)
<i>Arrêt = plus d'avantages que d'inconvénients*</i>	38 (82.6 %)	42 (71.2 %)	0.17	9 (81.8 %)	9 (81.8 %)	20 (83.3 %)
<b>Informations suffisantes par corps médical, n (%)</b>			0.007•			
<i>Oui et plutôt oui</i>	33 (71.8 %)	36 (61.0 %)		8 (72.7 %)	3 (27.3 %)	22 (91.7 %)
<i>Non et plutôt non</i>	6 (13.0 %)	21 (35.6 %)		1 (9.1 %)	4 (36.4 %)	1 (4.2 %)
<i>Ne sait pas</i>	7 (15.2 %)	2 (3.4 %)		2 (18.2 %)	4 (36.4 %)	1 (4.2 %)
<b>Informations fournies par professionnels, n (%)</b>						
<i>Sage-femme</i>	16 (34.8 %)	20 (33.9 %)	0.92	4 (36.4 %)	2 (18.2 %)	10 (41.7 %)
<i>Gynéco-obstétricien</i>	9 (19.6 %)	4 (6.8 %)	0.048•	1 (9.1 %)	1 (9.1 %)	7 (29.2 %)
<i>Médecin généraliste</i>	18 (39.1 %)	10 (16.9 %)	0.011•	5 (45.4 %)	1 (9.1 %)	12 (50.0 %)
<i>Pharmacien</i>	3 (6.5 %)	3 (5.1 %)	1.00	0	1 (9.1 %)	2 (8.3 %)
<i>Infirmier</i>	5 (10.9 %)	4 (6.8 %)	0.46	2 (18.2 %)	0	3 (12.5 %)
<i>Tabacologue</i>	4 (8.7 %)	6 (10.2 %)	0.79	2 (18.2 %)	0	2 (8.3 %)
<i>Aucun</i>	12 (26.1 %)	27 (45.8 %)	0.038•	2 (18.2 %)	8 (72.7 %)	2 (8.3 %)
<b>Demande d'aide par professionnel de santé, n (%)</b>						
<i>Médecin traitant</i>	10 (21.7 %)	9 (15.2 %)	0.39	2 (18.2 %)	4 (36.4 %)	4 (16.7 %)
<i>Médecin traitant</i>	10 (100 %)	6 (66.7 %)	0.09	2 (100 %)	4 (100 %)	4 (100 %)
<i>Autres</i>	1 (10 %)	3 (33.3 %)		0	0	1 (25.0 %)
<i>Mise en place d'un suivi</i>	3 (30 %)	1 (11.1 %)	0.58	1 (50.0 %)	0	2 (50.0 %)
<b>Aide médicamenteuse, n (%)</b>						
<i>Substituts nicotiniques</i>	12 (26.1 %)	10 (16.9 %)	0.25	3 (27.3 %)	4 (36.4 %)	5 (20.8 %)
<i>Varénicline</i>	1 (2.2 %)	0	0.44	0	0	1 (4.2 %)
<i>Bupropion</i>	0	1 (1.7 %)	1.00			
<b>Aide professionnelle jugée suffisante, n (%)</b>			0.27			
<i>Oui et plutôt oui</i>	13 (28.3 %)	10 (16.9 %)		2 (18.2 %)	1 (9.1 %)	10 (41.7 %)
<i>Non et plutôt non</i>	13 (28.3 %)	24 (40.7 %)		4 (36.4 %)	5 (45.4 %)	4 (16.7 %)
<i>Ne sait pas</i>	20 (43.4 %)	25 (42.4 %)		5 (45.4 %)	5 (45.4 %)	10 (41.7 %)

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

•  $p < 0,05$

### 3.6 – Recherche d'un profil type

L'un des enjeux de cette étude était notamment de définir un profil type pour le futur papa fumeur qui modifie ou non sa consommation de tabac pendant la grossesse, afin de pouvoir cibler ce profil dans une campagne de prévention.

Une analyse factorielle a été réalisée afin de déterminer des éventuels profils de sujets au regard de leur statut tabagique (modification ou non de la consommation de tabac pendant la grossesse).

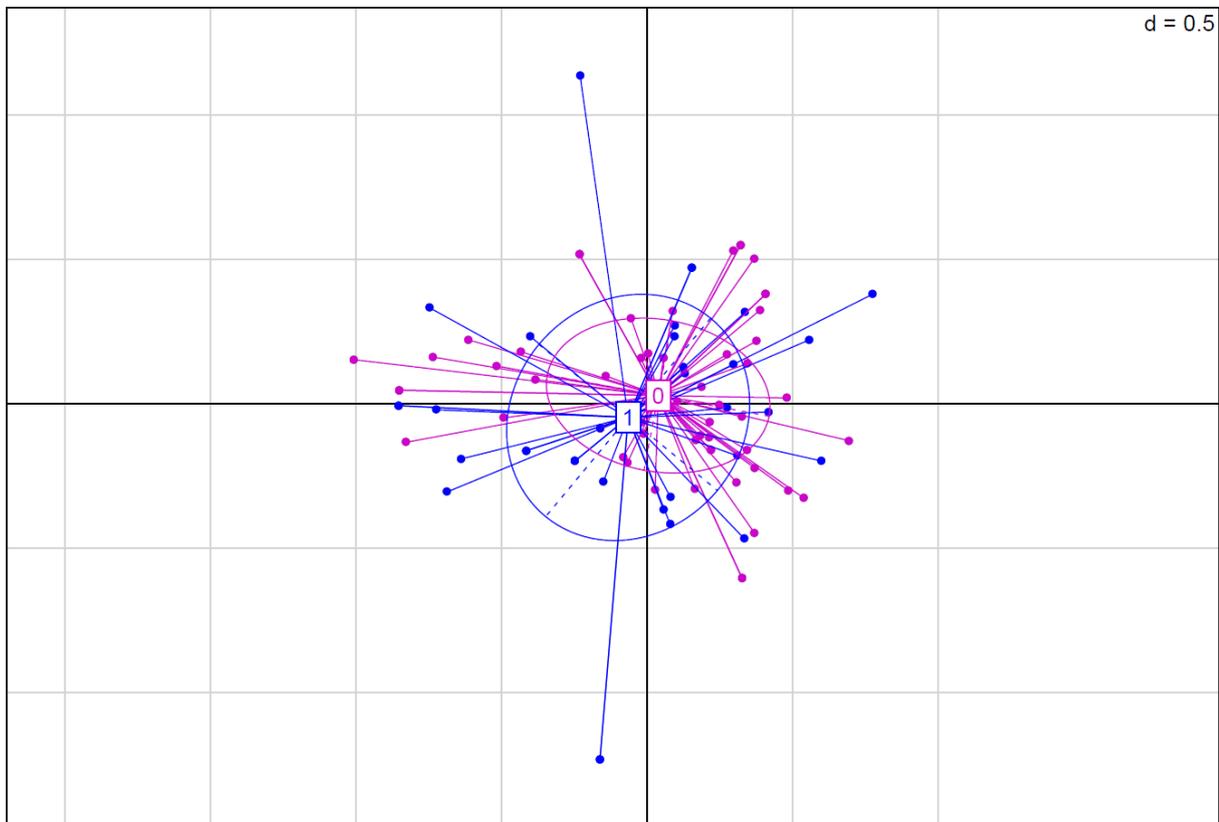


Figure 3 : Deux profils de futurs papas fumeurs en fonction de la modification (groupe 1) ou non (groupe 0) de leur tabagisme durant la grossesse de leur compagne, illustrés par une analyse factorielle.

Les variables représentées sont les comorbidités, le niveau d'étude, le lieu de vie, la quantité de tabac initiale, le statut tabagique de la femme enceinte, le nombre d'enfants avant l'accouchement, les co-addictions, la perception des avantages à l'arrêt, l'information par le corps médical, la demande d'aide par un professionnel de santé et l'aide médicamenteuse par substituts nicotiques.

On remarque que ces deux profils ne sont pas distincts l'un de l'autre. On peut donc en conclure qu'il n'existe pas un profil type d'homme modifiant sa consommation de tabac pendant la grossesse de sa compagne.

### 3.7 – Tabac en post-partum

Seuls 35% (n = 37) des papas ont accepté d'être recontacté à l'issue de la première étude pour répondre à un deuxième questionnaire concernant leur consommation de tabac une fois le nourrisson présent dans le foyer. Parmi ces sujets, 35% (n = 13) ont répondu à la totalité du deuxième questionnaire. Le comportement tabagique de ces hommes est illustré dans la Figure 4 et leurs caractéristiques sont représentées dans le Tableau 5.

Parmi les participants à la deuxième étude, on dénombre un total de 3 arrêts définitifs *in fine*, soit 23%. Ils étaient 2 à avoir maintenu leur arrêt après un sevrage pendant la grossesse, et 1 à arrêter de fumer une fois l'enfant dans le foyer.

La majorité des fumeurs actifs à la naissance ont cependant diminué leur consommation (54%, n = 6).

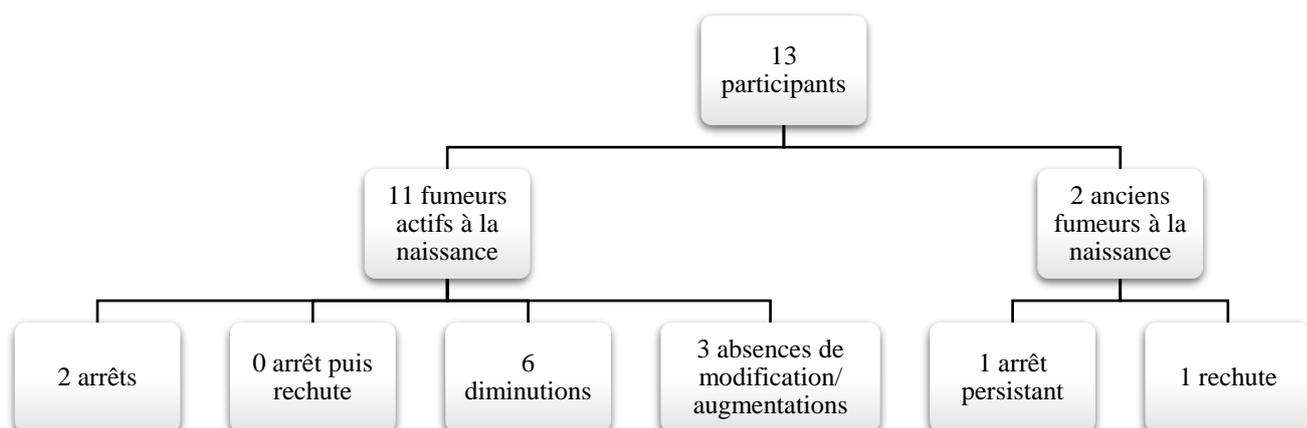


Figure 4 : adaptation de la consommation tabagique des hommes en post-partum

Tableau 5 : caractéristiques des sujets de la deuxième étude

	TOTAL (n = 13)
Âge du nourrisson en mois, moyenne $\pm$ ET	7.5 $\pm$ 1.1
<b>Tabagisme actif lors de la naissance, n (%)</b>	11 (84.6 %)
<i>Consommation <math>\leq</math> 10 cigarettes par jour</i>	5 (45.5 %)
<i>Consommation &gt; 10 cigarettes par jour</i>	6 (54.5 %)
<b>Tabagisme actif actuel, n (%)</b>	10 (76.9 %)
<i>Consommation <math>\leq</math> 10 cigarettes par jour</i>	6 (60 %)
<i>Consommation &gt; 10 cigarettes par jour</i>	4 (40 %)
<b>Demande d'aide à un professionnel de santé, n (%)</b>	3 (23.1 %)
<i>Médecin traitant</i>	2 (66.7 %)
<i>Autre</i>	1 (33.3 %)
<b>Intention d'arrêter le tabac dans les mois à venir, n (%)</b>	
<i>Oui</i>	3 (30 %)
<i>Non</i>	2 (20 %)
<i>Peut-être</i>	5 (50 %)
<b>Consommation à côté du nourrisson, n (%)</b>	
<i>Toujours</i>	0
<i>Souvent</i>	1 (10 %)
<i>Parfois</i>	0
<i>Rarement</i>	1 (10 %)
<i>Jamais</i>	8 (80 %)
<b>Changement de vêtements après avoir fumé, n (%)</b>	
<i>Toujours</i>	0
<i>Souvent</i>	0
<i>Parfois</i>	0
<i>Rarement</i>	4 (40 %)
<i>Jamais</i>	6 (60 %)
<b>Tabagisme de la mère lors de la naissance, n (%)</b>	7 (53.8 %)
<b>Consommation des mères qui fumaient lors de la naissance, n (%)</b>	
<i>Arrêt définitif</i>	0
<i>Arrêt puis rechute</i>	0
<i>Diminution</i>	2 (28.6 %)
<i>Pas de modification ou augmentation</i>	5 (71.4 %)

## **4 – Discussion**

Notre étude avait pour but de suivre l'évolution de la consommation de tabac des futurs papas fumeurs durant la grossesse de leur compagne. Dans cette étude, seulement 44% (n = 46) des jeunes pères ont modifié leur consommation de tabac pendant la grossesse. Parmi eux, 10.5% (n = 11) ont arrêté, 10.5% (n = 11) ont arrêté mais rechuté, et 23% (n = 24) ont diminué leur consommation. Il n'apparaît pas de différence significative parmi les hommes qui ont modifié leur consommation de tabac et les autres, hormis l'information médicale par les médecins généralistes et les gynéco-obstétriciens en faveur des hommes qui ont modifié leur tabagisme. Il ne se dégage cependant pas de profil type pour ces futurs papas. De plus, ce comportement passif vis-à-vis du tabac ne semble pas se corriger après la naissance du nourrisson, avec seulement 23% (n = 3) d'arrêts définitifs parmi les papas qui ont bien voulu être recontactés.

Le sevrage tabagique de l'homme durant la grossesse de sa compagne est un sujet très peu étudié. Cependant, les quelques études qui se sont intéressées à la consommation de tabac du futur papa retrouvent des résultats superposables à ceux retrouvés dans notre étude. En 2016, N. Oudni montrait que parmi les hommes fumeurs lors de la grossesse de leur compagne, 10% ont arrêté et 27.5% ont diminué leur consommation tabagique habituelle durant la grossesse (15). En 2017, Román-Gálvez montrait dans son étude que 39% des futurs pères fumaient avant la grossesse et qu'il restait 32% de fumeurs au troisième trimestre de la grossesse, ce qui correspond à 18% d'arrêt (13).

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. Les campagnes de prévention ciblant le futur papa sont très rares et trop indirectes (19).

Pourtant, cette période est critique pour trois raisons : tout d'abord, on a déjà démontré les effets nocifs du tabagisme 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 et 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 papas 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 pères.

Une autre limite concerne le futur second questionnaire : seuls 35% (n = 37) des papas ont accepté d'être recontacté pour poursuivre l'étude. Parmi les fumeurs persistants qui n'ont pas souhaité être recontactés, 72% (n = 44) 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. De plus, parmi les 37 papas ayant acceptés d'être recontactés, seuls 35% (n = 13) ont répondu à la totalité du deuxième questionnaire. Ce chiffre est insuffisant pour permettre une analyse statistique correcte mais permet d'esquisser une tendance concernant l'évolution de la consommation de tabac des papas après la naissance de leur enfant.

Enfin, concernant la réalisation du questionnaire, nous nous sommes rendu 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 – 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 limité avec seulement 10.5% 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. Il n'existe pas de profil type du futur papa fumeur susceptible de modifier ou non sa consommation de tabac, cela souligne l'importance d'une campagne de prévention généralisée pour toucher l'ensemble de cette population.

## Conclusion

Cette étude quantitative avait pour but de décrire l'évolution de la consommation tabagique des futurs papas durant la grossesse de leur compagne en s'intéressant notamment au profil de ces hommes, à leurs connaissances concernant la toxicité de leur cigarette et sur l'aide médicale reçue. Notre sondage a permis de mettre en exergue un réel défaut de sevrage tabagique durant cette période particulière de la part des futurs papas. Il a également été mis en lumière que ces hommes sont très peu interrogés par rapport à leur consommation de tabac et ainsi très peu accompagné pour un éventuel sevrage durant la grossesse de leur compagne. De plus, ce comportement ne semble pas se corriger après la naissance du nourrisson.

Les données de la littérature concernant ce thème sont très pauvres, ce qui tend à souligner le manque d'attention concernant ce sujet, pourtant au centre des priorités chez la femme enceinte. Des études montrent pourtant l'effet nocif du tabagisme passif durant cette période. Cette étude est un premier pas vers la reconnaissance du besoin de repérage, d'informations et d'accompagnement des futurs papas fumeurs pour initier ou renforcer un processus de sevrage tabagique, et renforce la place privilégiée du médecin traitant dans ce rôle

Le Doyen de l'UFR de Médecine  
Pierre CLAVELOU  
le 31/08/2022

Le Président du Jury,  
George BROUSSE  
le 22/08/2022



A handwritten signature in black ink, appearing to be 'George BROUSSE'.

## 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](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](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](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](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](https://www.who.int/tobacco/wntd/2010/fr_wntd_2010_tobacco_free.pdf)

## **ANNEXE I : Questionnaire n°1**

### **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<sup>ère</sup> 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<sup>er</sup> trimestre de grossesse       2<sup>ème</sup> trimestre de grossesse  
 3<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> trimestre : ...../jour

Au 2<sup>ème</sup> trimestre : ...../jour

Au 3<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> trimestre de grossesse       3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse  
 2<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> questionnaire dans 6 mois – 1 an ?

OUI                               NON

**Si oui :**

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone : .....

Adresse mail: .....

## ANNEXE II : 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 III : 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 $\geq 8$ :**

Bonne motivation.

#### **SCORE 6-8 :**

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

#### **SCORE $\leq 5$ :**

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

## **ANNEXE IV : Questionnaire n°2**

*Disponible sur la Plateforme LimeSurvey.*

- 1) Quel âge (en mois) a votre dernier enfant ? .....
- 2) Fumiez-vous à la naissance de votre enfant ?  
OUI - NON
- 3) (SI OUI à Q2) Combien de cigarettes fumiez-vous avant la naissance de l'enfant ?  
10 cigarettes ou moins par jour  
Plus de 10 cigarettes par jour
- 4) (Si OUI à Q2) Cochez la case qui correspond à votre consommation de tabac après la naissance :  
Vous avez arrêté depuis et ne fumez toujours pas  
Vous avez arrêté mais avez repris la cigarette  
Vous avez diminué  
Vous n'avez pas modifié votre consommation ou vous l'avez augmenté
- 5) (Si NON à Q2) Cochez la case qui correspond à votre consommation de tabac après la naissance :  
Vous ne fumez toujours pas  
Vous avez repris une consommation de tabac
- 6) Actuellement, vous fumez :  
Zéro cigarette  
10 cigarette ou moins par jour  
Plus de 10 cigarettes par jour
- 7) Depuis la naissance de votre enfant, avez-vous demandé de l'aide à un professionnel de santé ?  
OUI – NON
- 8) (Si OUI à Q7) Lequel ?  
Médecin traitant  
Médecin généraliste autre que le médecin traitant  
Tabacologue  
Infirmier (dont infirmier ASALE)  
Psychologue  
Autre
- 9) Avez-vous l'intention d'arrêter de fumer dans les mois à venir ?  
OUI – NON – Peut-être
- 10) Concernant la mère de l'enfant : fumait-elle à la naissance votre enfant ?

OUI – NON

11) (Si OUI à Q10) Cochez la case qui correspond à sa consommation de tabac après la naissance :

Elle a arrêté depuis et ne fume toujours pas

Elle a arrêté mais a repris la cigarette

Elle a diminué

Elle a augmenté ou n'a pas modifié sa consommation

12) (Si NON à Q10) Cochez la case qui correspond à sa consommation de tabac après la naissance :

Elle ne fume toujours pas

Elle a repris une consommation de tabac

13) Fumez-vous dans la même pièce ou à côté du nourrisson ?

Toujours – souvent – parfois - rarement - Jamais

14) Changez-vous de vêtements après avoir fumé quand vous retournez auprès de votre nourrisson ?

Toujours – souvent – parfois - rarement - Jamais

**SERMENT D'HIPPOCRATE**  
**(Conseil national de l'ordre des médecins)**

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

## **VERREZ Coralie**

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.

Thèse de Médecine, Clermont-Ferrand

Date de soutenance : 13 septembre 2022

### **Résumé**

**Contexte** : Le tabagisme passif pendant la grossesse peut engendrer des problèmes de développement et des complications chez le fœtus. Pourtant, si le sevrage tabagique de la femme enceinte est au centre des préoccupations de santé publique, le futur père fumeur est souvent oublié dans cette période particulière qui serait pourtant propice à l'adoption de nouveaux comportements de santé.

**Objectif** : Décrire le comportement tabagique du futur père en période péri-partum.

**Méthode** : Il s'agit d'une étude observationnelle transversale quantitative réalisée via un sondage auprès d'hommes fumeurs lors de l'annonce de la grossesse, par auto-questionnaire proposé en maternité. Cette enquête visait entre autres à recueillir leur profil, leur consommation de tabac tout au long de la période péri-natale, leur connaissance concernant la toxicité de leur cigarette et l'aide médicale reçue.

**Résultats** : De janvier 2021 à décembre 2021, 105 hommes ont été interrogés. Seulement 44% (n = 46) des jeunes pères ont modifié leur consommation de tabac pendant la grossesse. Parmi eux, un quart (n = 11) a arrêté, un quart (n = 11) a arrêté mais rechuté, et la moitié (n = 24) a diminué sa consommation. Il n'apparaît pas de différence significative entre les hommes qui ont modifié leur consommation de tabac et les autres, hormis l'information médicale par les médecins généralistes et les gynéco-obstétriciens en faveur des hommes qui ont modifié leur tabagisme. Il ne se dégage cependant pas de profil type pour ces futurs papas. Ce comportement passif vis-à-vis du tabac ne semble pas se corriger après la naissance du nourrisson, avec seulement 23% (n = 3) d'arrêts définitifs parmi les papas qui ont bien voulu être recontactés.

**Conclusion** : Le sevrage tabagique des futurs pères durant la grossesse est très limité. Il a également été mis en lumière que ces hommes sont très peu interrogés par rapport à leur consommation de tabac et ainsi très peu accompagné pour un éventuel sevrage durant cette période. De plus, ce comportement ne semble pas se corriger après la naissance du nourrisson.

**Mots-clés** : tabac ; sevrage tabagique ; père ; grossesse