

Sommaire

SOMMAIRE	3
GLOSSAIRE	4
CONTEXTE	5
MATERIEL ET METHODE	7
1. Schéma d'étude	7
2. Matériel	7
3. Méthode	7
3.1. Méthode de recueil.....	7
3.2. Outils utilisés.....	8
3.3. Autorisation du comité d'éthique	9
3.4. Méthode d'analyse	9
RESULTATS	10
1. Flow Chart	10
2. Caractéristiques générales de la population	11
3. Caractéristiques des conjoints ayant arrêté de fumer au cours de la grossesse	12
4. Caractéristiques des conjoints fumeurs au jour de l'enquête	13
5. Caractéristiques des fumeurs à l'annonce de la grossesse en fonction du test de Fagerström simplifié	14
DISCUSSION	17
1. Biais et limites	17
2. Principaux résultats	17
3. Perspectives	19
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE	22
ANNEXE 1	24
ANNEXE 2	27
ANNEXE 3	28
ANNEXE 4	29
ANNEXE 5	30
ANNEXE 6	31
TABLE DES MATIERES	32

Glossaire

- CO : Monoxyde de carbone
- COV : Composés Organiques Volatiles
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HRP : Hématome rétro-placentaire
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ppm : Partie par million (unité de mesure)
- RCIU : Retard de croissance intra utérin
- RPM : Rupture prématurée des membranes
- TP : Tabagisme passif

Contexte

Le tabagisme passif est le fait d'inhaler involontairement la fumée de cigarette produite par un ou plusieurs fumeurs (1). Selon l'Académie de Médecine, la fumée de tabac constitue «*la source la plus dangereuse de pollution de l'air domestique, en raison de sa concentration élevée en produits toxiques mais aussi parce que l'on y est exposé à tout âge [...]*» (2).

La question du tabagisme passif fait l'objet d'une préoccupation nationale et internationale. D'après l'OMS, le TP est responsable de 890 000 décès prématurés chaque année. En 2004, il était responsable de 28% des décès infantiles dans le monde (3).

La conférence consensus «*grossesse et tabac*» de l'HAS de 2004 (4), encourage les maternités publiques et privées à signer la charte de «*Maternité sans tabac*». Cette charte comporte 10 axes d'actions, pour lesquels s'engagent les maternités. Parmi ces axes, on y retrouve l'importance de mener des actions de sensibilisation et de prévention auprès des femmes, mais également des pères, puisque l'on parle de prise en charge du «*tabagisme parental*» ou encore de «*tabagisme actif et passif*» (5).

En effet, l'exposition des femmes enceintes au tabagisme passif est connue. En 2005, d'après une étude de Grangé *et al.*, menée auprès de patientes non-fumeuses dans quatre régions françaises, 52,9% des femmes enceintes interrogées auraient été exposées au tabagisme passif durant leur grossesse. Seulement 9% déclaraient que l'exposition à la fumée de tabac avait cessé au cours de la grossesse (6).

Cette exposition de la femme enceinte, du fœtus et de l'enfant au TP n'est pas sans conséquences. Aux Etats-Unis, en 1989, des chercheurs montraient un taux de nicotine dans le liquide amniotique 2,5 fois plus élevé chez les femmes exposées au tabagisme passif que chez les femmes non exposées (7).

Une autre étude, française, de 2005, révèle que plus le taux de CO expiré du conjoint est élevé plus le poids du nouveau-né est faible : pour des valeurs de CO expiré de 6 à 10ppm, 11 à 20ppm, et supérieur à 20ppm, la diminution moyenne du poids de naissance était respectivement d'environ 2%, 9% et 10% (8). Cette même étude montrait que des taux anormaux de CO expirés chez les conjoints (soit supérieur à 5 ppm) augmentaient le risque d'anomalies du rythme cardiaque fœtal au cours du travail.

Dans les années 1990, il est montré que les patientes fumeuses ayant un conjoint non-fumeur étaient plus nombreuses à arrêter de fumer pendant la grossesse que lorsque le partenaire était fumeur (65% contre 46,7%). Cette étude met également en évidence qu'une rechute du tabagisme des femmes était significativement plus fréquente quand le partenaire était fumeur ($p=0,003$)(9). Le conjoint est donc un élément clé dans le sevrage tabagique des femmes fumeuses au cours de la grossesse, ainsi que dans la poursuite de l'arrêt après l'accouchement.

Or, le tabagisme maternel majore les conséquences pour la grossesse et l'enfant à naître. Selon l'HAS, « 25% des HRP seraient liés au tabagisme », le risque de placenta bas inséré est doublé, il y a un risque « statistiquement significatif entre le tabagisme maternel et la prématurité », le risque de RPM est multiplié par 2... Le nouveau-né est également plus à risque de RCIU (« incidence du RCIU est de 17,7% si la femme fume »), d'hypoxie chronique, de retentissement cardio-vasculaire et/ou respiratoire (4).

Chez l'enfant, le TP augmente le risque de mort subite du nourrisson (+100% quand les deux parents fument), d'otites (+38%), d'asthme (+32%), et d'infections respiratoire (+55%) (10).

Pour autant, les pratiques tabagiques du conjoint pendant la grossesse restent encore peu étudiées. Néanmoins, avec la publication du rapport national « International Tobacco Control » France de 2011 (11), nous savons que 67% des fumeurs de la population générale interrogés envisageaient d'arrêter de fumer. Les deux raisons principales d'envisager l'arrêt du tabac étaient « l'exemple à donner aux enfants » (79%), et « l'effet du tabagisme passif sur les non-fumeurs » (55%) (11).

Ainsi l'annonce de la grossesse encourage-t-elle les futurs pères à arrêter de fumer ? L'arrivée d'un enfant dans le foyer familial modifie-t-elle les habitudes de consommation des pères ?

Afin de pouvoir optimiser notre discours sur la prévention des conséquences du tabagisme passif sur la grossesse et l'enfant à naître, et proposer des outils d'accompagnement au sevrage tabagique pour les personnes le désirant au CHU d'Angers, il était nécessaire de faire un état des lieux.

L'objectif principal de cette étude prospective était de décrire les pratiques tabagiques des compagnons au cours de la grossesse. L'objectif secondaire était d'identifier les raisons qui ont motivé les partenaires à arrêter leur consommation de tabac ou qui les amèneraient à arrêter.

Matériel et méthode

1. Schéma d'étude

Etude quantitative, descriptive, observationnelle, prospective, unicentrique, menée auprès des conjoint(e)s des patientes hospitalisées dans le service de suites de couches, au CHU d'Angers du 4 au 15 février 2019.

2. Matériel

Le recrutement a été réalisé sans repérage en anténatal.

Critère d'inclusion :

- Conjoint(e)s des femmes hospitalisées dans le service de suites de couches du CHU d'Angers

Critères d'exclusion et de non inclusion :

- Refus du couple
- Refus du professionnel
- Age < 18 ans
- Conjoint(e) peu ou pas francophone
- Femme seule
- Enfant décédé en périnatal ou hospitalisé dans le service de réanimation néonatale
- Illettrisme
- Déficit mental
- Questionnaires non remplis ou ininterprétables

3. Méthode

3.1. Méthode de recueil

Pour réaliser cette étude, un auto-questionnaire anonyme (Annexe 1) a été remis en main propre, par l'étudiante sage-femme responsable de l'étude, aux conjoint(e)s lors du séjour de la femme dans le service de suites de couches. La nature de l'étude leur a été expliquée et une lettre d'information était jointe à l'auto-questionnaire (Annexe 2).

Les partenaires étaient libres de participer ou non à l'étude, et pouvaient répondre à l'auto-

questionnaire à distance du lieu et du moment, de la distribution. L'anonymat était garanti du fait de l'absence de coordonnées personnelles et de données identifiantes. A chaque auto-questionnaire était attribué un numéro pour la saisie des données. A la fin de l'étude, l'ensemble des auto-questionnaires ont été détruits par destructeur de document et il ne reste que les données saisies informatiquement associées à un numéro.

Les interrogés devaient remettre l'auto-questionnaire dans une boîte fermée, disposée à chaque étage du service de suites de couches, au milieu du couloir, au moment où ils le souhaitaient.

3.2. Outils utilisés

Ce questionnaire était constitué de 3 parties :

- La partie 1, contenant 7 questions, regroupait les informations générales des conjoint(e)s, leur statut tabagique à l'annonce de la grossesse ainsi que le statut tabagique de leur femme avant et après la grossesse. La dernière question de cette partie « Fumiez-vous à l'annonce de la grossesse » déterminait la suite du questionnaire. Si les personnes répondaient « Non », l'auto-questionnaire prenait fin. Les personnes ayant répondu « Oui » à cette question, étaient orientées vers la partie 2 ou la partie 3 selon leur statut tabagique au moment de l'enquête.
- La partie 2, avec 12 questions, concernait les personnes qui déclaraient avoir arrêté de fumer au cours de la grossesse et qui ne fumaient plus au moment de l'enquête. Elle visait à recueillir les informations concernant la dépendance tabagique avant l'arrêt du tabac, avec un test de Fagerström simplifié (12) (Annexe 3) ainsi que les informations sur les raisons ayant motivé le partenaire à arrêter de fumer, l'accompagnement dont il a bénéficié, ou non, et les moyens utilisés.
- La partie 3, qui contenait 10 questions, était pour les personnes qui déclaraient fumer « actuellement », soit au moment de l'hospitalisation. Dans cette partie, la dépendance au tabac était également évaluée. L'objectif était de déterminer si les conjoint(e)s avaient tenté d'arrêter de fumer au cours de la grossesse ou si la grossesse avait eu une influence sur leur consommation, si un / des professionnel(s) de santé les avaient informés des aides au sevrage tabagique. Enfin, une question concernait le(s) lieu(x) de consommation de tabac.

L'auto-questionnaire comportait 24 questions fermées et 6 réponses à choix multiples.

Pour la diffusion de l'auto-questionnaire, j'ai informé la responsable du pôle femme-mère-enfant et obtenu l'accord du responsable du service de suites de couches. Une information a été mise dans la salle de pause de chaque étage du service de suites de couches, afin de tenir informé l'ensemble des professionnels de la mise en place de l'étude (annexe 4).

3.3. Autorisation du comité d'éthique

Sur cette thématique, l'accord du comité d'éthique du CHU d'Angers a été sollicité. Le projet a été présenté une première fois devant le comité lors de la séance du 28 novembre 2018. A l'issue de laquelle des précisions étaient demandées sur certains éléments (Annexe 5).

Le projet a donc bénéficié d'une deuxième relecture, après modifications faites, par l'équipe du comité d'éthique le 19 décembre 2018.

La réponse positive pour mener cette enquête a été obtenue le 24 décembre 2018 (Annexe 6).

3.4. Méthode d'analyse

Les données ont été recueillies et analysées avec le logiciel Epi info version 3-4-5. Les variables « Combien de cigarettes fumez vous par jour ? » et « Quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette » ont été recodées avec Excel 2013, pour obtenir un score de Fagerström simplifié.

Toutes les variables étaient qualitatives. Les tests statistiques utilisés étaient le test du Chi2 et le test exact de Fisher pour les effectifs inférieurs à 5.

Le risque alpha de première espèce retenu était de 5% soit un seuil de significativité $p < 0,05$

Résultats

1. Flow Chart

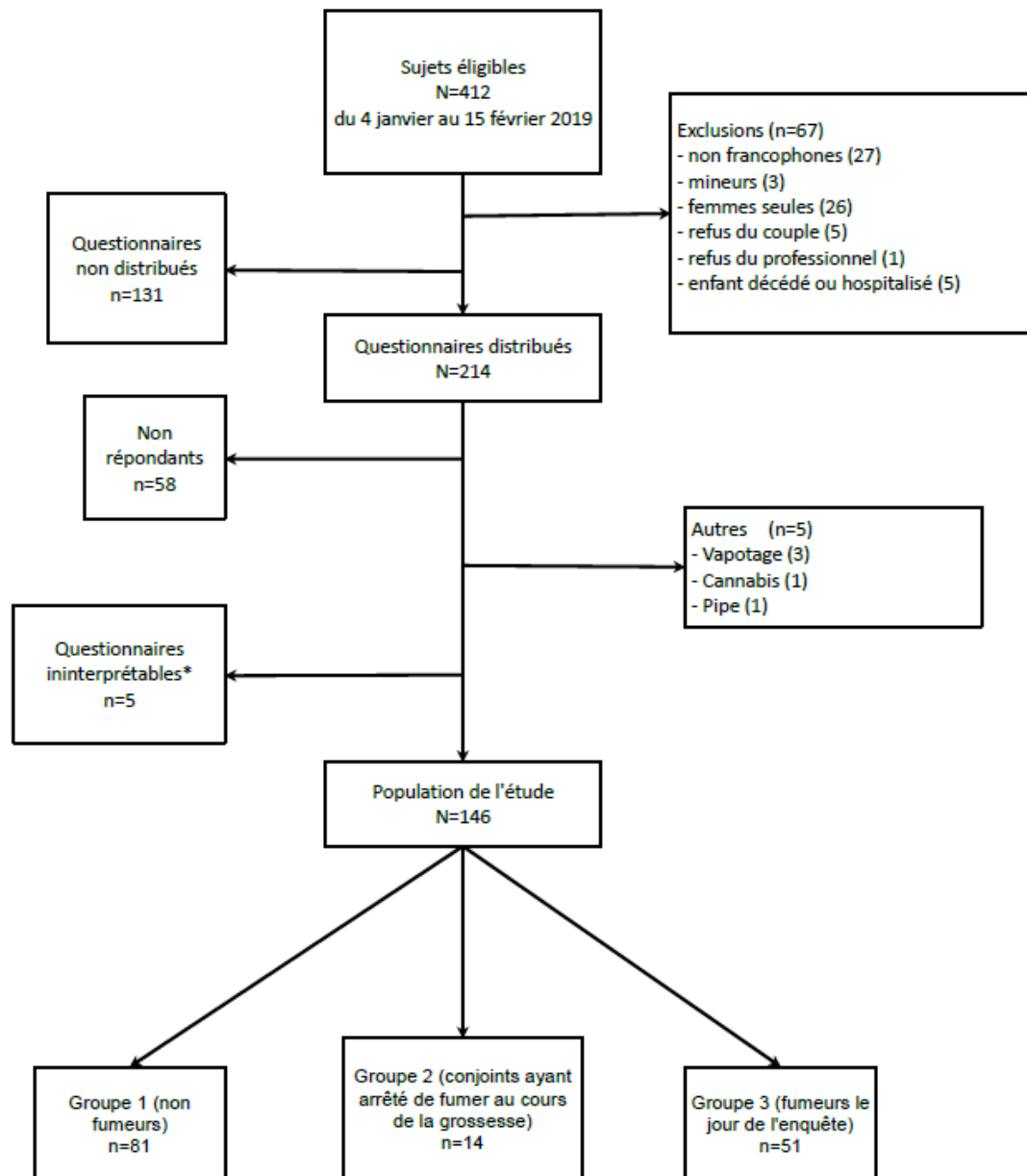


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude « Etat des lieux des pratiques tabagiques des conjoint(e)s pendant la grossesse », menée au CHU d'Angers du 4 janvier au 15 février 2019

* la partie 3 et 2 étaient remplies ou seule la partie 1 était remplie

Le taux de réponse était de 72,9%. Il y avait 65/146 (44,5%) fumeurs à l'annonce de la grossesse.

14/65 (21,5%) ont arrêté de fumer au cours de la grossesse.

2. Caractéristiques générales de la population

Tableau 1 : Caractéristiques de la population de l'étude « état des lieux des pratiques tabagiques au cours de la grossesse » menée au CHU d'Angers du 4 janvier au 15 février 2019.

	N (%)	Non fumeurs à l'annonce de la grossesse n=81	Fumeurs à l'annonce de la grossesse ¹ n=65	p
Sexe	N=146	n=81	n=65	
Homme	146 (100,0%)	81 (100,0%)	65 (100,0%)	
Age	N=145	n=81	n=64	
[18 ; 25 ans[	11 (7,6%)	9 (11,1%)	2 (3,1%)	NS
[25 ; 35 ans[	89 (61,4%)	40 (49,4%)	49 (76,6%)	10 ^{-3c**}
[35 ; 55 ans[	45 (31,0%)	32 (39,5%)	13 (20,3%)	NS
Origine sociale	N=146	n=81	n=65	
Agriculteurs	4 (2,7%)	1 (1,2%)	3 (4,6%)	NS
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	11 (7,5%)	5 (6,2%)	6 (9,2%)	NS
Cadres et professions intellectuelles supérieures	30 (20,5%)	19 (23,4%)	11 (16,9%)	NS
Professions intermédiaires	7 (4,8%)	6 (7,4%)	1 (1,5%)	NS
Employés	50 (34,2%)	25 (30,9%)	2 (38,5%)	NS
Ouvriers	30 (20,6%)	16 (19,8%)	14 (21,5%)	NS
Sans activité	8 (5,5%)	4 (4,9%)	4 (6,1%)	NS
Etudiants	3 (2,1%)	3 (3,7%)	0 (0,0%)	
Origine sociale non précisée	3 (2,1%)	2 (2,5%)	1 (1,5%)	NS
Nombre d'enfants	N=145	n=81	n=64	
1	61 (42,1%)	33 (40,7%)	28 (43,8%)	NS
2	60 (41,4%)	33 (40,7%)	27 (42,2%)	NS
3	15 (10,3%)	9 (11,1%)	6 (9,4%)	NS
4 et plus	9 (6,2%)	6 (7,4%)	3 (4,6%)	NS
Tabagisme maternel avant la grossesse	N=145	n=81	n=64	
Oui	42 (29,0%)	7 (8,6%)	35 (54,7%)	10 ^{-9c**}
Tabagisme maternel pendant la grossesse	N=145	n=81	n=64	
Oui	17 (11,7%)	3 (3,7%)	14 (21,9%)	10 ^{-3f**}

¹ fumeurs du groupe 2 et du groupe 3 ** une valeur de p<0,05 était considérée comme significative. ^f Test de Fisher / ^c Test du Chi². NS pour les valeurs non significatives.

25/42 (59,5%) des femmes avaient arrêté de fumer pendant la grossesse. Parmi ces 25 femmes, 4/25 (16,0%) avait un conjoint non-fumeur et 21/25 (84,5%) avait un conjoint fumeur à l'annonce de la grossesse tant dans le groupe 2 et tant dans le groupe 3.

Parmi les 17 femmes ayant poursuivi le tabac pendant la grossesse 3/17 (3,7%) avait un conjoint non-fumeur à l'annonce de la grossesse et 14/17 (21,9%) avait un conjoint fumeur à l'annonce de la grossesse faisant partie du groupe 3 c'est-à-dire fumeur le jour de l'enquête.

Rapport-gratuit.com

LE NUMERO 1 MONDIAL DU MEMOIRE

3. Caractéristiques des conjoints ayant arrêté de fumer au cours de la grossesse.

Tableau 2 : Lieux de consommation, tentatives d'arrêt, motivations pour l'arrêt de tabac et période de l'arrêt pour les conjoints ayant cessé de fumer, de l'étude « état des lieux des pratiques tabagiques au cours de la grossesse » menée au CHU d'Angers du 4 janvier au 15 février 2019.

	N (%)
Nombre de tentative avant l'arrêt (n=14)	
1 fois	2 (14,3 %)
2 fois	1 (7,1 %)
3 fois	0 (0,0 %)
4 fois	0 (0,0 %)
Motivé par l'annonce de la grossesse (n=14)	
Oui	12 (85,7 %)
Motivations pour l'arrêt du tabac* (n=14)	
Premiers examens médicaux	3 (21,4 %)
Effets sur l'entourage	9 (64,3 %)
Effets sur sa santé	10 (71,4 %)
Exemple à donner aux enfants	12 (85,7 %)
Coût	7 (50,0 %)
Autres (n=2)	
Ne sais pas	1 (7,1 %)
Dépendance à quelque chose	1 (7,1 %)
Période de l'arrêt au cours de la grossesse (n=14)	
Dès l'annonce de la grossesse	3 (21,4 %)
Au cours du 1er trimestre	1 (7,1 %)
Au cours du 2ème trimestre	4 (28,6 %)
Au cours du 3ème trimestre	6 (42,9 %)
Lieux de consommation de tabac avant l'arrêt* (n=14)	
Dehors	14 (100,0 %)
Maison/appartement	2 (14,3 %)
Garage	2 (14,3 %)
Fenêtre	2 (14,3 %)
Voiture	5 (35,7 %)

*plusieurs réponses étaient possibles

3/14 (21,4%) conjoints avaient bénéficié d'une aide au sevrage tabagique. Parmi eux 2/3 (66,7%) avaient consulté un hypnotiseur et 1/3 (33,3%) avait bénéficié de l'aide d'une infirmière. 14/14 (100,0%) n'envisageaient pas de reprendre leur consommation de tabac.

4. Caractéristiques des conjoints fumeurs au jour de l'enquête

Tableau 3 : Tentatives d'arrêt de la consommation de tabac, motivations pour un éventuel sevrage tabagique et lieux de consommation du tabac, chez les conjoint(e)s fumeurs de l'étude « état des lieux des pratiques tabagiques au cours de la grossesse » menée au CHU d'Angers du 4 janvier au 15 février 2019.

	N (%)
Nombre de tentative à l'arrêt du tabac (n=13)	
1 fois	12 (92,3 %)
2 fois	1 (7,7 %)
Durée de l'arrêt du tabac (n=13)	
<7j	9 (69,2 %)
1 mois	2 (15,4 %)
1-2semaines	1 (7,7 %)
2-6 mois	1 (7,7 %)
Information sur le sevrage tabagique*** (n=13)	
Oui	2 (15,4 %)
Motivations pour l'arrêt du tabac* (n=51)	
Arrivée d'un enfant	22 (43,1 %)
Effet sur l'entourage	16 (31,4 %)
Effet sur sa santé	26 (56,9 %)
Exemple à donner aux enfants	30 (58,8 %)
Coût	23 (45,1 %)
Autres (n=5)	
Odeur	2 (3,9 %)
Décès au sein de la famille	1 (2,2 %)
Raisons professionnelles	1 (2,2 %)
Faire plaisir à sa compagne	1 (2,2 %)
Lieux de consommation du tabac* (n=51)	
Dehors	51(100,0 %)
Maison/appartement	4 (7,8 %)
Garage	12 (23,5 %)
Fenêtre	3 (5,9 %)
Voiture	13 (25,5 %)
Autres (balcon)	2 (3,9 %)

*plusieurs réponses étaient possibles

*** parmi les conjoints ayant tenté d'arrêter de fumer

13/51 fumeurs (25,5%) avaient tenté d'arrêter leur consommation. Parmi eux, 2/13 (15,4%) fumaient depuis 5 à 9 ans, 6/13 (46,2%) fumaient depuis 10 à 15 ans et 5/13 (38,4%) fumaient depuis plus de 15 ans.

36/51 (70,6%) déclaraient vouloir arrêter leur consommation de tabac.

Parmi l'ensemble des conjoints du groupe 3, 9/51 (17,6%) avaient reçu une information sur les aides au sevrage tabagique au cours de la grossesse. Pour 3/9 (37,5%) cette information avait été délivrée au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse et pour 6/9 (62,5%) l'information avait été donnée au cours du 2^{ème} trimestre de la grossesse.

3/51 (5,9%) fumeurs avaient augmenté leur consommation au cours de la grossesse, 15/51 (29,4%) l'avaient diminué et 33/51 (64,7%) n'avaient pas modifié leur consommation de tabac tout au long de la grossesse.

L'effet du tabac sur l'entourage était une motivation dans 9/14 (64,3%) des cas pour les fumeurs ayant arrêté de fumer au cours de la grossesse. Elle l'était dans 16/51 (31,4%) des cas chez les fumeurs au jour de l'enquête ($p=0,02^{c**}$).

5. Caractéristiques des fumeurs à l'annonce de la grossesse en fonction du test de Fagerström simplifié

Le score de Fagerström parmi les conjoints fumeurs à l'annonce de la grossesse était de :

- 0 ou 1 pour 10/14 (71,4%) conjoints du groupe 2 versus 20/51 (39,2%) du groupe 3 ($p=0,03^{c**}$)
- 2 ou 3 pour 3/14 (21,5%) conjoints du groupe 2 versus 25/51 (49,1 %) du groupe 3 ($p=0,07^c$)
- 4, 5 ou 6 pour 1/14 (7,1%) conjoint du groupe 2 versus 6/51 (11,7%) du groupe 3 ($p=1,00^f$)

(** une valeur de $p<0,05$ était considérée significative, ^c Test du Chi² et ^f Test de Fisher)

Tableau 5 : Description du tabagisme maternel, de l'arrêt ou la tentative d'arrêt, l'aide au sevrage tabagique, la durée du tabac, en fonction du score de Fagerström pour les conjoints fumeurs à l'annonce de la grossesse de l'étude « état des lieux des pratiques tabagiques au cours de la grossesse » menée au CHU d'Angers du 4 janvier au 15 février 2019.

	N (%)	Score de Fagerström des conjoints			p
		Score 0-1	Score 2-3	Score de 4-5-6	
Groupe 2¹ (N=14)					
Tabagisme maternel avant la grossesse	N=13	n=9	n=3	n=1	
Oui	8 (61,5%)	6 (66,7%)	2 (66,7%)	0 (0,0%)	
Tabagisme maternel pendant la grossesse					
Oui	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Moment de l'arrêt					
	N=14	n=10	n=3	n=1	
Annnonce de la grossesse	3 (21,4%)	2 (20,0%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	
1er trimestre	1 (7,1%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	
2ème trimestre	4 (28,6%)	2 (20,0%)	1 (33,3%)	1 (100,0%)	NS
3ème trimestre	6 (42,9%)	6 (60,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
Aide au sevrage tabagique					
Oui	4 (28,6%)	1 ¹ (10,0%)	2 (66,7%) ^H	1 ^S (100,0%)	NS
Groupe 3² (N=51)					
Tabagisme maternel avant la grossesse	N=51	n=20	n=25	n=6	
Oui	27 (52,9%)	11 (55,0%)	12 (48,0%)	4 (66,7%)	NS
Tabagisme maternel pendant la grossesse					
Oui	14 (27,4%)	3 (15,0%)	9 (36,0%)	2 (33,3%)	NS
Tentative d'arrêt					
Oui	13 (25,5%)	4 (20,0%)	8 (32,2%)	1 (16,7%)	NS
Durée du tabagisme					
	N=51	n=20	n=25	n=6	
Entre 5 et 9 ans	10 (19,6%)	5 (25,0%)	4 (16,0%)	1 (16,7%)	NS
Entre 10 et 15 ans	24 (47,1%)	8 (40,0%)	13 (52,0%)	3 (50,0%)	NS
> 15 ans	17 (33,3%)	7 (35,0%)	8 (32,0%)	2 (33,3%)	NS

¹Conjoints ayant arrêté de fumer au cours de la grossesse. ²Conjoints n'ayant pas arrêté de fumer. ^HInfirmière. ^SHypnotiseur. ^SSport. NS non significatif



21/64 (32,8%) femmes fumeuses ayant un conjoint fumeur à l'annonce de la grossesse avaient arrêté de fumer. 8/13 (61,5%) femmes de conjoint du groupe 2 avaient arrêté de fumer versus 13/51 (25,5%) femmes de conjoint du groupe 3 ($p=0,02^{**}$).

Dans le groupe 3, 13 conjoints avaient tenté d'arrêter de fumer. Pour 3/13 (23,1%) la femme était fumeuse au cours de la grossesse. Pour 4/13 (30,8%) la femme avait arrêté de fumer pendant la grossesse. Et pour 6/13 (46,1%), la femme ne fumait pas avant la grossesse.

Discussion

1. Biais et limites

Cette étude visait à faire un état des lieux des pratiques tabagiques des conjoint(e)s au cours de la grossesse. Le taux de réponses des conjoints était de 72,9%. Il semblerait ainsi que les conjoints se sentent concernés par la question du tabagisme. Le tabagisme est un problème de santé publique actuel, pour lequel des campagnes de prévention sont mises en place ainsi que des actions telles que le « Mois Sans Tabac ».

D'après la classification de la HAS (13), cette étude présentait un faible niveau de preuve scientifique (Grade C, niveau 4). La méthode utilisée était celle de l'auto-questionnaire. Elle comportait un biais d'auto-déclaration. Il y avait également un biais de sélection, puisque le questionnaire ne permettait pas de savoir si le conjoint fumait du tabac, du cannabis, la cigarette électronique etc. Certains questionnaires ont pu être exclus, car certains conjoints l'avaient mentionné sur le questionnaire, d'autres le disaient oralement à la réception du questionnaire.

Les 40 premiers questionnaires distribués comportaient une faute de frappe à la question « Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? » de la partie 3 : dans les réponses proposées il était initialement noté « 10 ou moins, 11 à 20, **31** à 30 et 31 ou plus » au lieu de « 10 ou moins, 11 à 20, **21** à 30 et 31 ou plus ».

La question 1 de la partie 3 était difficilement exploitable, puisqu'elle ne renseignait pas exactement la durée du tabagisme. Il aurait également été intéressant de poser la même question dans la partie 2, pour savoir s'il y avait une différence significative entre les conjoints qui ont arrêté de fumer au cours de la grossesse et ceux qui n'ont pas arrêté.

Le questionnaire n'était pas adapté pour les fumeurs occasionnels. La question de la fréquence du tabagisme aurait pu être posée.

2. Principaux résultats

En 2017, à l'échelle nationale, le taux de fumeurs hommes était de 35,2% (14). A la maternité d'Angers, on retrouve un taux plus élevé de fumeur, car 44,5% des conjoints déclaraient fumer. Pourtant, les Pays de la Loire est la deuxième région de France à comptabiliser un faible taux de fumeurs, avec une prévalence de 23% en 2017 (15). Ce constat peut alors s'expliquer par le fait qu'il y ait une surreprésentation de la catégorie d'âge [25 ; 35 ans]. Elle représente 61,4% de la population

de l'étude. En effet, la grossesse est un phénomène qui touche essentiellement une population jeune, l'âge moyen des hommes à la naissance de leur enfant était de 33,1 ans en 2013 (16). De plus, le Baromètre santé 2017 rapporte une prévalence du tabagisme de 41,7% dans cette même catégorie d'âge. Les fumeurs sont donc de manière générale plus nombreux entre 25 et 35 ans.

29% des femmes étaient fumeuses avant la grossesse. Parmi elles, 54,7% ($p < 0,05$) avaient un conjoint fumeur. On suppose que le tabagisme paternel a une influence sur l'arrêt du tabac au cours de la grossesse, puisque les femmes ayant un conjoint fumeur sont plus nombreuses à fumer au cours de la grossesse que celles qui n'ont pas de conjoint fumeur ($p < 0,05$).

21,5% des conjoints avaient arrêté de fumer au cours de la grossesse et 70,6% des fumeurs au jour de l'enquête envisageaient d'arrêter leur consommation de cigarettes. 25,5% avaient tenté d'arrêter de fumer au moins une fois au cours de la grossesse, sur une durée inférieure à 7 jours. On relate dans la population générale une augmentation du nombre de personnes souhaitant arrêter de fumer ou ayant tenté d'arrêter de fumer (11). Nous pouvons émettre l'hypothèse que les mesures prises dans le cadre de la lutte anti-tabac commencent à sensibiliser la population. Les fumeurs sembleraient prendre conscience des effets nocifs du tabagisme.

Les 3 raisons principales qui motiveraient les fumeurs de l'étude à arrêter de fumer étaient « l'effet sur sa santé » (59,9%), « l'exemple à donner aux enfants » (58,8%), et le « coût » du tabac (45,1%). En 2011, on retrouvait ces mêmes raisons dans la population générale, mais il y avait aussi « l'effet du tabagisme passif sur les non-fumeurs » (55%) (11). Dans l'étude, cette même raison est moins mise en avant par les interrogés (31,4%). Nous pourrions ainsi nous demander si les conjoints ont connaissance des effets du tabagisme passif. D'autant plus que 25,5% des fumeurs le jour de l'enquête fumaient dans la voiture, exposant toute personne dans l'habitacle. 13,7 % des conjoints fument dans la maison ou à la fenêtre. Ils exposent ainsi la femme enceinte et l'enfant à naître au tabagisme passif. Même si depuis l'interdiction de fumer dans les lieux publics, le tabagisme au domicile a nettement diminué (11), on constate qu'il reste encore présent. Nous ne pouvons pas déterminer l'intensité de l'exposition au tabagisme passif, mais nous savons que le tabac est un important polluant de l'air intérieur. Les composés de la fumée de cigarette sont « absorbés » par le textile, les revêtements des sols, les meubles ou les murs, que ce soit dans la maison ou dans la voiture. Ceux-ci ont une longue durée de vie et sont largement relargués. Ainsi, fumer dans la voiture sans la présence de l'enfant, ou à la fenêtre de l'appartement n'empêche pas l'exposition au tabagisme passif (20,21).

A l'inverse, l'effet du tabagisme passif sur la santé des non-fumeurs était une des raisons principales

qui a motivé les fumeurs à arrêter au cours de la grossesse (64,3% versus 31,4% ; $p < 0,05$). La connaissance des effets néfastes du tabagisme passif est-elle un facteur favorisant le sevrage tabagique ?

Il n'existe pas d'étude récente sur les connaissances des fumeurs sur les effets du tabagisme passif depuis la mise en place des avertissements sanitaires illustrés sur les paquets de cigarette.

Pour les conjoints ayant arrêté leur consommation de tabac au cours de la grossesse, l'annonce de la grossesse étaient une des motivations dans 85,7% des cas. Cependant, la question telle qu'elle était posée ne permettait pas de savoir si elle était la raison principale de l'arrêt du tabac au cours de la grossesse. De plus, seulement 21,4% des conjoints avaient arrêté de fumer dès l'annonce de la grossesse, et 42,9% n'avaient arrêté qu'au troisième trimestre de la grossesse. Finalement, la raison qui encouragerait les futurs pères à arrêter de fumer ne serait-elle pas l'exemple à donner aux enfants (85,7%) ?

3. Perspectives

Seulement 17,6% des conjoints fumeurs avaient reçu une information sur les aides au sevrage tabagique au cours de la grossesse. Parmi ceux qui avaient tenté d'arrêter de fumer, 15,4% avaient été informés sur le sevrage tabagique. « La France se classe parmi les derniers des 19 pays participant à l'étude ITC, en ce qui concerne la proportion de fumeurs » ayant reçu des conseils pour l'arrêt du tabac (11). On dispose alors d'une grande marge de progression en matière d'informations et de conseils sur le sevrage tabagique.

La sage-femme a un rôle essentiel puisqu'elle dispose de « compétences dans le champ de la promotion et de la prévention de la santé des femmes et des enfants » (17). Depuis 2016, elle peut prescrire « des substituts nicotiques aux femmes et à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale » (18). Pour pouvoir repérer le tabagisme chez la femme et chez le conjoint et prodiguer des conseils de qualité sur l'arrêt du tabac, il est essentiel que les professionnels de santé soient formés. La mise en place « d'un protocole de prise en charge du sevrage tabagique en consultation prénatale » au CHU de Montpellier a montré son efficacité. Il était « élaboré autour de cinq axes cliniques principaux : l'information sur l'existence de la consultation de tabacologie et la signalétique spécifique, le repérage du tabagisme, l'accès au sevrage en routine, la formation du personnel soignant et l'évaluation des pratiques » (19).

Cependant, le dépistage du tabagisme chez les conjoints nécessite leur présence à au moins une

consultation prénatale au cours de la grossesse, ce qui n'est pas toujours le cas. L'état des lieux au CHU d'Angers ne permettait pas de savoir si les conjoints avaient accompagné leur conjointe à une consultation prénatale. Les futurs pères peuvent bénéficier d'un bilan de santé pris en charge à 100% avant le 4^{ème} mois de grossesse. Celui-ci peut être un moment privilégié pour aborder le sujet du tabac. Encourager les conjoints à venir à au moins une consultation prénatale au cours de la grossesse ou à réaliser ce bilan de santé constitue un autre axe de progression.

La prise en charge du tabagisme chez les conjoints est d'autant plus importante que, dans l'étude, le tabagisme paternel semble influencer l'arrêt du tabagisme maternel.

En comparant le groupe 2 et le groupe 3 de l'étude, sur le score de dépendance grâce au test de Fagerström simplifié, nous constatons que les conjoints n'ayant pas de dépendance (score 0 ou 1) sont plus nombreux à arrêter de fumer au cours de la grossesse ($p < 0,05$). Ils représentaient 46,2% des fumeurs à l'annonce de la grossesse. Cibler la prévention et la diffusion de conseils sur cette catégorie de fumeurs permettrait de réduire le tabagisme passif ainsi que le tabagisme actif maternel. En effet, les femmes de conjoints non-dépendants qui ont arrêté de fumer au cours de la grossesse, ont toutes arrêté de fumer pendant la grossesse.

Pour les conjoints ayant une forte dépendance au tabac, ou les conjoints n'étant pas prêts à arrêter de fumer, il faut d'avantage les informer sur les conséquences du tabagisme à domicile, ou dans la voiture. Le professionnel de santé, peut trouver avec le fumeur des moyens pour diminuer l'exposition au TP de la femme et de l'enfant. Cela peut être de fumer à l'extérieur de la maison, ou à défaut dans le garage, d'aérer régulièrement le domicile et la voiture, de changer de tee-shirt et en mettre un avec lequel le conjoint n'a pas fumé après chaque cigarette fumée...

La mise en place de campagnes de prévention ciblant les effets du tabagisme passif sur la grossesse et l'enfant à naître à l'échelle nationale pourraient être un outil à développer afin de sensibiliser les fumeurs sur les effets du tabagisme passif.

Conclusion

Cet état des lieux a montré un taux élevé de conjoints fumeurs à la maternité du CHU d'Angers, et la probable influence du tabagisme paternel sur l'arrêt du tabagisme maternel au cours de la grossesse. La grossesse semble être une réelle motivation pour les fumeurs ayant arrêté de fumer au cours de la grossesse. La grossesse semble être une motivation pour arrêter de fumer, néanmoins, l'exemple à donner aux enfants reste la raison principale de l'arrêt du tabac au cours de la grossesse.

Les femmes dont le conjoint est fumeur, sont régulièrement exposées au tabagisme passif, pouvant entraîner des conséquences sur la grossesse et l'enfant à naître. L'enfant, dès son retour à domicile sera lui-même plus à risque de subir les effets néfastes du TP, si les conjoints et les femmes ne prennent pas les mesures nécessaires pour diminuer son exposition.

Le rôle des professionnels de santé, et en particulier des sages-femmes dans la prévention du tabagisme, le repérage, et l'accompagnement dans le sevrage tabagique est primordial. Il paraît essentiel de promouvoir la formation des sages-femmes et de l'ensemble des professionnels de santé que peuvent rencontrer les couples tout au long du suivi de la grossesse, et dans le post-partum, pour diminuer la prévalence du tabagisme paternel et maternel.

Des outils sont déjà à la disposition des professionnels, comme la brochure de l'INPES « ouvrons le dialogue » (22), ou des prospectus à destination des usagers.

Enfin, une enquête auprès des professionnels de la maternité d'Angers pourrait être menée afin de déterminer quelles sont leurs ressources pour repérer le tabagisme maternel et paternel ? Comment procèdent-ils pour aborder le sujet de l'arrêt du tabac ? Quelles sont leurs difficultés et leurs besoins sur ce sujet ? ... Cela permettrait d'améliorer la prévention du tabagisme actif et passif, et d'offrir des formations ciblées aux professionnels.

Bibliographie

1. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Le tabagisme passif [Internet]. [cité 1 juill 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/434.pdf>
2. Tubiana M. Rapport sur le tabagisme passif. Bull Académie Natl Médecine. (181):727-35.
3. Tabagisme [Internet]. World Health Organization. [cité 17 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
4. Haute Autorité de Santé. Conférence consensus, grossesse et tabac - texte des recommandations (version longue) [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272381/fr/grossesse-et-tabac
5. Delcroix M. Référentiel pour devenir une maternité sans tabac [Internet]. Hopital sans tabac; 2006 [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/09/REFERENTIEL-MATERNITE-SANS-TABAC.pdf>
6. Grangé G, L'Huillier J-P, Borgne A, Ouazana A, Valensi P, Peiffer G, et al. Tabagisme passif chez la femme enceinte. Psychotropes. 2006;12(1):99-108.
7. Jordanov JS. Cotinine concentrations in amniotic fluid and urine of smoking, passive smoking and non-smoking pregnant women at term and in the urine of their neonates on 1st day of life. Eur J Pediatr. juill 1990;149(10):734-7.
8. Delcroix M, Gomez C. Grossesse et tabac ; évaluation objective des effets du tabagisme par la mesure du monoxyde de carbone expiré : résultats de 13 330 mesures lors de l'accouchement. Revue Sage-Femme. sept 2016;5(3):119-24.
9. Lelong N, Kaminski M, Saurel-Cubizolles MJ, Bouvier-Colle MH. Postpartum return to smoking among usual smokers who quit during pregnancy. Eur J Public Health. sept 2001;11(3):334-9.
10. Ministère des affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes. Programme National de Réduction du Tbagisme : Vers une France sans tabac. 27 févr 2015;1-55.
11. Guignard R, Fong G, Arwidson P, Beck F, Wilquin J-L, Deutsch A, et al. Rapport national ITC France Résultats de la deuxième vague. Inst Natl Prév Educ Pour Santé INPES. oct 2011;1-44.
12. Haute Autorité de Santé. Test Fagerstrom Simplifié [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf
13. HAS. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique [Internet]. 2013 avr p. 92. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
14. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Arwidson P, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé 2017 [Internet]. Saint-Maurice, France: InVS; 2018 août [cité 1 avr 2019] p. 9. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/pdf/2018_14-15_1.pdf

15. Consommation de tabac en Pays de la Loire [Internet]. [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consommation-de-tabac-en-pays-de-la-loire>
16. Mazuy M, Barbieri M, Breton D, d'Albis H. L'évolution démographique récente de la France et ses tendances depuis 70 ans. *Population*. 2015;Vol. 70(3):417-86.
17. Les compétences des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
18. Le droit de prescription [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/droit-prescription/>
19. Espiand-Marçais C, Quantin X, Thezenas S, Boulot P, Stoebner-Delbarre A. Grossesse et tabac : pertinence d'un protocole de prise en charge du sevrage tabagique en consultation prénatale au CHU Arnaud-de-Villeneuve à Montpellier. *Rev Sage-Femme*. 1 nov 2009;8(5):271-6.
20. laircmonaffaire_fumee_tabac.pdf [Internet]. [cité 7 avr 2019]. Disponible sur: http://www.laircmonaffaire.net/pdf/laircmonaffaire_fumee_tabac.pdf
21. Bertholon JF, Annesi-Maesano I. Le Tabagisme passif « de troisième main ». sept 2013;XVI(5):4.
22. Tabac : Ouvrons le dialogue (dossier) [Internet]. [cité 14 avr 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=977>



Annexe 1

N° : _ _ _ _

QUESTIONNAIRE

Partie 1 : Informations générales

1. **Sexe :**
 - Homme
 - Femme

2. **Age :**
 - entre 18 et 24 ans
 - entre 25 et 34 ans
 - entre 35 et 55 ans

3. **Catégorie professionnelle :**
 - Agriculteurs
 - Artisans, commerçants et chefs d'entreprises
 - Cadres et professions intellectuelles supérieures
 - Professions intermédiaires
 - Employés
 - Ouvriers
 - Etudiants
 - Sans activités professionnelles

4. **Nombre d'enfants (y compris cette naissance) :**
 - 1
 - 2
 - 3
 - 4 et plus

5. **Votre compagne fumait-elle avant la grossesse ?**
 - oui
 - non

6. **Si votre compagne fumait avant la grossesse, a-t-elle arrêté de fumer au cours de la grossesse ?**
 - oui
 - non

7. **Fumiez-vous à l'annonce de la grossesse ?**
 - Oui
 - Non

Si vous avez répondu « Non » à cette question, ce questionnaire prend fin. Vous pouvez le remettre tel quel dans la boîte prévue à cet effet. Je vous remercie de votre participation.

Si vous avez arrêté de fumer au cours de la grossesse, et que vous ne fumez plus actuellement, répondez UNIQUEMENT aux questions de la **Partie 2**

Si vous fumez actuellement, répondez UNIQUEMENT à la **Partie 3**

Partie 2 : J'ai arrêté de fumer au cours de la grossesse et je ne fume plus actuellement

1. **Avant votre arrêt, combien de cigarettes fumiez-vous par jour ?**
 - 10 ou moins
 - 11 à 20
 - 21 à 30
 - 31 ou plus
2. **Avant votre arrêt, quel délai après le réveil fumiez-vous votre première cigarette ?**
 - Moins de 5 minutes
 - 6 à 30 minutes
 - 31 à 60 minutes
 - Après plus d'1 heure
3. **Où aviez-vous l'habitude de fumer ?**
 - Dans la maison ou appartement
 - Dans le garage
 - A la fenêtre
 - Dehors
 - Dans la voiture
 - Autres : _____
4. **Y'a-t-il eu une ou plusieurs tentatives avant l'arrêt définitif de votre consommation de tabac ?**
 - Oui
 - Non
5. **Si oui, combien de tentative(s) ?**
 - 1 tentative avant l'arrêt définitif
 - 2 tentatives
 - 3 tentatives
 - > 4 tentatives
6. **A quel moment avez-vous arrêté de fumer définitivement ?**
 - Dès l'annonce de la grossesse
 - Au cours du 1^{er} trimestre (début de grossesse)
 - Au cours du 2^{ème} trimestre (milieu de grossesse)
 - Au cours du 3^{ème} trimestre (fin de grossesse)
7. **Considérez-vous que ce soit l'annonce de la grossesse qui vous a motivé à cesser votre consommation de tabac ?**
 - oui
 - non
8. **Quelles autres raisons vous ont motivées à arrêter de fumer ? (plusieurs réponses possibles)**
 - Les premiers examens de grossesse (échographies, examens médicaux)
 - Votre santé
 - L'effet de la fumée sur la santé de votre entourage
 - L'exemple à donner à votre/vos enfant(s)
 - Le coût du tabac
 - Autres : _____

9. **Avez-vous bénéficié d'une aide pour le sevrage tabagique ?**
 - Oui
 - Non
10. **Si oui, quel(s) professionnel(s) vous a accompagné dans l'arrêt du tabac ? (plusieurs réponses possibles)**
 - Médecin traitant
 - Sage-femme
 - Tabacologue
 - Pharmacien
 - Gynécologue-obstétricien
 - Autres : _____
11. **Pour vous aider à arrêter de fumer, avez-vous utilisé une ou plusieurs de ces méthodes ?**
 - Patchs / gommes
 - Hypnose
 - Acupuncture
 - Autres : _____
12. **Envisagez-vous de reprendre votre consommation de tabac ?**
 - Oui
 - Non

Partie 3 : Je continue de fumer

1. Depuis combien de temps fumez-vous ? :
 - < 1 ans
 - Entre 1 et 4 ans
 - Entre 5 et 9 ans
 - Entre 10 ans et 15 ans
 - > 15 ans
2. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
 - 10 ou moins
 - 11 à 20
 - 21 à 30
 - 31 ou plus
3. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
 - Moins de 5 minutes
 - 6 à 30 minutes
 - 31 à 60 minutes
 - Après plus d'1 heure
4. Vous fumez : (plusieurs réponses possibles)
 - Dans la maison ou appartement
 - Dans le garage
 - A la fenêtre
 - Dehors
 - Dans la voiture
 - Autres : _____
5. Vous diriez que votre consommation au cours de la grossesse :
 - A diminué
 - Est restée inchangée
 - A augmenté
6. Vous a-t-on informé sur les aides au sevrage tabagique au cours de la grossesse ?
 - Oui
 - Non
7. Si on vous a informé des aides au sevrage tabagique, à quel moment de la grossesse cela a-t-il eu lieu ? (plusieurs réponses possibles)
 - Début de la grossesse (1^{er} trimestre)
 - Milieu de la grossesse (2^{ème} trimestre)
 - Fin de la grossesse (3^{ème} trimestre)
8. Avez-vous tenté d'arrêter de fumer au cours de la grossesse ? :
 - combien de fois ?
 - 1fois
 - 2fois
 - 3fois
 - >4 fois
 - combien de temps ?
 - < 7 jours
 - 1 à 2 semaines
 - 1 mois
 - 2 à 6 mois
 - > 6 mois
9. Si vous n'avez pas arrêté de fumer, souhaiteriez-vous arrêté de fumer ?
 - oui
 - non
10. Si oui, quelles seraient vos raisons pour arrêter de fumer ?
 - L'arrivée d'un enfant au sein du foyer
 - L'exemple à donner à votre enfant
 - L'effet de la fumée sur votre entourage
 - Votre santé
 - Le coût du tabac
 - Autres : _____

Annexe 2

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Alice Vauthier, et je suis étudiante sage-femme en 5ème année. En vue de l'obtention du diplôme de fin d'année je réalise un mémoire sur les pratiques tabagiques des conjoint(e)s pendant la grossesse.

Afin d'adapter notre discours en matière de prévention du tabagisme passif au cours de la grossesse et de pouvoir proposer des outils d'accompagnement au sevrage tabagique aux conjoint(e)s le désirant, au CHU d'Angers, il est nécessaire de faire un état des lieux sur les pratiques tabagiques pendant la grossesse. L'objectif principal de cette étude prospective est de décrire les pratiques tabagiques des compagnons au cours de la grossesse.

Cette enquête sera réalisée par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire qui vous a été remis par la sage-femme du service de suites de couches ou par l'étudiante chargée de l'étude. Il est composé de trois parties.

- Renseignements généraux sur l'interrogé
- Partie réservée aux personnes qui déclarent ne plus fumer au moment de l'enquête
- Partie réservée aux personnes qui déclarent fumer au moment de l'enquête

La participation à cette étude est totalement libre, vous pouvez, ou non répondre à l'autoquestionnaire.

Toutes les données de cet auto-questionnaire sont anonymes, il n'y a aucune donnée identifiante en son sein (nom, prénom, date de naissance, coordonnées...).

A chaque auto-questionnaire sera attribué un numéro, qui servira à la saisie des données sur informatique. Une fois la saisie terminée, tous les auto-questionnaires seront détruits. Seules les données informatiques associées à un numéro seront conservées.

Les interrogés ne seront pas recontactés, ni solliciter par la suite.

Une boîte fermée, est mise à votre disposition (lieu exact à déterminer). Vous pouvez y déposer l'auto-questionnaire à n'importe quel moment au cours de l'hospitalisation de votre compagne.

Pour toutes informations supplémentaires sur l'étude vous pouvez contacter :

Madame VAUTHIER Alice – alicevauthier@etud.univ-angers.fr

Annexe 3

Outil associé à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence »

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.

Référence : Haute Autorité de Santé. Test Fagerstrom Simplifié [Internet]. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_tests_fagerstrom.pdf

Annexe 4

Bonjour,

Dans le cadre de mon mémoire, j'organise une enquête auprès des conjoint(e)s des patientes, sur leurs pratiques tabagiques au cours de la grossesse. Pour se faire, je me rendrais à la maternité tous les jours, dans la mesure du possible, pour distribuer les auto-questionnaires aux conjoints. Cette enquête se déroulera du **4 au 31 janvier 2019**. Cette durée pourra être allongée si besoin est.

Une **boite** fermée, marron est mise à disposition des conjoint(e)s pour déposer leur questionnaire **au-dessus du réfrigérateur** des petits déjeuners, dans le couloir. Je vous remercie par avance de bien vouloir veiller à l'intégrité de cette boite.

Bien cordialement

Alice VAUTHIER (étudiante sage-femme M2) – alice.vauthier@etud.univ-angers.fr

Annexe 5

2018-98 : « Etat des lieux des pratiques tabagiques des conjoints pendant la grossesse. » VAUTHIER Alice

« Etude quantitative, descriptive, observationnelle, rétrospective, unicentrique »:

Le caractère rétrospectif ne peut être retenu car le projet propose une analyse de questionnaires, il s'agit donc bien d'un travail prospectif. Toutefois, le but n'étant pas « d'améliorer les connaissances biologiques ou médicales » le travail ne relève pas de la réglementation sur la RIPH et peut-être soumis au CE

Objectifs : Décrire les pratiques tabagiques des conjoints(es) au cours de la grossesse et déterminer les raisons qui les incitent à arrêter de fumer

Le comité d'éthique s'interroge sur la légitimité à se positionner sous l'angle du soin pour le (la) partenaire de la mère en l'incitant, pour sa propre santé, au sevrage tabagique. La frontière est mince entre un mandat médical (licite par exemple pour le médecin référent de la personne interrogée mais plus discutable pour les porteurs du projet soumis) et un positionnement social (injonction possible à un arrêt du tabagisme par le seul statut de soignant ?)

Le travail soumis doit être présenté sous le seul angle du bien-être et du soin de l'enfant à naître (tabagisme passif)

Il s'agit de moduler des propositions comme « Face à la « mondialisation de l'épidémie de tabagisme », l'OMS appelle chaque pays à entreprendre une stratégie pour lutter contre ce problème majeur de santé publique » en recentrant le projet sur la question du tabagisme passif et l'intérêt de l'enfant à naître.

Par ailleurs, d'un point de vue éthique, et vu l'objectif du travail, il serait souhaitable que les enquêteurs prévoient un document d'information à destination des répondants et pas uniquement à l'attention des professionnels recruteurs. Les quelques phrases en début de questionnaires sont insuffisantes

Ce document devra être remis directement à la personne qui remplira le questionnaire, spécifier des modalités de contact des chercheurs et préciser les modalités de confidentialité

L'anonymisation et la confidentialité des données doit être garantie par l'absence d'éléments biographiques collectées, le dépôt du questionnaire dans un collecteur (donc pas en mains propres) à distance (de lieu et de temps) de la remise comme prévu. Il faut spécifier le devenir des questionnaires recueillis (stockage ? destruction ? quand ? comment ?)

Sur le plan méthodologique :

Manque les précisions sur l'objectif principal et les objectifs secondaires

Comment interpréter cette précision : « La population source était l'ensemble des partenaires des patientes hospitalisées dans le service de suites de couches d'un centre hospitalier universitaire de type 3. La population cible était l'ensemble des partenaires des femmes enceintes, en France » ?

Le comité d'éthique souhaiterait quelques précisions sur la durée de l'étude : 1 mois. Début ? Fin ?

Il n'y a pas de précision sur le nombre de personnes interrogées attendues : calcul d'effectif ?

L'objectif est mal identifié, si il s'agit d'un calcul de prévalence quel serait le nombre de questionnaires à faire remplir ? Intérêt de la partie statistique pour cette précision

Annexes

Lettre d'information donnée au professionnel de santé (annexe 2) : Moduler dans le projet la mise en place de proposition d'aide au sevrage : « outils d'accompagnement au sevrage tabagique des futurs pères au CHU d'Angers » pour les personnes le désirant »

Lettre d'information au conjoint de la patiente est trop sommaire

Partie 3 du questionnaire « à destination des personnes qui déclarent fumer actuellement » : discordance entre l'objectif écrit page 8 et le contenu du questionnaire : **exemple** une information donnée ne signifie pas une aide au sevrage tabagique !

En résumé, il le comité d'éthique propose de recentrer l'objectif sur la question licite dans ce travail de la protection de l'enfant à naître et d'éviter ainsi les risques d'injonction à... qui pourraient être ressenti comme moralisateurs

S'agissant d'un questionnaire soumis, le projet ne peut être défini comme un travail rétrospectif observationnel mais comme prospectif

Après examen des documents transmis et audition des rapporteurs, le comité d'éthique sursoit à la transmission d'un avis. Le projet sera réexaminé en séance en seconde lecture après réception des réponses aux interrogations et commentaires transmis.

Annexe 6

COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Dr Aurore Armand
Département de Médecine d'Urgence
aumarmand@chu-angers.fr

Angers, le 24 décembre 2018

A Mme VAUTHIER Alice

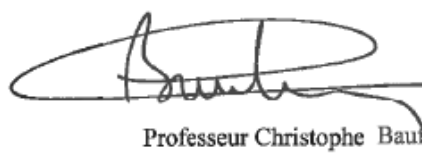
Madame,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 19 décembre 2018 votre étude « **Etat des lieux des pratiques tabagiques des conjoints pendant la grossesse.** » enregistrée sous le numéro 2018/98.

Après réception des modifications proposées suite aux remarques du Comité, examen des documents et audition des rapporteurs, le projet soumis ne soulève pas d'interrogation éthique.

Cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des autres obligations réglementaires pouvant être nécessaires.

Je vous prie de croire, Madame, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Professeur Christophe Baufreton



Table des matières

SOMMAIRE	3
GLOSSAIRE	4
CONTEXTE	5
MATERIEL ET METHODE	7
1. Schéma d'étude	7
2. Matériel	7
3. Méthode	7
3.1. Méthode de recueil.....	7
3.2. Outils utilisés.....	8
3.3. Autorisation du comité d'éthique	9
3.4. Méthode d'analyse	9
RESULTATS	10
1. Flow Chart	10
2. Caractéristiques générales de la population	11
3. Caractéristiques des conjoints ayant arrêté de fumer au cours de la grossesse.	12
4. Caractéristiques des conjoints fumeurs au jour de l'enquête	13
5. Caractéristiques des fumeurs à l'annonce de la grossesse en fonction du test de Fagerström simplifié	14
DISCUSSION	17
1. Biais et limites	17
2. Principaux résultats	17
3. Perspectives	19
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE	22
ANNEXE 1	24
ANNEXE 2	27
ANNEXE 3	28
ANNEXE 4	29
ANNEXE 5	30
ANNEXE 6	31
TABLE DES MATIERES	32

RÉSUMÉ

Contexte : En 2009, seulement 9% des femmes déclaraient que l'exposition à la fumée de tabac a cessée au cours de la grossesse. Le tabagisme passif peut avoir un retentissement sur la grossesse. Le tabagisme du conjoint influence l'arrêt du tabagisme maternel et la rechute dans le post-partum. L'annonce de la grossesse encourage-t-elle les futurs pères à arrêter de fumer ? L'arrivée d'un enfant dans le foyer familial modifie-t-elle les habitudes de consommation des pères ?

Objectifs : Décrire les pratiques tabagiques des conjoints au cours de la grossesse et d'identifier les raisons qui ont motivé les partenaires à arrêter leur consommation de tabac ou qui les amèneraient à arrêter.

Matériels et Méthode : Etude quantitative, descriptive, observationnelle, prospective, unicentrique, menée par auto-questionnaire auprès des conjoint(e)s des patientes hospitalisées dans le service de suites de couches, au CHU d'Angers.

Résultats : 65/146 (44,5%) des conjoints étaient fumeurs à l'annonce de la grossesse. 14/65 (21,5%) avaient arrêté de fumer au cours de la grossesse. La grossesse était une motivation à l'arrêt pour 12/14 (85,7%) des conjoints. « L'exemple à donner aux enfants » étaient une motivation pour 30/51 (58,8%). 17/145 (11,7%) femmes fumaient pendant la grossesse.

Conclusion : Il a été montré un taux élevé de fumeurs au CHU d'Angers. La sage-femme exerce un rôle primordial dans la prévention, le repérage et l'accompagnement du sevrage tabagique.

Mots-clés : tabagisme, tabagisme passif, conjoints, grossesse

ABSTRACT

Context : In 2009, only 9% women stated that exposure to tobacco smoke stopped during pregnancy. Passive smoking can have an impact on pregnancy. Smoking of the partner influences the cessation of maternal smoking and relapse in the postpartum. Does the announcement of pregnancy encourage future fathers to stop smoking? Does the arrival of a child in the family home change their consumption habits?

Objectives : To describe the smoking practices of spouses during pregnancy and to identify the reasons that motivated them to stop smoking or that would lead them to stop.

Materials and Methods : Quantitative, descriptive, observational, prospective, unicentric study, through self-questionnaire with spouses of patients hospitalized in the post-partum service at Angers university hospital (CHU).

Results : 65/146 (44.5%) spouses were smoking when the pregnancy was announced. 14/65 (21.5%) had stopped smoking during pregnancy. Pregnancy was a reason for stopping for 12/14 (85.7%) spouses. "The example to give to children" was a motivation for 30/51 (58.8%). 17/145 (11.7%) women were smoking during pregnancy.

Conclusion : It was showed a high rate of smokers in the CHU of Angers. The midwife has a main role in the prevention, the spotting and the support for giving up smoking.

Keywords : smoking, tobacco smoke, spouses, pregnancy

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e) Vauthier Alice
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **26 / 04 / 2019**

Vauthier A

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

