



HAL
open science

Prise en charge du tabagisme passif chez l'enfant par les médecins généralistes de l'Aisne

Amélie Luysch

► **To cite this version:**

Amélie Luysch. Prise en charge du tabagisme passif chez l'enfant par les médecins généralistes de l'Aisne. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04652213

HAL Id: dumas-04652213

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04652213>

Submitted on 18 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS
UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

Année 2024 Thèse n°2024-47

THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE DE MEDECINE GENERALE

**Prise en charge du tabagisme passif chez l'enfant par les
médecins généralistes de l'Aisne**

Présentée et soutenue publiquement

Le 6 Juin 2024

Par Amélie LUYSCH

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Djamel-Dine DJEDDI

Assesseurs :

Madame le Professeur Elodie HARAUX

Madame le Docteur Séverine FILLATRE

Monsieur le Docteur Jean-Michel DUCROCQ

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Anne SWEERTVAEGHER



FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS
UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

Année 2024 Thèse n°2024-47

THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE DE MEDECINE GENERALE

**Prise en charge du tabagisme passif chez l'enfant par les
médecins généralistes de l'Aisne**

Présentée et soutenue publiquement

Le 6 Juin 2024

Par Amélie LUYSCH

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Djamal-Dine DJEDDI

Assesseurs :

Madame le Professeur Elodie HARAUX

Madame le Docteur Séverine FILLATRE

Monsieur le Docteur Jean-Michel DUCROCQ

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Anne SWEERTVAEGHER

Remerciements

A mon Président de jury,

Monsieur le Professeur Djamel-Dine DJEDDI,

Professeur des Universités Praticien Hospitalier (Pédiatrie)

Chef de Service de Pédiatrie Médicale et Médecine de l'Adolescent

Pôle «Femme - Couple – Enfant»

Vous me faites le grand honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse. Veuillez trouver le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance :

A Madame le Professeur Elodie HARAUX,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier(Chirurgie infantile)

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Recevez l'expression de ma sincère reconnaissance et tout mon respect.

A Madame le Docteur Séverine FILLATRE,

Maître de conférences associé

Département de médecine générale

Responsable de la mise en place de la phase de consolidation, de la commission de thèse

Médecin généraliste à Nesle

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Recevez le témoignage de ma considération respectueuse.

A Monsieur le Docteur Jean-Michel DUCROCQ,

Maitre de stage universitaire

Président de la CPTS Nord Aisne

Médecin généraliste à Bohain-en-Vermandois

Je vous remercie de l'accompagnement et de la bienveillance dont vous m'avez témoignée lors de mon stage SASPAS sur Bohain-en-Vermandois. C'est avec plaisir que je repasserai à la maison médicale.

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Recevez le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A ma directrice de Thèse,

Madame le Docteur Anne SWEERTVAEGHER

Praticien Hospitalier au CH de SAINT -Quentin (Aisne)

Te choisir comme directrice de thèse après mon passage en stage de pédiatrie à Saint-Quentin a été comme une évidence. Quand on te croise, on a envie de te ressembler. Un immense merci pour tout ce temps, cette attention, cet encadrement et cette bienveillance que tu m'as apportée. Je mesure la chance que j'ai eue.

Remerciements personnels

A mes parents, merci pour le soutien et l'accompagnement tout au long de ces années, merci pour tout.

A Aurélie, merci à ma Sister Adorée, sans toi la vie serait bien différente, ton soutien est à toutes épreuves et décisions, merci de me prendre au sérieux, de me comprendre, merci pour ta complicité, merci d'être présente au quotidien pour m'aider à avancer.

A mes grands parents, vous êtes bien blottis dans mon petit cœur.

A Isabelle et Bruno, merci pour votre soutien, votre accueil, votre générosité, j'arrive bientôt à Bréhal.

A Cyril, Marie-Agathe, Maxime, merci pour tous ses bons moments passés en famille, pour ses vacances incroyables, ses concerts partagés, vous rendez ces instants uniques et magiques.

A Louise et Nicola, Marcel, ma petite famille préférée, merci de toujours m'accueillir, merci pour l'amour que vous me témoignait, vous êtes mon refuge. Marcel je serai bientôt plus disponible pour jouer aux billes, aux légos et aux princesses sirènes.

A Margaux, merci d'être présente à mes côtés, merci de sécher mes larmes quand il pleut un peu dans mes yeux, si j'ai de la peine, je sais que pour toujours, tu seras là.

A Camille et Lise, mes plus belles rencontres de ces années d'internat, une de mes plus belles décisions aura été de venir sur Amiens et de laisser le destin vous mettre sur ma route pour faire votre connaissance, je vous aime. Que notre route soit belle et longue.

A Milo, Mamoun, Benoit, un immense merci de prendre soin du lieu de vie de **P'tit Loulou, Goups et Bonito**, et un grand merci pour tous les moments partagés ensemble à la ferme, ils sont précieux.

A Shaan, une rencontre improbable qui m'est chère, j'espère que notre amitié sera longue.

A Tanguy, à mon grand ami du lycée, nous ne nous sommes jamais perdus de vue. Savoir que ton fils naîtra à Saint Malo me remplit de joie.

A Caroline, tu sais à quel point ton soutien et ton écoute m'ont été précieux.

A Juliette, nos soirées interminables, nos balades me manquent, j'ai hâte de venir te voir sur Bordeaux.

A Joséphine, Antoine, merci pour notre belle amitié remplie d'apéros et de poneys, bienvenue au petit Arthur.

A Marion, merci pour notre amitié et nos retrouvailles annuelles au restaurant.

A Tom-Soufiane, ta présence pendant l'externat a été décisive pour la suite du cursus, quand je repense à tous ces moments passés en ta compagnie, je suis nostalgique.

A Louis, merci d'avoir été présent au moment opportun, à notre mélancolie heureuse.

A Mathilde Florent, Alba, Pierre, Valentine, Nina, Noah, à notre belle amitié, merci pour tous les moments partagés ensemble.

A Marc, Sylvie, Thomas, Tina, merci de toujours m'accueillir dans votre famille.

A Catherine Moretto, merci de m'avoir appris la rigueur et l'écriture, d'être malgré vous une de mes bulles d'oxygène annuelles lors de vos représentations, avec des retrouvailles qui me sont toujours aussi chères et précieuses.

A Samir, Dr RUFFIN, Dr MELBOUCY, l'équipe de pédiatrie de Saint Quentin, Dr HEBIB, merci pour tous les précieux conseils et l'accompagnement pendant ces années d'internat, merci pour votre confiance.

Merci à tous les **patients** que j'ai croisés pendant toutes ces années, merci pour leur confiance et leur compréhension.

Merci au **Dr CHEVALIER**, au **Dr DESCHILDRE**, au **Dr RHEVIHARINALA**, à **Audrey**, pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail et l'aide que vous nous avez apportée.

A P'tit Loulou, Goupix et Bonita pour tout ce que j'ai appris à vos côtés. Merci à mes parents pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

A mes petits chats, pour toutes ses heures de révisions en très bonne compagnie.

Sigles

ADN	Acide Desoxyribo Nucléique
CAP	Connaissance Attitude Pratique
CCLAT	Convention dans le Cadre de la Lutte Antitabac
CIRC	Centre International de Recherche contre le Cancer
CMR	Cancérogène Mutagène Reprotoxique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSS	Complémentaire Santé Solidaire
EM	Entretien Motivationnel
HAS	Haute Autorité de Santé
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
KABP	<i>Knowledge, Attitudes, Beliefs, Practices</i>
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OFDT	Observatoire Français des Drogues et Tendances actives
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto Rhino Laryngologie
RPIB	Repérage Précoce et Intervention Brève
SPF	Santé Publique France
TDAH	Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
WHO	<i>World Health Organization (voir OMS)</i>

Sommaire

Remerciements	4
Sigles	18
1 Introduction	22
1.1 Tabagisme passif : définition et précision sémantique	22
1.2 Courants de fumée de cigarette	22
1.3 Composition de la fumée	24
1.4 Cibles prioritaires du tabagisme passif : les enfants	27
1.5 Maladies pédiatriques liées au tabagisme passif	28
1.5.1 Appareil respiratoire	28
1.5.2 Oto-rhino-laryngologie	30
1.5.3 Système immunitaire et allergie	30
1.5.4 Mort subite du nourrisson	30
1.5.5 Œsophage	31
1.5.6 Neuro développement	31
1.6 Evaluation par des bio marqueurs	32
1.7 Etat des lieux du tabagisme passif	34
1.7.1 A l'International	34
1.7.2 En Europe	34
1.7.3 En France	35
1.8 Législation générale	35
1.8.1 A l'international	35
1.8.2 En Europe	36
1.8.3 En France	37
1.9 Enjeu de Santé publique	39
1.9.1 Prévention, dépistage	39
1.9.2 En consultation	40
1.9.3 Outils de prévention	41
1.9.4 Ressources documentaires	42
1.9.5 Prise en charge pluridisciplinaire	43
1.9.6 Autres facteurs de risque	44
1.10 Objectif	45
2 Matériel et méthode	46
2.1 Etude générale	46
2.2 Objectif principal	46

2.3	Population, recrutement, diffusion	46
2.4	Elaboration du questionnaire	46
2.4.1	Description de la situation générale	46
2.4.2	Evaluation des connaissances.....	47
2.4.3	Evaluation des attitudes.....	47
2.4.4	Evaluation des pratiques.....	48
2.5	Méthode statistique.....	48
3	Résultats	49
3.1	Description de la population.....	49
3.2	Connaissances.....	54
3.3	Attitudes.....	57
3.4	Pratiques	59
3.5	Analyse bivariée selon les caractéristiques de la situation générale	63
3.6	Question libre	67
4	Discussion	69
4.1	Principaux résultats.....	69
4.2	Discussion des résultats	69
4.2.1	Situation générale	69
4.2.2	Connaissances	70
4.2.3	Attitudes	71
4.2.4	Pratiques	72
4.2.5	Analyse bivariée	74
4.2.6	Question libre	74
4.3	Discussion de la méthode	74
4.3.1	Limites.....	74
4.3.2	Forces	75
4.4	Perspectives	76
5	Conclusion	78
6	Tableaux	79
7	Figures	80
8	Bibliographie	81
9	Annexes	87

1 Introduction

1.1 Tabagisme passif : définition et précision sémantique

Dans le dictionnaire, le terme «tabagisme» correspond à l'intoxication chronique par le tabac. [1] Le terme «passif» renvoie à quelque chose ou quelqu'un qui subit les événements. [2] Littéralement le groupe de mots «tabagisme passif» signifie subir une intoxication chronique au tabac. Plus largement, le tabagisme passif est le fait d'inhaler involontairement de la fumée de cigarette.

Il est également appelé tabagisme environnemental, tabagisme involontaire, tabagisme parental, tabagisme expositionnel. Il est question d'exposition domestique, d'exposition sociale, d'exposition aux polluants atmosphériques, d'imprégnation fœtale et de l'enfant.

Pour apporter une précision sémantique, il faudrait différencier distinctement le tabagisme passif du tabagisme expositionnel. En effet, dans un article sur la place du pédiatre concernant le tabac, les auteurs considèrent que le tabagisme passif correspond uniquement à l'imprégnation fœtale, avec passage de la barrière foeto-placentaire des substances nocives du tabac. Alors que le tabagisme expositionnel correspond à l'exposition involontaire des autres aux substances de la fumée, appelée «expositionnal tabacco smoke» par les anglo-saxons. [3] Dans le cadre de notre travail, il nous a semblé licite de considérer que la dénomination «tabagisme passif», plus couramment utilisée, équivaut au tabagisme expositionnel.

Nous précisons que nous n'abordons pas la fumée de cigarette électronique, ni la fumée de cannabis, seule la fumée de tabac sera évoquée.

1.2 Courants de fumée de cigarette

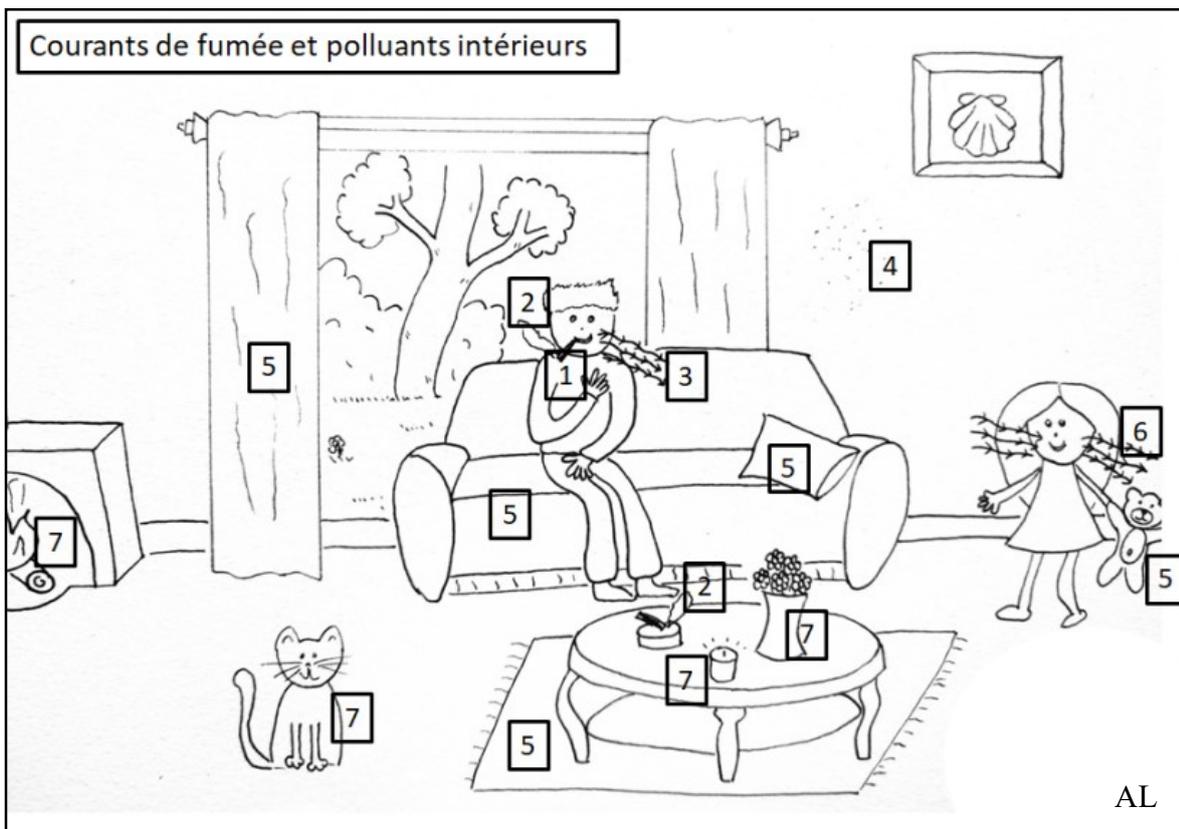
Il existe au minimum 3 courants de fumée différents. Lorsque nous analysons en détails les données de la littérature, plusieurs courants peuvent être identifiés et nous avons décidé de les citer un à un. [4,5]

Le courant le plus évident est le courant de fumée inhalée directement par le fumeur lui-même, c'est le courant primaire ou principal. Il s'agit du tabagisme actif. La fumée provenant directement de l'extrémité de la cigarette en combustion correspond au courant secondaire ou latéral. La fumée exhalée par le fumeur représente le courant tertiaire. Ces 2 derniers courants représentent 80% de la fumée dégagée. [6] En dehors de ces courants de fumée évidents, il existe aussi le courant des particules en suspension dans l'air et le courant des particules résiduelles qui stagnent dans la poussière, sur les surfaces domestiques (murs,

tapis, rideaux...), dans les cheveux, sur la peau etc... Ces particules subsistent à l'arrêt de la combustion. Elles peuvent rester très longtemps incrustées dans l'environnement. [5] On peut aussi considérer que la fumée exhalée par le non fumeur constitue un autre courant de fumée, on pourrait même l'appeler, le courant du fumeur passif. [7]

Nous pouvons compter finalement 6 courants différents. Le fumeur inhale ainsi tous les courants de fumée.

Figure 1 : Différents courants de fumée et autres polluants intérieurs



- | | |
|--|--------------------------------|
| 1. Courant primaire | 6. Courant du fumeur passif |
| 2. Courants secondaire | 7. Autres polluants intérieurs |
| 3. Courant tertiaire | |
| 4. Courant de particules en suspension | |
| 5. Courant de particules résiduelles | |

1.3 Composition de la fumée

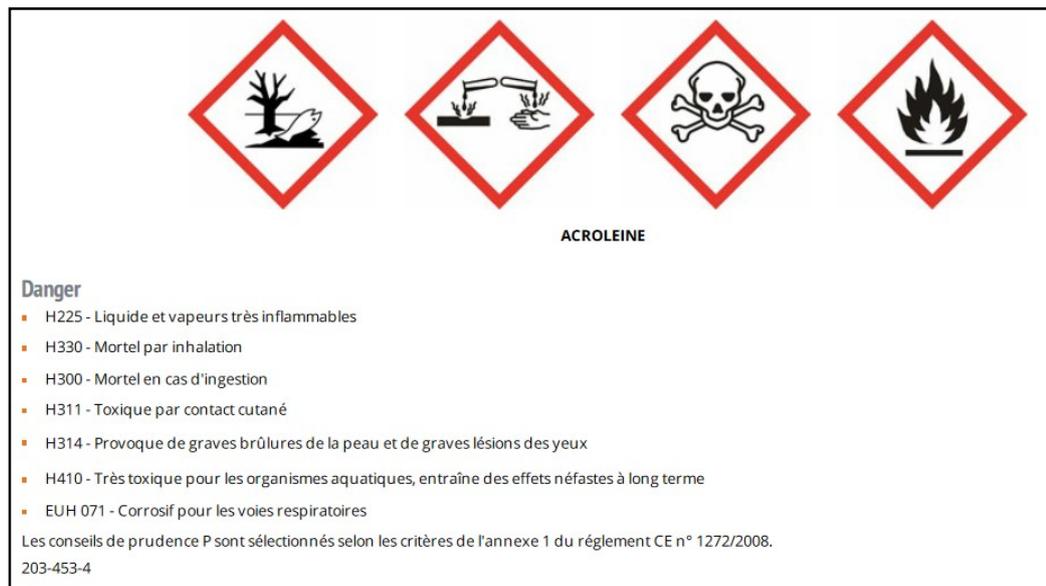
La fumée de tabac est considérée comme le principal polluant atmosphérique domestique. [8] Elle comporte plus de 4800 produits chimiques sous forme de gaz ou de particules. [5] Parmi ceux-ci, 250 éléments sont inscrits au Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC) comme étant dangereux pour la santé. [9] Le CIRC confirme d'ailleurs le caractère cancérigène (niveau 1), mutagène (niveau 2) et reprotoxique (niveau 1) de certaines substances de la fumée de tabac. Ce qui fait de la fumée de tabac un produit CMR. [10]

Voici une liste non exhaustive des nombreux composants de la fumée [5] :

- Des composés inorganiques : azote, oxygène, dioxyde et monoxyde de carbone, argon, hydrogène, eau, ammoniac, oxyde nitrique, nitrates, sulfure d'hydrogène
- Des métaux : plomb, mercure, cadmium, polonium 210, strontium
- Des composés organiques : hydrocarbures aliphatiques saturés (méthane...) et insaturés, hydrocarbures aromatiques monocycliques (toluène, benzène...) et polycycliques (naphthalène, benzopyrène...), hydrocarbures oxygénés (alcools, phénols, aldéhydes...), hétérocycles oxygénés, hydrocarbures azotés (nitrosamines...), hétérocycles, alcaloïdes, résidus agricoles, pigments, goudron
- Des additifs : humectant (diéthylène-glycol, propylène-glycol...), aromatisants (terpènes, menthol, cacao, réglisse, acide lévulinique, sucres, miel, ammoniacque et dérivés ammoniacaux, eugénol) et les agents de combustion (nitrates).

Pour s'apercevoir de la nocivité de ces substances, il suffit de s'intéresser à leur fiche toxicologique sur le site de l'Institut National de Recherche et de Sécurité qui confirme l'aspect dangereux. [11] La plupart regroupe les avertissements suivants : mortel si inhalation, mortel si ingestion, liquides et vapeurs hautement inflammables, corrosif pour les voies respiratoires, risque avéré d'effets graves pour les organes à la suite d'expositions répétées ou d'une exposition prolongée, risque pour le fœtus...

Figure 2 : Fiche toxicologique de l'acroléine [11]



ACROLEINE

Danger

- H225 - Liquide et vapeurs très inflammables
- H330 - Mortel par inhalation
- H300 - Mortel en cas d'ingestion
- H311 - Toxique par contact cutané
- H314 - Provoque de graves brûlures de la peau et de graves lésions des yeux
- H410 - Très toxique pour les organismes aquatiques, entraîne des effets néfastes à long terme
- EUH 071 - Corrosif pour les voies respiratoires

Les conseils de prudence P sont sélectionnés selon les critères de l'annexe 1 du règlement CE n° 1272/2008.
203-453-4

L'acroléine était utilisée comme gaz de combat pendant la première guerre mondiale. [12]

Comme cité précédemment, il existe différents courants de fumée avec des caractéristiques qui leur sont propres. Lorsqu'une cigarette se consume librement, une réaction chimique se produit. [13] La combustion est l'association de la cigarette (combustible), de la chaleur (feu) et de l'oxygène (comburant). La combustion transforme les composants initiaux de la cigarette et libère un mélange de particules et de gaz très nocifs. [8,14] La fumée du courant secondaire, directement consommée à l'extrémité de la cigarette a une combustion incomplète (600 degrés contre 800 degrés pour le courant primaire). A plus basse température, cette combustion incomplète produit des concentrations beaucoup plus toxiques que dans la fumée du courant primaire. La fumée secondaire, la fumée tertiaire et les courants particuliers sont ainsi 4 fois plus toxiques au total que le courant primaire [3]: il y a 3 fois plus de monoxyde de carbone, 60 fois plus de nitrosamines et 100 fois plus d'ammoniac.[5] A volume égal, le courant latéral est plus concentré en substances nocives que le courant primaire.

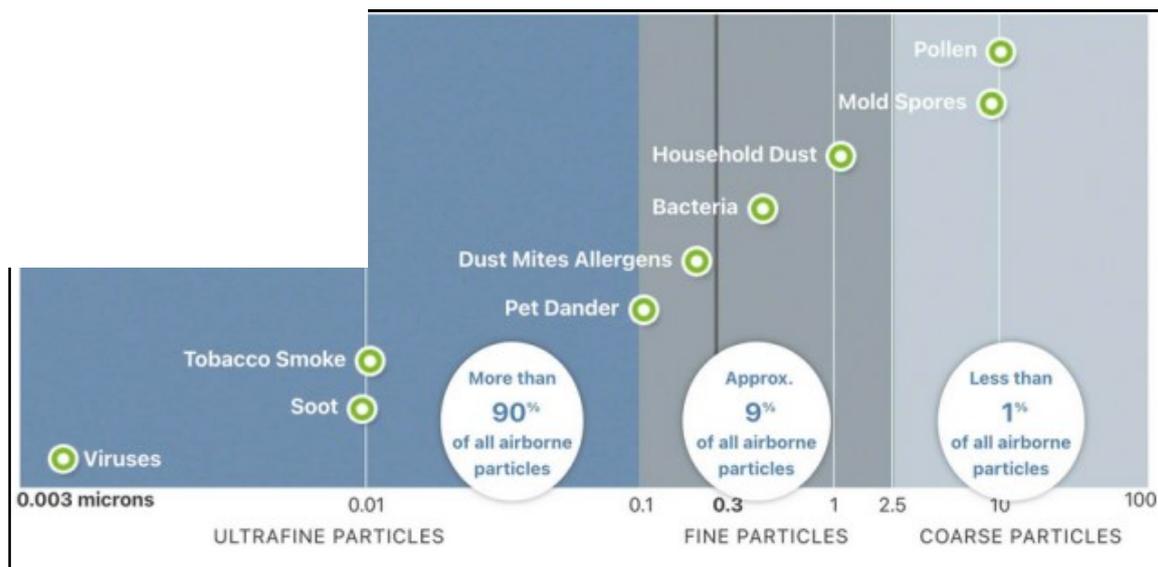
Tableau 1 : Rapports des concentrations courant secondaire/courant primaire de substances de l'aérosol tabagique [8]

<i>Composant</i>	<i>Rapport courant secondaire/primaire</i>
CO	3,6
CO ₂	9,5
Benzène*	7,5
Acétone	3,5
CNH	0,15
Ammoniac	100
Pyridine	13
Oxydes d'azote	7
N-nitroso diméthylamine*	60
Nicotine	3
Phénol	2,8
2-naphtylamine*	30
4-aminobiphényl*	31
Cadmium	7,2
Nickel*	21
Acide lactique	0,6
Acide succinique	0,5
* Carcinogènes.	

La composition de la fumée est aussi fonction de la marque de la cigarette, avec les différents mélanges de tabac, d'additifs et de papiers. La toxicité dépend également des caractéristiques de l'environnement comme la taille de la pièce, sa ventilation, le nombre de fumeurs. [14]

Les particules inhalées passivement sont plus petites que celles inhalées par le fumeur directement. Une étude réalisée en 2008 sur la taille particulaire de la fumée montre que les particules du courant primaire mesurent environ 0,27 micromètres en moyenne contre 0,09 micromètres pour les particules du courant latéral. 75% des particules de la fumée sont nanométriques. [15] La très petite taille des particules leur permet de cheminer très en distalité, jusqu'aux très petites bronches. [3] La demi-vie des particules en suspension dans l'air est de l'ordre de 18 minutes.

Figure 3 : Comparaison de la taille des particules [16]



Concernant les purificateurs d'air, peu d'études scientifiques sont retrouvées sur leur efficacité. Sur la majorité des sites des différents fabricants, 99% des particules ultra-fines et des allergènes sont dits filtrés et éliminés. Concernant la fumée de cigarette, l'efficacité de la filtration dépend du volume de la pièce. L'un des purificateurs testés élimine jusqu'à 90% des particules mais sur une surface de 7 m². [17]

1.4 Cibles prioritaires du tabagisme passif : les enfants

Les principales victimes du tabagisme passif sont les enfants pour plusieurs raisons. Lors des premières années de vie, le nourrisson et le jeune enfant ont une proximité accrue avec leurs parents, un câlin blotti dans le cou ou les cheveux de maman, un bisou dans la barbe de papa. L'enfant en bas âge et même un peu plus grand ne peut s'éloigner d'un environnement enfumé, et ceci par nécessité de proximité avec ses parents, par manque de discernement sur la nocivité de la fumée, par habitude d'évoluer dans un milieu enfumé. [6,18]

De plus, les enfants ont une fréquence respiratoire plus importante qu'un adulte. Le volume d'air respiré est au moins deux fois plus élevé chez le petit enfant par rapport à l'adulte. [13] Ils ont un organisme en pleine croissance, les tissus sont encore immatures. Ils inhalent, ingèrent, absorbent par voie cutanée, des gaz et particules à des concentrations beaucoup plus importantes que pour un adulte. [3]

En outre, dans les études menées concernant le tabagisme actif et la grossesse, dans la majeure partie des cas, la mère ne s'arrête pas de fumer à l'arrivée de son bébé, et parmi les

femmes qui parviennent à se sevrer pendant la grossesse, environ 60% d'entre-elles reprennent après l'accouchement. [13] Enfin, les enfants soumis au tabagisme parental ont un risque multiplié par 3 de devenir fumeur actif à leur tour. [3]

Dans notre travail, nous avons fixé la limite d'âge de 0 à 12 ans. Nous avons considéré que c'est à partir de cet âge que l'enfant est plus autonome, moins présent au domicile et capable de s'extraire d'un environnement enfumé.

1.5 Maladies pédiatriques liées au tabagisme passif

Deux rapports du Surgeon General indiquent qu'une exposition au tabagisme passif, même si elle est très faible, n'est pas sans conséquence pour la santé. Il n'y a pas de seuil d'exposition minimum sans risque. [18] L'imprégnation fœtale reste plus délétère que le tabagisme expositionnel de l'enfant par l'échange de substances nocives au travers de la barrière placentaire. [19]

De manière générale, les composants de fumée provoquent des lésions inflammatoires et chroniques des tissus, et ils abiment notamment le tractus respiratoire et la muqueuse ORL. [5] Ces substances modifient la perméabilité des muqueuses, la mobilité muco ciliaire bronchopulmonaire. Elles perturbent aussi le système immunitaire avec une altération de la fonction des lymphocytes T, une modification de la fonction macrophagique alvéolaire, une dysrégulation des immunoglobulines E. [6] Des modifications génétiques sont également décrites.

De plus, le monoxyde de carbone a une affinité beaucoup plus importante pour l'hémoglobine que l'oxygène. Lorsqu'il est lié à l'hémoglobine, ce gaz insipide forme la carboxyhémoglobine. Il est responsable de la réduction des apports en oxygène aux tissus, d'hypoxie, de lésions endothéliales. [14]

Le tabagisme passif n'est pas responsable à lui seul d'une maladie pédiatrique mais il peut en être un facteur favorisant, déclenchant, aggravant.

1.5.1 Appareil respiratoire

Dans un éditorial de la Communauté européenne, le tabagisme passif est reconnu comme facteur de risque principal des maladies respiratoires chroniques de l'enfant. [20]

L'appareil respiratoire est fortement soumis à la toxicité de la fumée inhalée passivement. Comme cité précédemment, les irritants de la fumée sont responsables

d'inflammation des muqueuses, d'augmentation de la perméabilité aux allergènes, virus et bactéries. Des modifications ciliaires, tissulaires, glandulaires sont observées.

La croissance pulmonaire est longue et commence en période fœtale. L'exposition passive à la fumée a un retentissement aux différents stades de cette croissance. [19] Ce n'est pas le sujet ici, mais il est important de rappeler que le tabagisme pendant la grossesse responsable d'une imprégnation fœtale entraîne des modifications importantes sur la croissance pulmonaire du fœtus. Les poumons se développent moins bien avec une diminution des sacs alvéolaires, une diminution de l'élastine, une augmentation du collagène. [19]. Ces sont les voies aériennes de petits calibres qui sont le plus impactées.

Des études menées sur des enfants de 3 à 12 ans ont montré une augmentation de la prévalence d'asthme, une augmentation du nombre d'exacerbations d'asthme et décrivent aussi une incidence d'infections respiratoires basses plus importante si les parents fument. [21] Le rapport de 2005 du Surgon General confirme une association significative entre le tabagisme parental et les infections respiratoires de l'enfant, avec des odds ratios entre 1,56 et 1,72 en fonction de l'étude. Cette association diminue après l'âge de 2-3 ans de l'enfant et après 6 ans pour l'asthme. [22] A noter également que cette incidence est accentuée en Automne, Hiver en raison des épidémies virales et bactériennes mais aussi par le confinement à la maison plus important pendant cette période. [8]

D'autre part, une étude de 2012 répertorie 79 études prospectives qui analysent les rapports entre tabagisme passif et l'incidence de l'asthme. Elle montre que le risque d'asthme est majoré de 21 à 85%, avec une augmentation moyenne de l'incidence de 20%. [23] Une autre étude évalue l'efficacité des corticoïdes chez l'enfant asthmatique. La réponse aux corticoïdes est beaucoup moins importante chez l'enfant de parents fumeurs. [24]

Des modifications génétiques sont également relevées avec altération de gène de transcription, altération de la méthylation de l'ADN, notamment lorsqu'il y a une imprégnation fœtale. Par exemple, l'altération de l'expression de RUNX augmente le risque d'asthme chez l'enfant imprégné pendant la grossesse. [13] Dans une étude, Brooks CC et al montrent qu'une exposition au tabagisme passif de l'enfant apporte une modification du gène NAT qui est responsable d'une augmentation du risque d'asthme également. [25]

Le tabagisme environnemental seul ne provoque donc pas à lui seul de l'asthme ou des infections respiratoires (bronchiolite, bronchite, pneumopathie) mais il en favorise la survenue ou augmente la fréquence, la durée ou la gravité. [8] Ces agressions du tissu respiratoire dans

l'enfance pourraient participer à l'altération des bronches de l'adulte responsable de broncho-pneumopathie chronique obstructive. [26]

1.5.2 Oto-rhino-laryngologie

L'exposition à la fumée de tabac est responsable d'une augmentation des maladies ORL courantes notamment des rhinites aiguës, otites moyennes aiguës (augmentation de 38%), otites séro-muqueuses, encombrement nasal chronique. [26]

Les proportions d'amygdalectomies, d'ablations des végétations et de poses de drains sont plus faibles chez les enfants de parents non fumeurs que chez les parents fumeurs. [14] Le temps de guérison de ces infections est plus long chez les enfants exposés. [22]

1.5.3 Système immunitaire et allergie

L'inhalation passive de fumée de tabac chez les enfants a un retentissement sur le système immunitaire. Le tabagisme expositionnel semble augmenter le taux des IgE et des polynucléaires éosinophiles. Il y aurait une action directe sur l'immunogénicité de l'antigène. [26] Pour information, une étude montre que c'est l'imprégnation fœtale qui est le plus responsable du risque allergique. [27] En effet, les nouveau-nés qui ont été exposés au tabac pendant la grossesse avaient un taux d'IgE cordonales plus élevé. On retrouvait aussi une association significative avec la dermatite atopique dans l'enfance chez ces nouveau-nés exposés. Cet effet sur le système immunitaire a été démontré chez les souris qui au contact de la fumée ont augmenté leur synthèse d'immunoglobulines totales, de l'interleukine 4 et 13.[28]

1.5.4 Mort subite du nourrisson

Le risque de mort subite du nourrisson est multiplié par 2,1 en cas de tabagisme chez la mère. [5, 14, 26] Le tabagisme paternel ou provenant d'une autre personne à la maison a un risque superposable. [8] Les mécanismes en cause sont néanmoins mal connus.

Tableau 2 : Risques relatifs et intervalle de confiance à 95% chez les personnes exposées au tabagisme passif comparées à des personnes non exposées [26]

Tableau 1 Risques relatifs et intervalle de confiance à 95% chez les personnes exposées au tabagisme passif comparées à des personnes non exposées / <i>Table 1 Relative risk and 95% confidence interval in non-smokers exposed to passive smoking as compared to non-smokers not exposed to passive smoking</i>				
Population	Âge en années	Effet sur la santé	Risque relatif exposés/ non exposés [IC95%]	Référence
Adultes	>15	Cardiopathie ischémique	1,27 [1,19-1,36]	[2]
	>15	Cancer du poumon	1,27 [1,17-1,37] à la maison 1,24 [1,18-1,29] au travail	[13] [14]
Enfants			Baisse chez les exposés - 60 g	
			Risque relatif exposés/ non exposés [IC95%]	
	0	Mort subite du nourrisson	2,1 [1,9-2,4]	[16]
	0-2	Infections respiratoires basses	1,55 [1,42-1,69]	[2]
	0-8	Otitites aiguës de l'oreille moyenne	1,38 [1,21-1,56]	[4]
	0-14	Apparition d'asthme	1,32 [1,14-1,41]	[4]

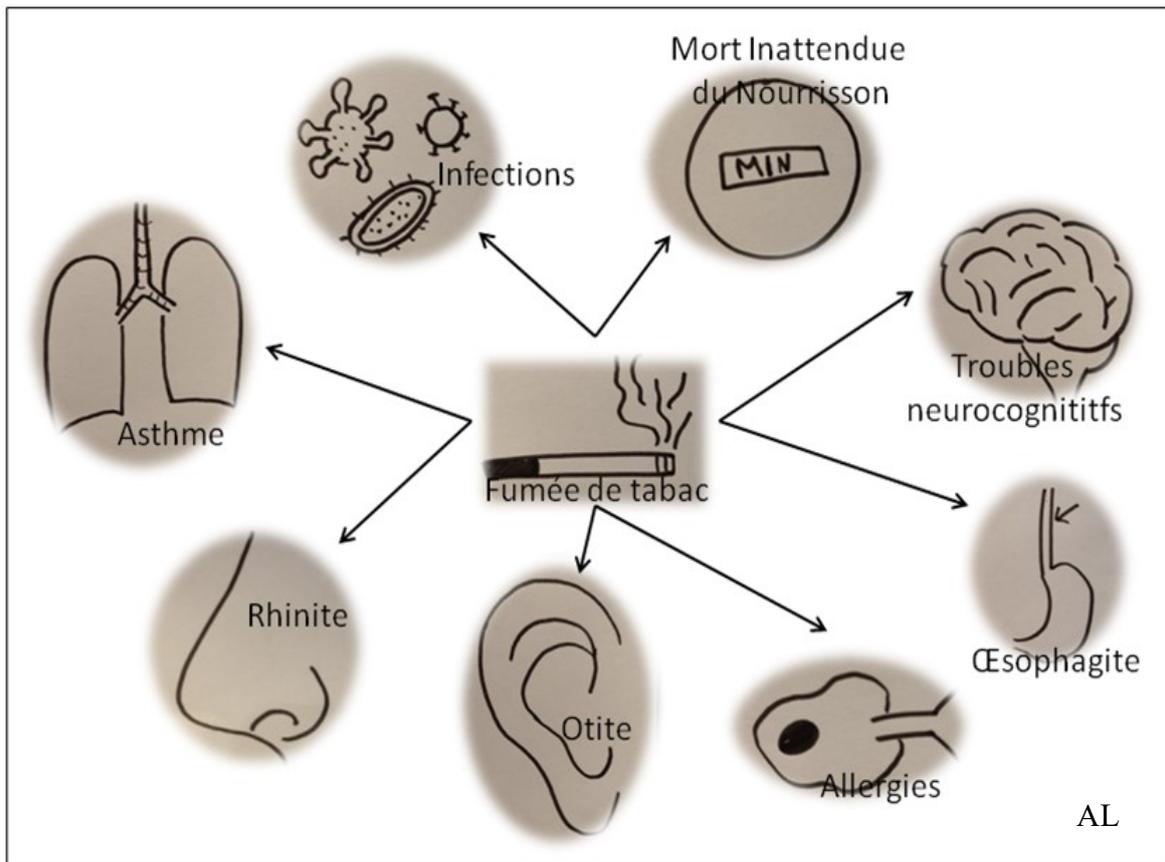
1.5.5 Œsophage

Le reflux gastro-œsophagien et les œsophagites sont également observés chez les enfants fumeurs passifs. L'exposition à la fumée de tabac détend le sphincter œsophagien inférieur et permet les remontées acides. [29]

1.5.6 Neuro développement

Le tabagisme expositionnel est également responsable d'altération du développement du système nerveux. Un retard de développement psychomoteur, des troubles neurocognitifs, des difficultés de concentration, une augmentation des TDAH, des difficultés relationnelles, des troubles du sommeil avec dysrégulation du système nerveux autonome ont également été mis en lien avec une exposition au tabagisme passif. [13] Il est à noter que plus de la moitié du cerveau se développe dans les trois premières années de vie.

Figure 4 : Conséquences de l'exposition à la fumée de tabac chez l'enfant [13]



1.6 Evaluation par des bio marqueurs

Il n'existe pas de moyen rapide en consultation pour évaluer l'exposition au tabagisme passif. La plupart du temps, cela repose principalement sur notre interrogatoire [13] et entre autres sur l'odeur de tabac que le médecin peut percevoir à l'entrée du patient dans le cabinet. Néanmoins, il est possible d'évaluer le tabagisme passif à partir de différents marqueurs comme le monoxyde de carbone, les thiocyanates, la nicotine, la cotinine. [6]

La mesure des thiocyanates paraît être un bon indicateur car sa demi-vie est longue et le reflet de l'exposition est de 10 à 15 jours environ. Pour autant, des interactions alimentaires (végétaux) et médicamenteuses interfèrent avec les relevés des mesures. Leur utilisation est possible chez les nourrissons ayant une nutrition uniquement lactée. [8] De plus un prélèvement sanguin est nécessaire, donc ce test est peu applicable.

La mesure de la cotinine est un bon indicateur aussi. Elle est le résultat de l'oxydation hépatique de la nicotine. Elle peut être dosée dans les cheveux, la salive, le sang, l'urine. Elle a une demi-vie de 15 heures environ. [30] La cotininurie est un marqueur spécifique d'une

exposition au tabagisme passif datant de moins de 48h. Elle est mesurée par chromatographie en phase gazeuse couplée à un spectromètre de masse. Dans une étude menée dans le Nord-Pas-de-Calais en 2000, il existe une relation significative entre l'exposition au tabac d'un enfant et son taux de cotininurie ($p < 0,001$). [30] Un seuil de positivité mesuré à 6 ng/mL dans l'urine permet de déterminer une exposition à la fumée de tabac. Une relation positive entre une cotininurie positive et la survenue d'infections ORL chez l'enfant a aussi été mise en évidence. [31] Par ailleurs, la mesure de cotinine dans le sang paraît peu applicable chez les enfants. Une méta-analyse internationale de 2005 a évalué le taux de cotinine dans les cheveux et décrit une concentration moyenne de 0,96ng/mg chez les enfants exposés au tabagisme passif et de 0,33ng/mg chez les enfants non exposés ($p < 0,05$). [32]

Tableau 3 : Valeur de références de la cotinine dans les cheveux en fonction du statut du fumeur actif ou passif d'après Florescu et al [32]

Tableau 1 Valeur de référence de la cotinine dans les cheveux en fonction du statut de fumeur actif ou passif d'après Florescu, et al. [10].	
Type de tabagisme	Concentration moyenne (ng/mg)
Fumeur actif	2,3–3,1
Fumeur actif pendant la grossesse	1,5–1,9
Fumeur passif femme	0,04–0,09
Fumeur passif enfant	0,9–1,1
Fumeur passif nouveau-né	1,2–1,7
Non exposé femme	0,2–0,4
Non exposé femme enceinte	0,06–0,09
Non exposé enfant	0,3–0,4

On estime qu'à partir d'un taux de 0,2 ng/mg de cheveux l'enfant subit une exposition à la fumée de tabac.

Concernant ce tableau, on remarque que même l'enfant dit «non exposé» a une concentration moyenne témoignant d'une exposition. Il y a donc très probablement une exposition extra familiale. On note aussi que la concentration de la cotinine dans les cheveux du nouveau né a une concentration moyenne supérieure à celle d'un enfant.

Quant à la mesure du taux de monoxyde de carbone exhalé, il est principalement utilisé dans les études sur la grossesse et le tabac. Il est difficilement réalisable chez le jeune enfant. [14]

1.7 Etat des lieux du tabagisme passif

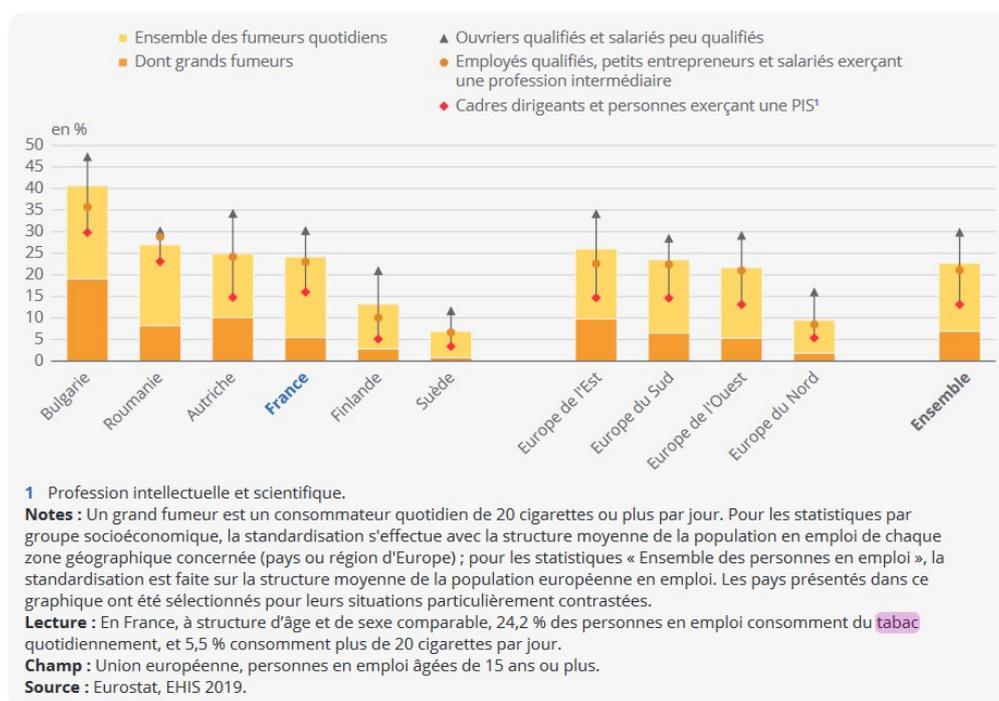
1.7.1 A l'International

Une étude de l'OMS en 2002 sur 192 pays rapporte que 40% des enfants sont soumis au tabagisme passif dans le monde et jusque 77,8% dans certains pays d'Europe. [33] Une autre étude de 2019 relève qu'il y aurait 603 000 décès imputables au tabagisme passif dont 28% chez les individus de moins de 16 ans. [13] Le tabagisme a été reconnu comme «maladie pédiatrique» par les instances internationales, [13] tant par le tabagisme passif, que par le tabagisme actif des jeunes adolescents. Le tabagisme a un ainsi une place importante en tant que facteur de risque de maladie chez l'enfant.

1.7.2 En Europe

Sur un rapport de l'Union Européenne, il est précisé que le tabac est responsable de 79 000 décès dont 19 000 non-fumeurs, tout âge confondu. [34] Le tabac est également soumis à une composante sociale comme indiqué dans la figure 5, avec moins de fumeurs parmi les cadres dirigeants et les personnes exerçant une profession intellectuelle et scientifique. La France arrive en 4^{ème} position dans l'Europe concernant le nombre de fumeurs quotidiens.

Figure 5 : Part des fumeurs quotidiens dans la population en Europe en 2019, par groupes socio-économiques [35]

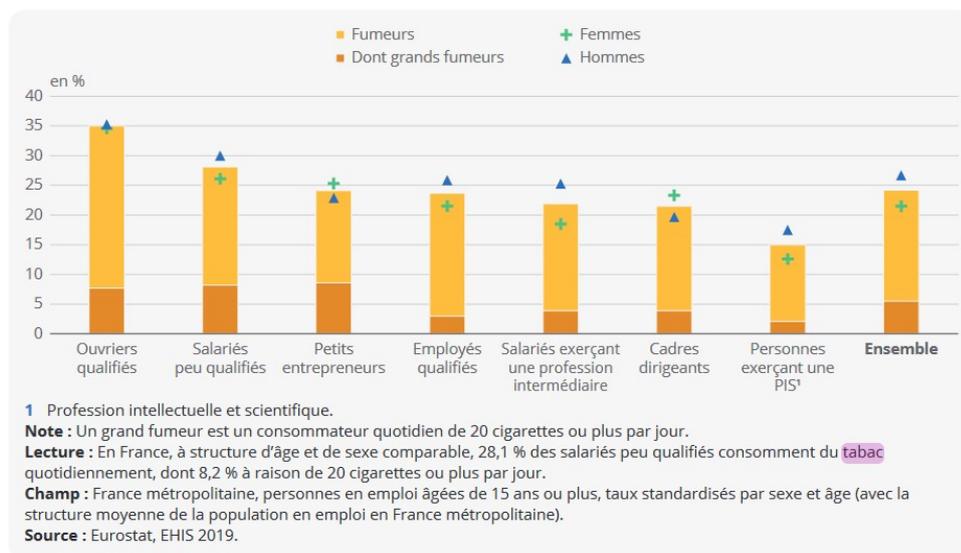


1.7.3 En France

En France, selon le ministère de la Santé, près d'un million de personnes sont exposées au tabagisme passif et cela provoquerait au moins 3 000 décès par an. [36] Ce sont 12 millions de fumeurs quotidiens.

Selon les données du baromètre de Santé publique France, un peu plus de 30% de la population des 18-75 ans déclarent fumer. [37] Le tabagisme au domicile a diminué significativement passant de 27,5 % en 2014 à 17,6 % en 2018. [38] La fréquence de tabagisme au domicile en présence d'un enfant de moins de 4 ans a diminué de moitié avec 14,4% en 2018 contre 31,6% en 2014 [39]. Pour les enfants entre 4 et 18 ans, elle est passée de 23,8% en 2018 contre 48.5 % en 2014. [37] A noter que les femmes françaises enceintes sont les plus fumeuses de l'Union Européenne. [40]. Le tabagisme maternel, (in utero et post natal) a eu un impact estimé sur 90 000 enfants en 2019. [37] Comme cité précédemment, le tabac est sujet aux inégalités sociales.

Figure 6 : Consommation de tabac selon la catégorie socioéconomique en France en 2019
[35]



1.8 Législation générale

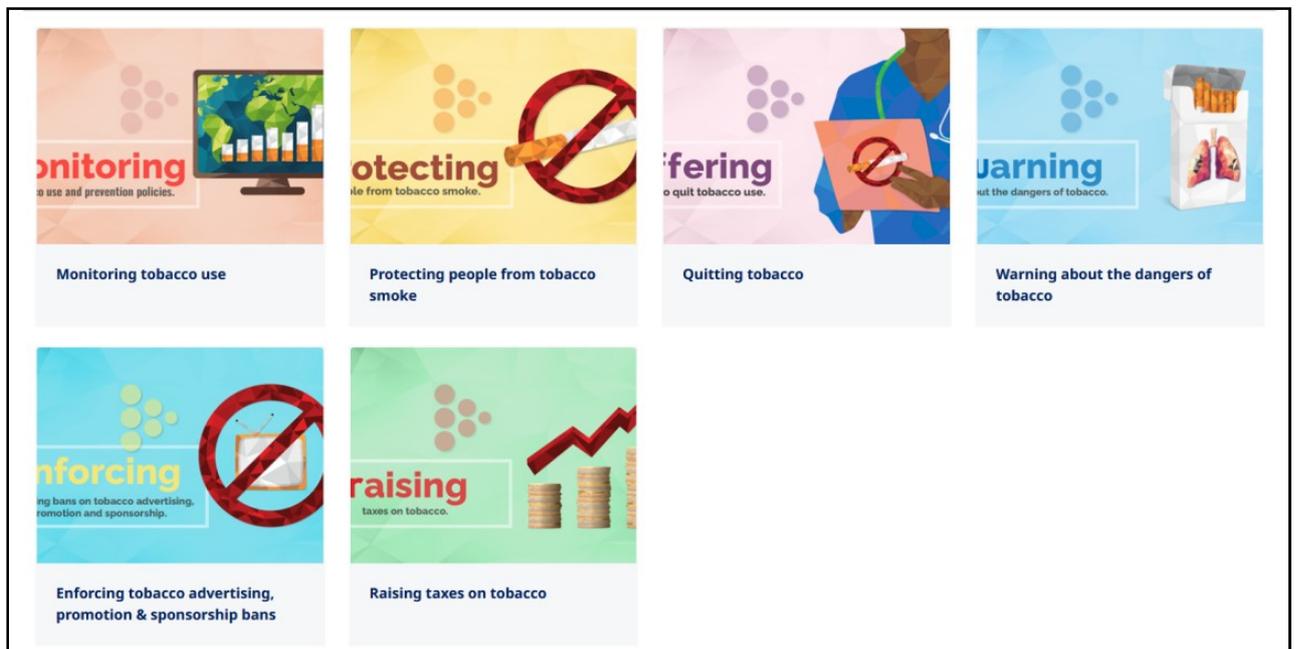
1.8.1 A l'international

Vers la moitié du XXème siècle, le tabagisme environnemental a été reconnu comme pouvant être nocif pour autrui. [41]

L'OMS désigne le tabac comme «épidémie mondiale». [7] Une convention a été instaurée en 2003 nommée la Convention dans le Cadre pour la Lutte Antitabac (CCLAT). L'article 8 concerne la limitation de l'exposition à la fumée de tabac. [42]

L'OMS a pour mission de promouvoir la santé, de préserver la sécurité mondiale et de servir les populations vulnérables. [43] Dans ce sens, elle lance le projet MPOWER en 2008 dont l'une des politiques est une action contre le tabagisme passif pour protéger la population de la fumée. [44]

Figure 7 : Programme MPOWER [45]



Selon l'OMS, 70% de la population mondiale est protégée par au moins une politique de lutte anti tabac. Néanmoins, encore 44 pays n'ont aucune politique du programme MPOWER, 53 pays permettent encore de fumer dans les établissements de santé. Les restaurants non fumeurs ne concernent que la moitié des pays. [43]

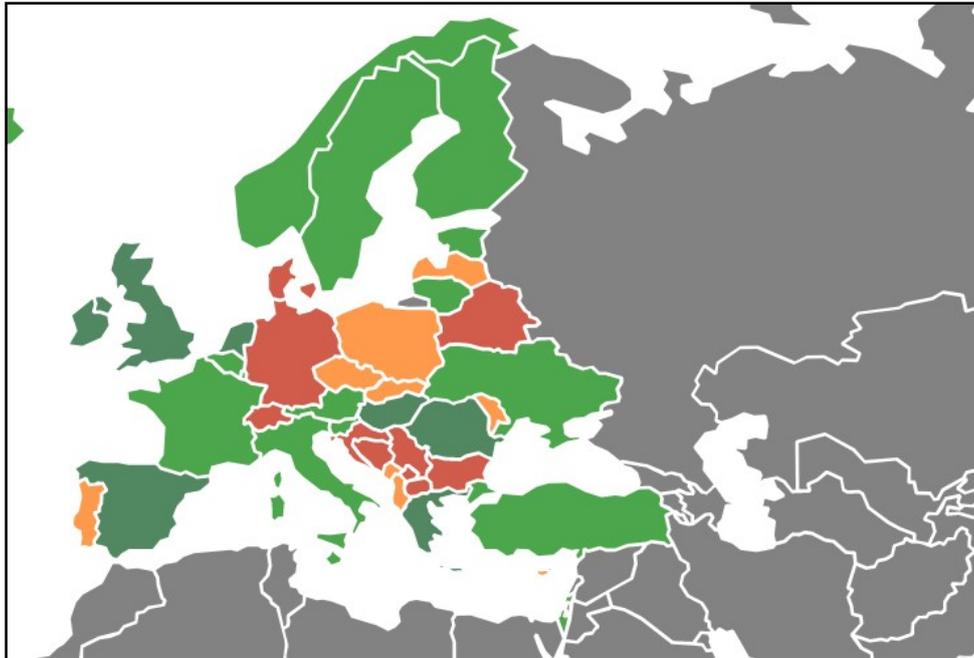
1.8.2 En Europe

En 1997, le parlement européen reconnaît «le droit de respirer un air pur et indique que ce droit prévaut sur le droit de fumer». [46]

Une carte interactive (ci-après) relate les politiques de lutte anti tabac [47]. La couleur «vert foncé» indique des politiques de luttés contre le tabac strictes et appliquées, la couleur «rouge» correspond à peu de protection pour la population où le tabagisme expositionnel y est

élevé. 18 pays de l'Union Européenne ont ratifié l'article 8 de la CCLAT. La Suède est le premier pays à interdire le tabac en terrasse. [48] L'Irlande, la Grèce, la Bulgarie, Malte, l'Espagne et la Hongrie appliquent des dispositions strictes avec une interdiction totale de fumer dans les lieux publics fermés, les transports en commun et les lieux de travail. [34]

Figure 8 : Smokefree map [47]



En 2013, la commission Européenne montre que les dispositions mises en places pour un environnement sans tabac ont permis une nette diminution d'exposition des citoyens passant de 46% en 2009 et 27% en 2012. [48]

1.8.3 En France

En France, la première mesure concernant la lutte contre tabagisme expositionnel est la loi Veil du 9 juillet 1976 requérant l'interdiction de fumer dans certains lieux collectifs, l'interdiction de promouvoir les produits du tabac, et l'obligation de mentionner «abus dangereux» sur les paquets. [49]

La loi Evin en 1991 vient renforcer la loi Veil avec une restriction plus accrue des publicités, l'interdiction de fumer dans les gares et moyens de transport (sauf espaces réservés fumeurs). La hausse du prix du paquet de cigarettes, ainsi que l'interdiction de la vente au moins de 16 ans s'ajoutent à cette loi. L'«abus dangereux» est remplacé par «nuit gravement à la santé». La journée du 31 mai est décrétée «jour sans tabac». Des méthodes d'analyse de

teneur en goudron et en nicotine sont mises en place avec vérification des mentions écrites sur les paquets. [49]

En 2003, les messages à caractère sanitaire évoluent, avec mention obligatoire. [49,50]

1. Les fumeurs meurent prématurément.
2. Fumer bouche les artères et provoque des crises cardiaques et des attaques cérébrales.
3. Fumer provoque le cancer mortel du poumon.
4. Fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant.
5. Protégez les enfants : ne leur faites pas respirer votre fumée
6. Votre médecin ou votre pharmacien peut vous aider à arrêter de fumer.
7. Fumer crée une forte dépendance, ne commencez pas.
8. Arrêter de fumer réduit les risques de maladies cardiaques et pulmonaires mortelles.
9. Fumer peut entraîner une mort lente et douloureuse.
10. Faites-vous aider pour arrêter de fumer, téléphonez au 39 89 (0,15 EUR/min).
11. Fumer peut diminuer l'afflux sanguin et provoque l'impuissance.
12. Fumer provoque un vieillissement de la peau.
13. Fumer peut nuire aux spermatozoïdes et réduit la fertilité.
14. La fumée contient du benzène, des nitrosamines, du formaldéhyde et du cyanure d'hydrogène

21% de ces messages concernent le tabagisme passif, alors qu'il touche une grande partie de la population.

L'article 8 de la CCLAT de l'OMS, est ratifié par la France le 19 octobre 2004, et appuie la nécessité de protection des citoyens contre l'exposition à la fumée du tabac. [42]

Le décret du 15 Novembre 2006 élargit l'interdiction de fumer dans «tous les lieux publics fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail» (transports, établissements de santé, écoles, collèges, lycées, débits de boissons). De manière générale, avant le décret de 2006, on estimait une exposition à plus de 70% de la population française. [49]

En 2010, les avertissements sanitaires graphiques font leur apparition sur les paquets. [49]

Enfin une ordonnance datant de 2016, décide de la mise en place d'un paquet neutre avec message sanitaire qui occupe 65% de la place du paquet. C'est aussi depuis 2016 qu'il

est interdit de fumer dans une voiture en présence d'une personne de moins de 18 ans sous peine d'amende. [49]

Depuis 2018, les substituts nicotiniques sont remboursés à hauteur de 65% sur prescription, avec prise en charge du ticket modérateur par les complémentaires santé. [51]

Concernant la carte interactive citée précédemment, la France, en couleur «vert clair», a une application «bonne» de la législation anti tabac. Néanmoins, il lui manque une interdiction de fumer sur les terrasses et les lieux de travail extérieurs. [48]

Une étude de 2010, recensant 50 articles sur les conséquences des lois anti-tabac montre une diminution du tabagisme passif dans les lieux publics (travail, restaurants) mais celle-ci est non significative dans les foyers. [52] Lutter contre le tabagisme passif en France fait partie du programme national de lutte contre le tabagisme, notamment dans l'action numéro 8 qui est de développer un accompagnement des fumeurs, parents de jeunes enfants. [37]

A noter également que le prix du paquet de cigarette a augmenté de près de 150% sur une dizaine d'années. En 2024, il devrait passer à un peu plus de 12 euros. [53] Le coût social annuel en 2019 du tabac (actif et passif) est estimé à 156 milliards d'euros. [49]

1.9 Enjeu de Santé publique

1.9.1 Prévention, dépistage

La responsabilité du tabagisme passif envers la population pédiatrique n'est plus à démontrer. Le dépistage et la prévention de ce facteur de risque en consultation sont des enjeux importants de santé publique pédiatrique.

Pour rappel, la définition de la santé par l'OMS est comme «un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». [54] En découle alors la prévention de la santé, la promotion de la santé et l'éducation pour la santé et cela pour toute la population. La prévention est selon l'OMS en 1948, «l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps». [55]

La prévention primaire est en amont de la survenue d'une maladie. C'est l'ensemble des stratégies mises en place pour diminuer l'incidence d'une maladie et en réduire les risques d'apparition. [56] Elle inclut la prévention des comportements à risque.

La prévention secondaire intervient au début de la survenue d'une maladie, au dépistage. Elle a pour but de diminuer une prévalence d'une maladie dans une population et de lutter contre les facteurs de risque. [56]

La prévention tertiaire tend à limiter les impacts de la survenue d'une maladie, les incapacités chroniques, les complications, les récives. [56]

La Charte d'Ottawa, adoptée par la France après la première Conférence internationale en 1986, stipule que la promotion de la santé vise à «donner aux individus une plus grande autonomie sur leur propre santé et à leur offrir davantage de possibilités de l'améliorer». [56]

Dans ce sens, concernant le tabagisme passif, l'écoute, l'échange, l'attention, la délivrance d'informations sont primordiaux. Il convient :

- de prévenir le risque du tabagisme passif en informant les parents non-fumeurs et les parents fumeurs en amont d'une grossesse.
- de dépister une notion de tabagisme passif que l'enfant soit en bonne santé ou non
- de délivrer une information claire loyale et appropriée [57]
- de proposer une aide au sevrage tabagique
- d'offrir un suivi personnalisé
- de donner des pistes d'amélioration de l'environnement quotidien aux parents fumeurs afin de limiter l'impact sur la santé de leur enfant.

1.9.2 En consultation

Il faut reconnaître qu'en consultation, aborder le sujet n'est pas toujours évident. Les pratiques concernant le tabagisme passif (fumer dans la maison, voiture, en présence d'enfants) sont souvent minimisées par crainte de jugement du médecin. Des réactions de gêne, des regards d'évitement ou des réponses rapides comme «mais je ne fume qu'à la fenêtre ou que dans une pièce fermée» sont très souvent observées. Il faut le prendre aussi comme un début de prise de conscience du parent fumeur quant aux risques pour la santé de son enfant.

Dans le programme national de lutte contre le tabac, il est bien stipulé que «lorsque le professionnel aura identifié une situation de tabagisme passif, occasionnel ou quotidien, il sera amené à réaliser un conseil minimal pour encourager la personne à réfléchir sur la consommation de tabac et la possibilité d'une tentative d'arrêt et à orienter la personne vers une prise en charge adaptée à sa situation». [37] C'est avec une relation de confiance, d'écoute et d'accompagnement qu'un échange peut être efficace.

La recherche de la notion d'exposition au tabac lors des consultations obligatoires pourrait être un moyen de commencer à aborder le sujet avec les familles. Le demander systématiquement pour une consultation d'un enfant malade pourrait permettre de le marquer en note dans le dossier pour pouvoir aborder le sujet lors d'une prochaine consultation. Expliquer aux parents, sans les culpabiliser, l'impact de l'exposition de l'enfant sur sa santé est nécessaire pour les sensibiliser à la santé de la famille. Le médecin peut proposer une consultation dédiée d'aide au sevrage, une consultation d'explication sur les méfaits de la fumée pour encourager au sevrage. Le parent, l'enfant, la famille doivent bénéficier d'un suivi adapté et régulier.

1.9.3 Outils de prévention

Le conseil bref est déjà un premier outil. Nous pouvons conseiller de ne jamais fumer dans le domicile, de changer de vêtements, de bien se laver les mains, et si c'est possible le visage, la barbe, les cheveux, d'aérer la maison, de demander à l'entourage fumeur de ne pas fumer en présence des enfants. Il convient d'aider les familles à lutter contre les idées reçues et leur apporter des conseils pour limiter l'impact sur la santé de leur enfant. [3] En consultation, nous sommes souvent confrontés aux habitudes suivantes : «Je ne fume que lorsque les enfants sont partis dormir»; «Je fume à la fenêtre»; «Je fume à la cheminée»; «Je ne fume que dans une pièce fermée et isolée où les enfants ne vont pas»; «J'aère la pièce dès que j'ai fini de fumer»; «Je ne fume que dehors»; «Dans la voiture, la fenêtre est ouverte»; «J'utilise un purificateur d'air». Dans toutes ces réflexions, on y sent une volonté du parent qui essaie de faire attention, elle est d'ailleurs à mettre en avant. Mais comme vu précédemment, la taille des particules de fumée en fait une substance nocive redoutable capable d'imprégner les vêtements, les cheveux, la barbe, la peau les coussins, les murs, capable de se faufiler dans une autre pièce, d'emprisonner la poussière, malgré un nettoyage adéquat et une bonne aération ou ventilation. [3]

Des outils plus approfondis comme le repérage précoce et intervention brève et/ou l'entretien motivationnel pourraient être utilisés pour la prise en charge du tabagisme expositionnel.

En effet, le repérage précoce et l'intervention brève font partie d'un outil mis en place pour repérer facilement l'addiction au tabac, drogue, alcool. Cela se déroule en 4 étapes avec d'abord la déclaration de la consommation par le patient, l'évaluation du risque, l'intervention brève et l'accompagnement. [58] Le RPIB dure entre 5 à 20 minutes.

L'entretien motivationnel repose quant à lui sur un échange centré sur un sujet, et a pour objectif de donner envie au patient de changer ses habitudes concernant une pratique. Il est également largement utilisé dans la prise en charge des addictions. [59]

Une méta-analyse de 1972 à 2012, a montré que les conseils brefs augmentaient de manière significative la probabilité d'arrêt à 6 mois par rapport à l'absence de conseil (risque relatif (RR) = 1,66 ; IC95% = 1,42-1,94). [5] L'entretien motivationnel quant à lui, augmentait l'efficacité de l'arrêt du tabac par rapport au conseil bref avec un risque relatif à 1,37 et par rapport à l'absence de conseil avec un risque relatif de 1,86.

Parmi les outils, il y a également le test de Fagerström qui mesure le niveau de dépendance du fumeur actif.

1.9.4 Ressources documentaires

A disposition des familles, on retrouve dans le carnet de santé actuel, une fenêtre dédiée au tabagisme passif. C'est un item qui est présent depuis plus de 20 ans.

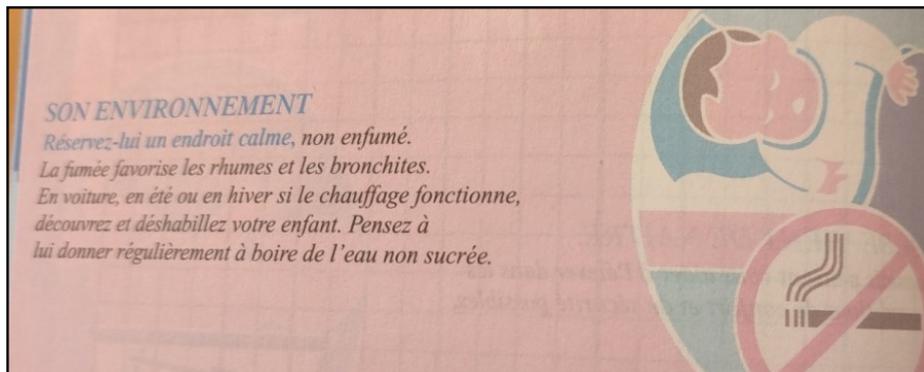
Figure 9 : Item concernant le tabagisme passif dans le carnet de santé actuel et de 2006

[60,61]



Dans le carnet de santé du début des années 2000, le message était plus explicatif que sur les nouveaux carnets avec comme précision le fait que la fumée favorise les rhumes et les bronchites.

Figure 11: Item d'un carnet de santé d'une patiente née en 2001

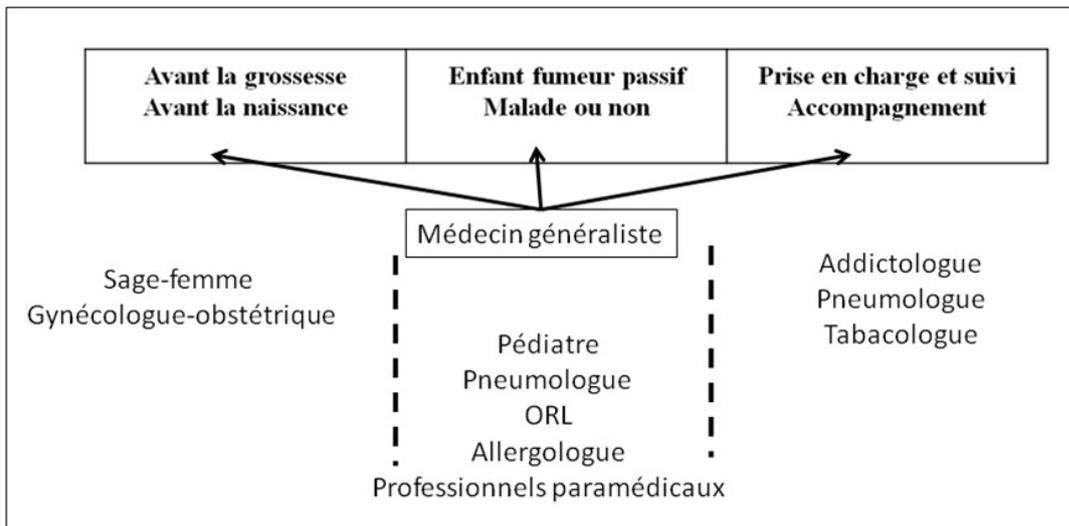


Des flyers, des affiches, sont disponibles sur le site de Santé publique France. Des données épidémiologiques sont répertoriées sur les sites de la HAS et de l'observatoire français des drogues et tendances actives. Le site «Tabac info service» propose un accompagnement, des articles, un numéro de téléphone (3989) pour des conseils ou une aide au sevrage. [62] Une application mobile «Tabac info service» a également été développée.

1.9.5 Prise en charge pluridisciplinaire

En plus des outils de prévention et des ressources documentaires, il convient de privilégier la collaboration avec d'autres professionnels de santé, acteurs dans la santé des enfants. En amont, on peut retrouver les médecins généralistes, les sages femmes, les gynécologues-obstétriciens pour réaliser une prévention primaire efficace. Lorsque le tabagisme est présent, les médecins généralistes, les pédiatres, les allergologues, les ORL, les pneumologues, tous les professionnels paramédicaux autour de l'enfant soumis au tabagisme passif peuvent orienter les jeunes patients pour prise en charge particulière et les parents pour délivrance d'informations et aide au sevrage par notamment des addictologues, psychologues dans les CSAPA, des médecins généralistes. Le médecin généraliste a une place importante et centrale dans tout le processus de prévention, dépistage et suivi.

Figure 12 : Place centrale du médecin généraliste dans un exercice coordonné



1.9.6 Autres facteurs de risque

Lors des consultations, pour une prise en charge optimale, il est utile de rechercher d'autres facteurs de risque d'impact sur la santé, au même titre que l'exposition à la fumée de tabac. Parmi les autres facteurs de risque d'aggravation, de déclenchement, de sévérité de pathologies pédiatriques, on retrouve des facteurs intrinsèques et extrinsèques.

Dans les facteurs de risques extrinsèques, il y a :

- Les polluants intérieurs comme les bougies, les parfums d'ambiance, produits d'hygiène, les produits ménagers, la cheminée, les animaux de compagnie, les fleurs, l'humidité dans la maison responsable de moisissures, la salubrité du logement de manière générale. L'air intérieur est 5 à 8 fois plus pollué que l'air extérieur. La population reste en moyenne 80% du temps en espace clos. [50]
- Les polluants extérieurs avec les gaz d'échappement, les pesticides, les pollens
- L'exposition à des agents infectieux, agents irritants
- Le mode de garde de l'enfant (en crèche, en nounou, avec ses parents)
- L'hygiène
- L'alimentation
- Les écrans

Dans les facteurs extrinsèques, il est aussi question de facteur socio économiques. [63] De nos jours, les populations peu aisées sont davantage fumeuses comme cité précédemment.

Les facteurs intrinsèques sont propres à l'enfant : notion de prématurité, antécédents de l'enfant, atopie familiale, malformations, déficit immunitaire.

1.10 Objectif

L'introduction précédente a permis de mettre en évidence l'importance de la prévention et du dépistage du tabagisme passif en tant que facteur de risque de pathologies pédiatriques, ainsi que de la nécessité d'informer et d'accompagner les familles vers un environnement plus sain sans tabac.

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer les connaissances, l'intérêt et les pratiques des médecins généralistes de l'Aisne sur ce sujet.

2 Matériel et méthode

2.1 Etude générale

L'étude était quantitative observationnelle descriptive transversale.

2.2 Objectif principal

Elle avait pour objectif principal d'évaluer les connaissances, l'intérêt et les pratiques des médecins généralistes de l'Aisne concernant le tabagisme passif en tant que facteur de risque d'aggravation de pathologies pédiatriques.

2.3 Population, recrutement, diffusion

La population cible était les médecins généralistes de l'Aisne, installés ou remplaçants. Le recrutement s'est fait via le conseil de l'Ordre des médecins de l'Aisne qui a accepté par leur intermédiaire de diffuser notre questionnaire. Le conseil de l'Ordre des médecins de la Somme a répondu négativement à notre demande de diffusion et le conseil de l'Ordre des médecins de l'Oise n'a pas répondu. Le recrutement a eu lieu parmi environ 400 médecins, l'information du nombre exact n'a pu être obtenue.

Il a été diffusé via mailing une première fois, puis 2 relances s'en sont suivies. Le recueil des données s'est déroulé du 28 Décembre 2023 au 13 Mars 2024. Un seul mode de diffusion a été privilégié. Etaient inclus dans cette étude, les médecins généralistes installés ou remplaçant de l'Aisne. Etaient exclus, les médecins retraités ou travaillant à l'hôpital.

2.4 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé sur GoogleForm. Il a été organisé selon la méthode KABP Knowledge, Attitudes, Beliefs, Practices ou méthode CAP, Connaissances, Attitudes et Pratiques. [64]. Cette méthode est utilisée principalement pour la promotion de la santé. Le questionnaire était donc divisé en 4 parties : la première concernait la situation générale des médecins répondeurs, puis les 3 autres suivaient le schéma CAP. Le questionnaire a été relu et testé par différents médecins : addictologue, pneumologues, pédiatres, tabacologue, médecins généralistes. Il est disponible dans les annexes.

2.4.1 Description de la situation générale

La première partie s'intéressait aux caractéristiques de la population étudiée avec également quelques données sur la patientèle des médecins généralistes comme la proportion

de patients bénéficiant de la CMU, la proportion de patients fumeurs et la proportion d'enfants.

2.4.2 Evaluation des connaissances

Concernant la partie relative aux connaissances, la démarche était quantitative. L'évaluation des connaissances repose sur une composante cognitive. [64] Cette partie évaluait dans sa démarche le «niveau» des connaissances sur 4 rangs [64] :

- moins de 25% de bonnes réponses : niveau insuffisant
- entre 25% et 50% de bonnes réponses : niveau moyen
- entre 50% et 75% de bonnes réponses : bon niveau
- entre 75% et 100% de bonnes réponses : très bon niveau

L'évaluation portait sur des données épidémiologiques, des notions sur le tabagisme passif en général et notamment de son impact sur la santé des enfants. Cette partie du questionnaire concernant les connaissances comportait 20 questions, dont une à réponse longue libre. Arbitrairement, chaque question valait un point. Il est à noter que pour la réponse libre, un point était attribué lorsque deux bonnes réponses ont été données parmi les trois demandées. Ainsi, à l'issue de cela, une note sur 20 a pu être déterminée, ainsi qu'une moyenne générale évaluable selon 4 niveaux : insuffisant (0 à 5 sur 20), moyen (5 à 10 sur 20), bon (10 à 15 sur 20), très bon (15 à 20 sur 20).

2.4.3 Evaluation des attitudes

Concernant la partie relative aux attitudes, elle renvoie aux croyances de l'interrogé, l'objectif a été d'analyser la perception, la représentation, l'intérêt et la motivation des médecins généralistes concernant la prise en charge du tabagisme passif en tant que facteur de risque de pathologies pédiatriques. La plupart du temps, identifier les attitudes relève d'une démarche qualitative, [64] la démarche ici a été quantitative et a eu juste pour but d'évaluer l'ampleur de l'attrait pour le sujet. L'approche a été suggestive, en évaluant la possibilité d'un travail collaboratif et complémentaire, une prise en charge «complexe», «authentique» avec les pédiatres par exemple. Cette partie comportait 12 questions. Chaque question valant 1 point, une note d'intérêt a été établie. La question concernant la formation suffisante des médecins généralistes sur le sujet a été exclue de cette notation.

2.4.4 Evaluation des pratiques

Concernant la partie relative aux pratiques, l'objectif était de déterminer ce que les médecins généralistes réalisaient déjà dans leur pratique courante. Elle a évalué leur démarche de prévention, de dépistage et d'action qui façonnent la promotion de la santé envers les populations pédiatriques exposées à la fumée de tabac.

Une échelle selon les pratiques en consultation a été précisée dans le questionnaire :

- Jamais : 0 à 25% des consultations
- Parfois : 25 à 50% des consultations
- Souvent : 50 à 75% des consultations
- Toujours : 75 à 100% des consultations

Cette partie comportait 10 questions.

2.5 Méthode statistique

Les réponses du questionnaire ont été répertoriées dans un tableur Excel.

Les variables qualitatives et binaires ont été exprimées en effectif et pourcentage. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne, écart type, médiane, premier et troisième quartile.

Concernant l'analyse bivariée, l'indépendance entre deux variables qualitatives a été testée à l'aide d'un test du χ^2 ou à défaut d'un test exact de Fisher. La comparaison des moyennes a été réalisée par un test de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis. Les p-valeurs ont été considérées comme significatives au seuil de 5%. Les intervalles de confiance sont calculés à 95%.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel datadab et pvalue.io.

3 Résultats

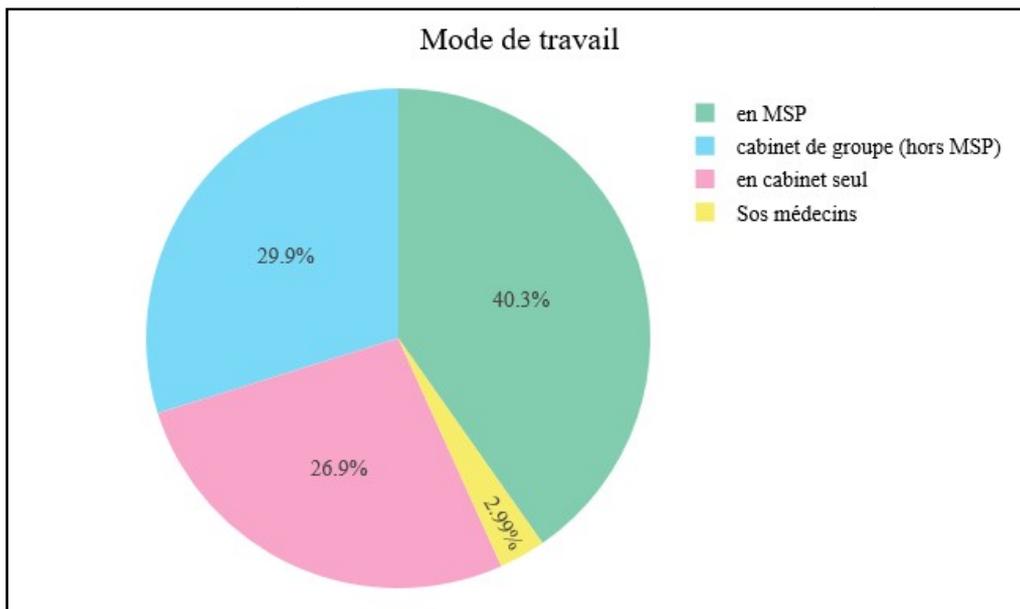
3.1 Description de la population

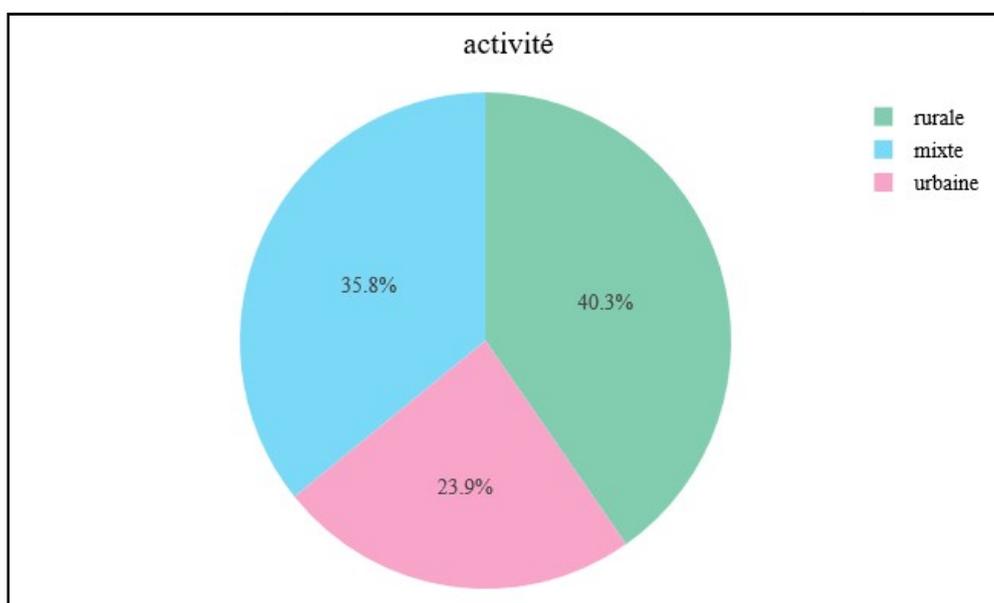
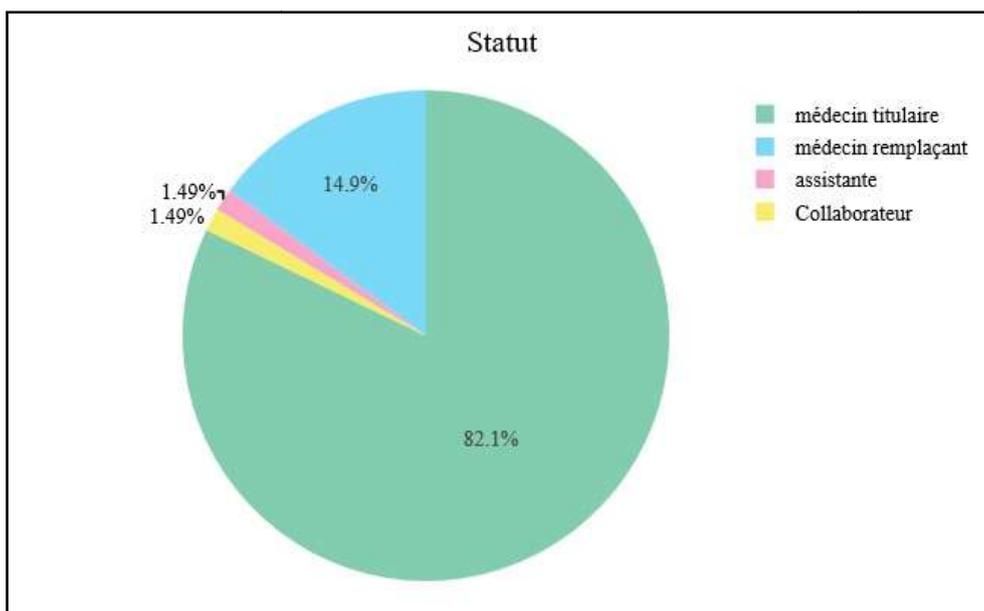
Le recueil de données a permis de réunir 69 réponses, avec un taux de réponses estimé à 17%. 2 questionnaires ont été exclus : il s'agissait d'un médecin travaillant à l'hôpital et d'un médecin urgentiste retraité.

Dans l'échantillon, 43% des médecins généralistes étaient des femmes (29). La moyenne d'âge était de 43,7 ans, la médiane de 39 ans, l'âge minimum de 28 ans et l'âge maximum de 72 ans.

La répartition des modes de travail, statuts et types d'activité est décrite dans les diagrammes circulaires suivants. 70,2% des médecins travaillaient en groupe que ce soit en maison de santé pluri-professionnelle ou non. La majorité des médecins étaient titulaires à 82,1%. L'activité rurale était la plus représentée.

Figure 13 : Répartition du mode de travail, du statut et du type d'activité





Il y avait plus de médecins titulaires hommes et plus de médecins remplaçants femmes.

Tableau 4 : Répartition du genre et statut de travail

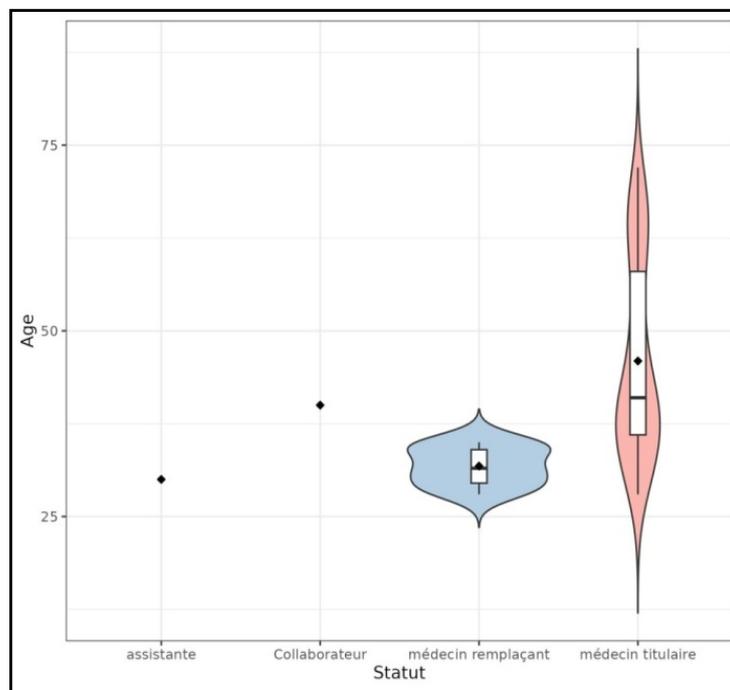
		GENRE		Total
		un homme	une femme	
Vous êtes :	médecin titulaire	35	20	55
	médecin remplaçant	3	7	10
	assistante	0	1	1
	Collaborateur	0	1	1
	Total	38	29	67

Une différence d'âge a été retrouvée en fonction du statut du médecin de manière significative ($p < 0,001$). Les médecins remplaçants ayant répondu au questionnaire étaient plus jeunes avec une moyenne et une médiane de 30 ans.

Tableau 5 : Age selon le statut

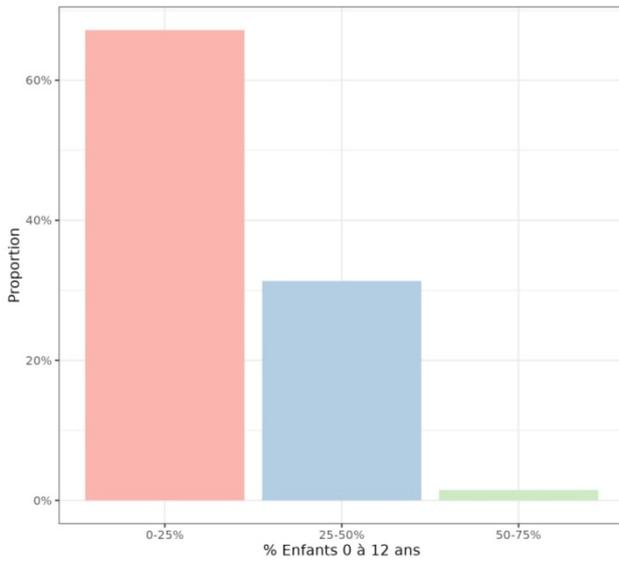
	Statut médecin titulaire (n = 55)	Statut médecin remplaçant (n = 10)	Statut assistante (n = 1)	Statut Collaborateur (n = 1)	n	p
Age, moyenne (écart-type)	45.9 (13.2)	31.8 (2.62)	30.0	40.0	67	<0.001

Figure 14 : Violin plot de l'âge selon le statut

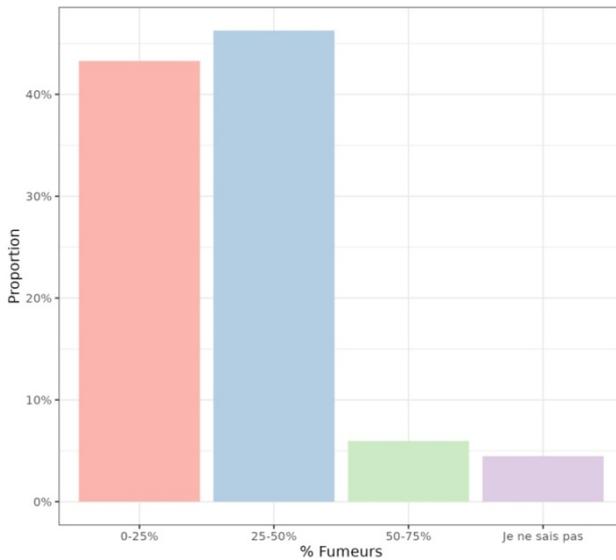


La répartition des proportions d'enfants de 0 à 12 ans, de patients fumeurs et de patients bénéficiant de la CMU dans la patientèle est présentée ci-après. 67% des médecins avaient moins d'un quart d'enfant de 0 à 12 ans, 46% estimaient leur patientèle fumeuse entre 25 et 50%, 63% avaient moins d'un quart de patients bénéficiant de la CMU.

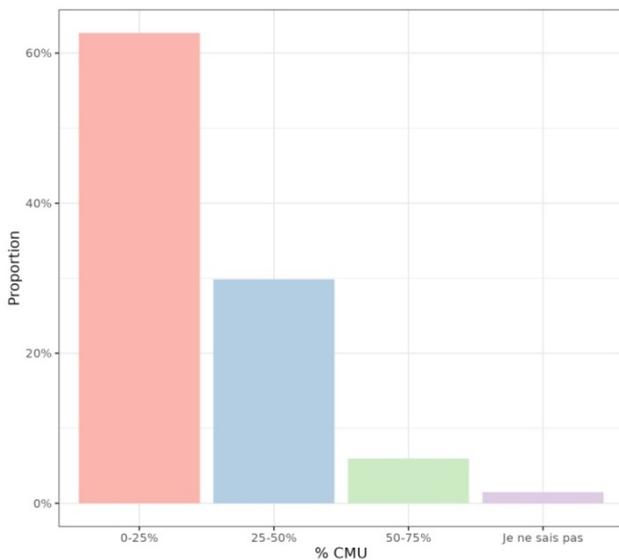
Figure 15 et Tableau 6 : Répartition des proportions d'enfants de 0 à 12 ans, proportions de fumeurs, proportions de CMU dans la patientèle



% Enfants 0 à 12 ans	0-25%	45 (67%)
	25-50%	21 (31%)
	50-75%	1 (1.5%)



% Fumeurs	0-25%	29 (43%)
	25-50%	31 (46%)
	50-75%	4 (6%)
	Je ne sais pas	3 (4.5%)



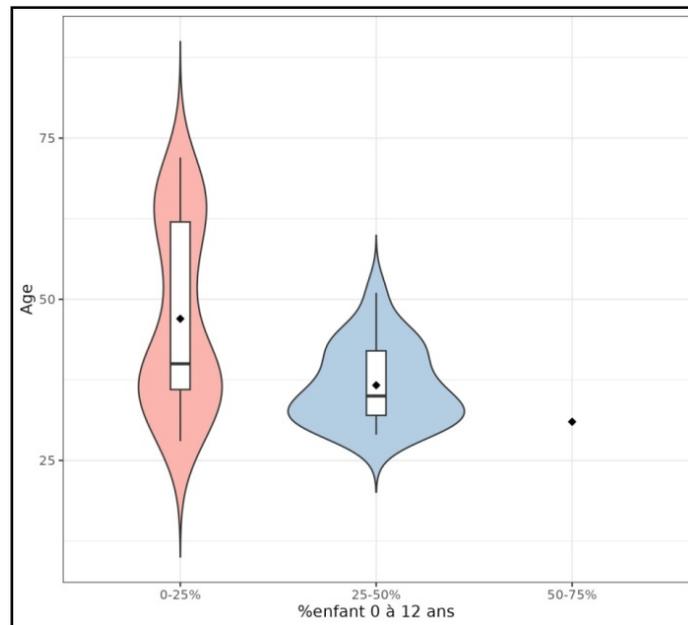
% CMU	0-25%	42 (63%)
	25-50%	20 (30%)
	50-75%	4 (6%)
	Je ne sais pas	1 (1.5%)

Une différence d'âge a été retrouvée en fonction du pourcentage de population pédiatrique de manière significative. Les médecins ayant plus de 25% de patientèle pédiatrique étaient plus jeunes.

Tableau 7 : Age selon patientèle pédiatrique

	% enfants 0 à 12 ans 0-25% (n = 45)	% enfants 0 à 12 ans 25-50% (n = 21)	%enfant 0 à 12 ans 50-75% (n = 1)	n	p
Age, moyenne (écart-type)	47.0 (14.3)	36.7 (6.08)	31.0 (-)	67	0.018

Figure 16 : Violin plot de l'âge selon patientèle pédiatrique



La répartition de la proportion de fumeurs était significativement différente suivant la proportion de patients bénéficiaires de la CMU ($p < 0.01$).

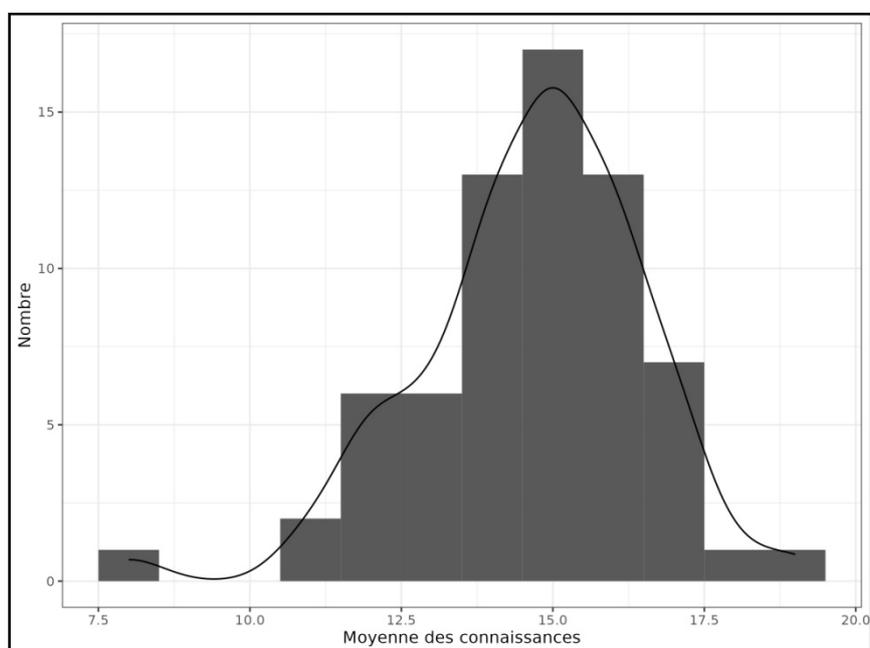
Tableau 8 : Répartition de la proportion de fumeurs et de la proportion de CMU

		% CMU 0-25% (n = 42)	% CMU 25-50% (n = 20)	% CMU 50-75% (n = 4)	% CMU Je ne sais pas (n = 1)	n	p	test
% fumeurs	0-25%	24 (57%)	4 (20%)	0 (0%)	1 (100%)	29	<0.01	Fisher
	25-50%	15 (36%)	13 (65%)	3 (75%)	0 (0%)	31		
	50-75%	3 (7.1%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	4		
	Je ne sais pas	0 (0%)	2 (10%)	1 (25%)	0 (0%)	3		

3.2 Connaissances

La moyenne générale des connaissances a été évaluée à 14,64/20, la médiane était de 15, la note minimale de 8 et la note maximale de 18. Le niveau général était jugé bon.

Figure 17 : Distribution de la moyenne des connaissances



Le niveau était jugé insuffisant sur une seule question où 86,6% de l'effectif ne connaissait pas au moins 3 courants de fumée différents.

Le niveau était jugé moyen sur trois questions :

- l'interdiction de fumer dans la voiture en présence d'un mineur (38,8% le savaient);
- présence d'un item sur le tabagisme passif dans le carnet de santé (40,3% le savaient);
- la proportion de 15% de tabagisme au domicile chez des fumeurs vivants dans un foyer avec un enfant de moins de 4 ans (44,8% le savaient).

Le niveau était jugé bon sur trois questions :

- pas de seuil de pathogénicité de la fumée inhalée (61,2% de bonnes réponses) ;
- risque d'hyperactivité lié au tabagisme passif (68,7% de bonnes réponses) ;
- la proportion de fumeurs en France âgée entre 18 et 75 ans de 30% (55,2% de bonnes réponses).

Sur les treize items restants, le niveau était jugé très bon avec plus de 75% de bonnes réponses pour chaque question.

Concernant la question sur la composition de la fumée de tabac, les réponses récurrentes étaient la nicotine, le goudron, le monoxyde de carbone, mais aussi les métaux lourds, le formaldéhyde. 86% des médecins interrogés avaient donné au moins 2 bonnes réponses. Le mois de Novembre a été retrouvé comme le mois sans tabac à 82%. La ligne téléphonique était connue par 86% des médecins interrogés.

Le risque d'aggravation d'asthme lié au tabagisme passif était reconnu par 100% de l'effectif, 98% concernant le risque d'aggravation d'infections respiratoires basses, 80% sur le risque d'aggravation d'œsophagite et 92% sur le risque de mort subite du nourrisson.

Figure 18 : Responsabilité du tabagisme passif selon les médecins interrogés

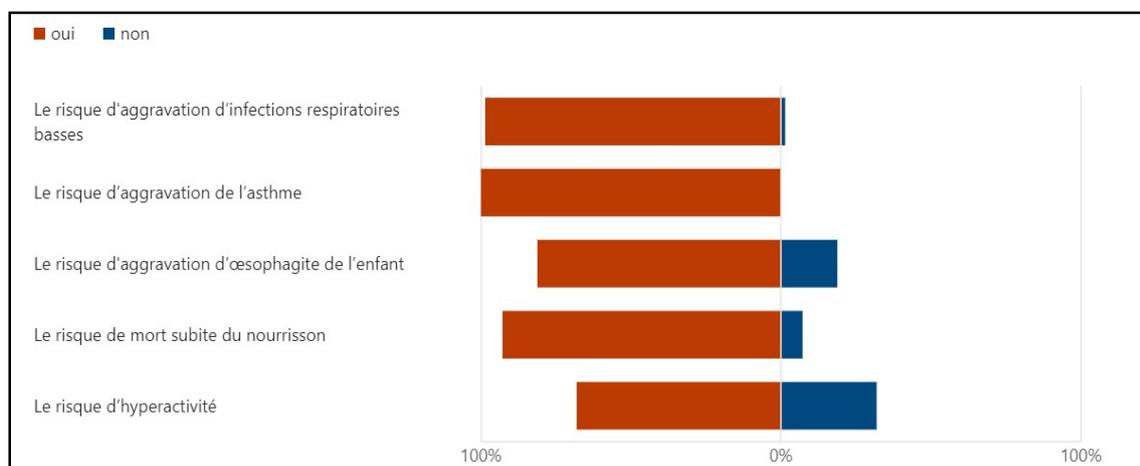


Tableau 9 : Niveau jugé très bon

Fumer dehors peut diminuer le risque d'aggravation de maladies pédiatriques	Fréquence	%
vrai	53	79,1%
faux	14	20,9%
Se laver les cheveux ou la barbe après avoir fumé diminue le risque d'aggravation de maladies pédiatriques		
vrai	54	80,6%
faux	13	19,4%
Les particules déposées sur les murs, rideaux, coussins augmentent le risque d'aggravation de maladies pédiatriques		
vrai	63	94,03%
faux	4	5,97%
L'affinité du monoxyde de carbone (CO) est inférieure à celle de l'oxygène sur l'hémoglobine		
faux	57	85,07%
vrai	10	14,93%
La fumée exhalée par le fumeur ou la fumée provenant directement de la cigarette sont moins toxiques que la fumée inhalée par le fumeur		
faux	56	83,58%
vrai	11	16,42%
L'entretien motivationnel n'augmente pas la probabilité d'arrêt du tabagisme par rapport à un conseil bref d'arrêt		
faux	62	92,54%
vrai	5	7,46%

26,9% des médecins se sentaient suffisamment formés sur le tabagisme passif. Il n'y avait pas de différence significative de la moyenne des connaissances et de la médiane selon que les médecins se sentaient suffisamment formés ou non.

Figure 19 : Proportion des médecins qui se sentaient suffisamment formés sur le tabagisme passif

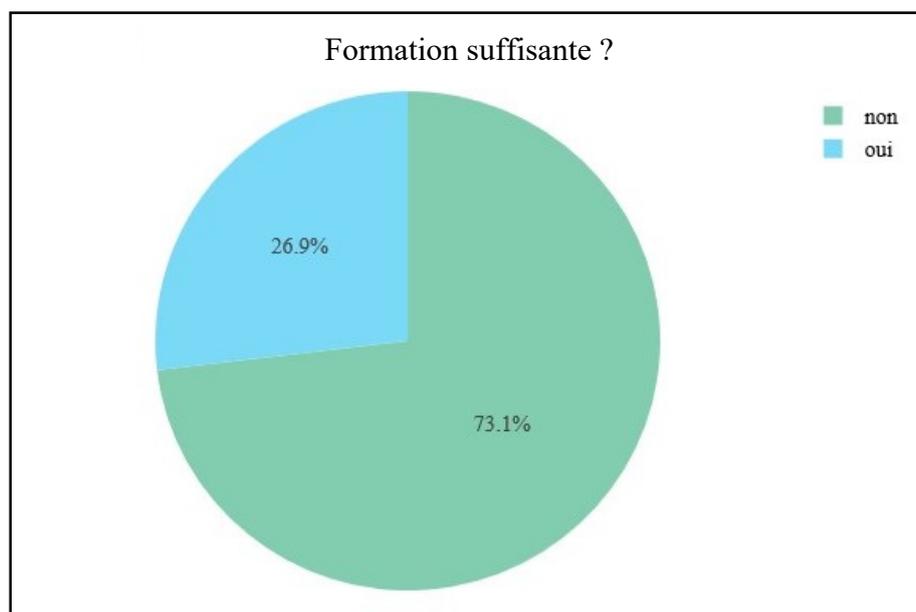


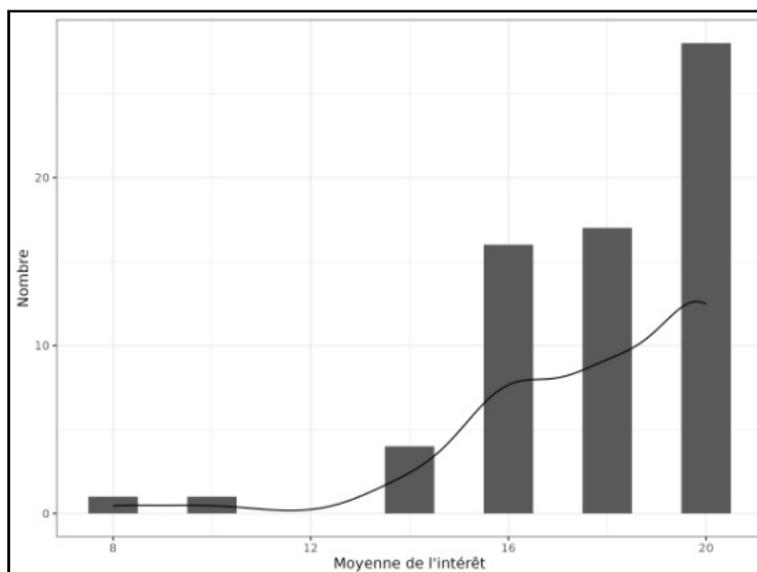
Tableau 10 : Moyenne et médiane des connaissances selon la formation des médecins

	Formation jugée insuffisante sur le tabagisme passif (n = 49)	Formation jugée suffisante sur le tabagisme passif (n = 18)	n	p
Moyenne des connaissances (écart-type)	14.5 (2.02)	14.9 (1.35)	67	0.53
Médiane des connaissances [Q25-75]	15.0 [13.0; 16.0]	15.0 [14.0; 15.8]	67	0.53

3.3 Attitudes

Une note a été calculée pour évaluer l'intérêt des médecins généralistes de l'Aisne sur le sujet, et retrouvait une moyenne de 17,85/20, la médiane était de 18/20, la note minimale de 8/20 et la note maximale de 20/20.

Figure 20 : Distribution de la Moyenne de l'intérêt



La majorité des questions avait une réponse en faveur d'un intérêt sur le sujet, à plus de 85%.

100% des médecins généralistes de l'Aisne étaient convaincus de la responsabilité du tabac dans l'aggravation de certaines pathologies dans leur patientèle pédiatrique.

91% des médecins interrogés concernés par le tabagisme actif se sentaient aussi concernés par le tabagisme passif.

Tableau 11 : Répartition des médecins intéressés par le tabagisme actif et le tabagisme passif

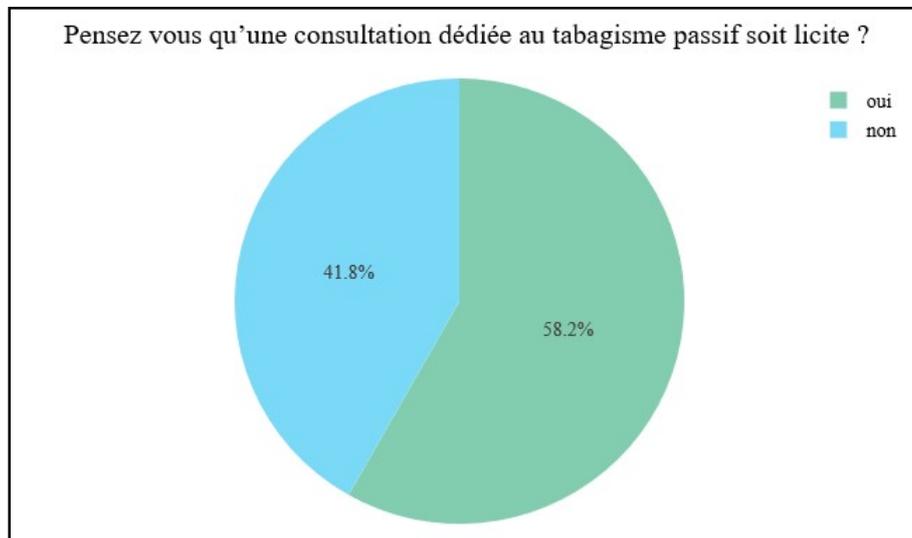
	Intérêt pour le tabagisme actif	Peu d'intérêt pour le tabagisme actif	n
Intérêt pour le tabagisme passif	58	1	59
Peu d'intérêt pour le tabagisme passif	6	2	8
	64	3	67

97% des médecins généralistes de l'Aisne étaient en accord avec le fait de rechercher une notion de tabagisme passif lors des consultations obligatoires et 91% des médecins généralistes lors d'une consultation pour un enfant souffrant. 92% étaient en accord avec cette recherche dans les 2 cas.

89% pensaient qu'il était licite de rechercher un tabagisme passif extra parental.

La question concernant le fait de développer une consultation dédiée au tabagisme passif était en retrait avec 41,8% des médecins généralistes en défaveur.

Figure 21 : Intérêt d'une consultation dédiée au tabagisme passif



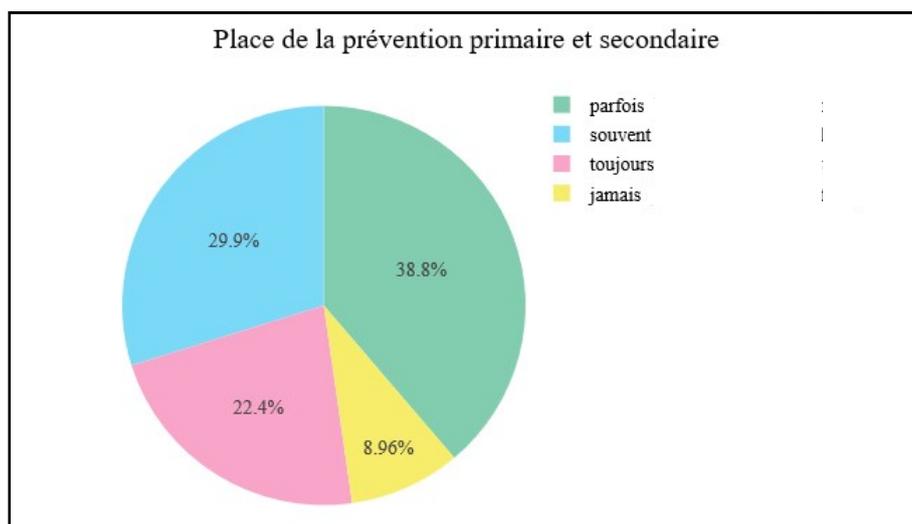
Concernant la collaboration avec d'autres professionnels de santé, les médecins généralistes étaient en faveur à plus de 89% avec notamment des IDE, IDE ASALEE, sages-femmes, pharmaciens, pédiatres, addictologues, psychologues ainsi qu'une participation des PMI et des écoles.

85% des médecins étaient convaincus que les notions de dépistage et de prévention du tabagisme passif étaient l'unes des priorités dans la santé des enfants. Pour les autres, ils mettaient tout d'abord en avant (hors vaccination et développement neuro moteur) le contrôle de l'obésité, l'alimentation en général, l'hygiène, le bien être global, la limitation du temps d'écran.

3.4 Pratiques

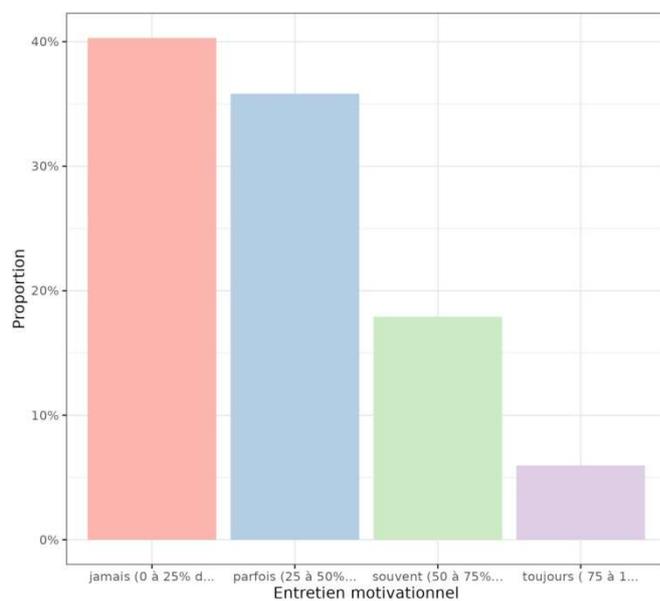
Concernant l'évaluation des pratiques, de manière générale, 91% des médecins déclaraient faire de la prévention primaire ou secondaire dans au moins 25% de leurs consultations.

Figure 22 : Répartition de la pratique de la prévention primaire et secondaire



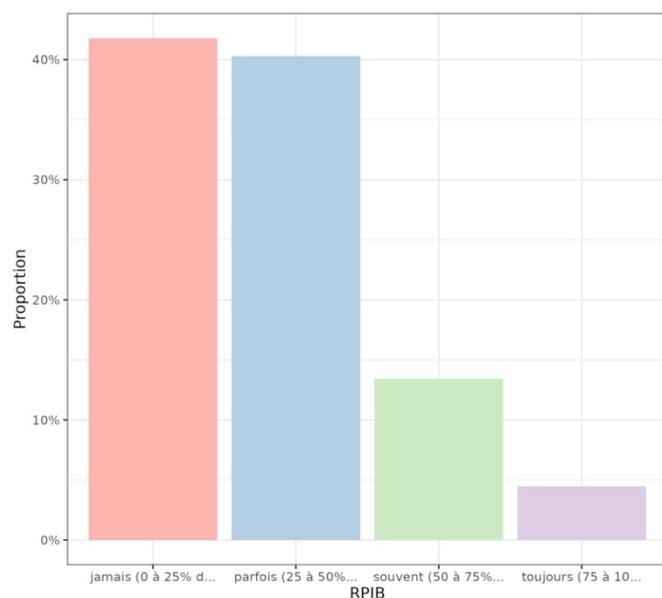
Des outils comme le RPIB et l'entretien motivationnel étaient peu utilisés. 36 % utilisaient parfois l'entretien motivationnel lors de leurs consultations, 40% utilisaient parfois le RPIB.

Figure 23 et tableau 12 : Répartition de la pratique de l'entretien motivationnel



Entretien motivationnel	jamais	27 (40%)
	parfois	24 (36%)
	souvent	12 (18%)
	toujours	4 (6%)

Figure 24 et tableau 13 : Répartition de la pratique du RPIB



RPIB	jamais	28 (42%)
	parfois	27 (40%)
	souvent	9 (13%)
	toujours	3 (4.5%)

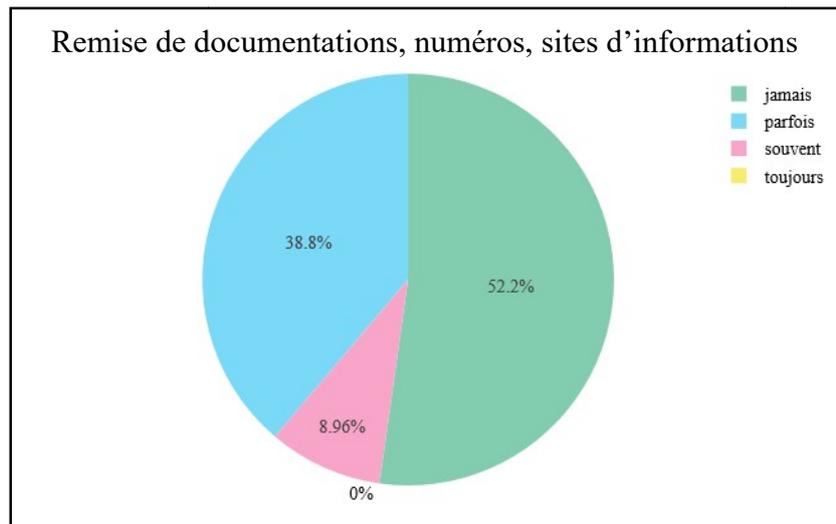
Il y avait une différence significative entre les différents groupes concernant la pratique de l'entretien motivationnel et le RPIB. 63% des médecins ne les utilisaient jamais, 54% parfois.

Tableau 14 : Tableau concernant la pratique de l'entretien motivationnel (EM) et le RPIB

	EM jamais (n = 27)	EM parfois (n = 24)	EM souvent (n = 12)	EM toujours (n = 4)	n	p	test
RPIB jamais	17 (63%)	9 (38%)	1 (8.3%)	1 (25%)	28	<0.001	Fisher
RPIB parfois	8 (30%)	13 (54%)	6 (50%)	0 (0%)	27	-	-
RPIB souvent	2 (7.4%)	0 (0%)	5 (42%)	2 (50%)	9	-	-
RPIB toujours	0 (0%)	2 (8.3%)	0 (0%)	1 (25%)	3	-	-
	27	24	12	4	67		

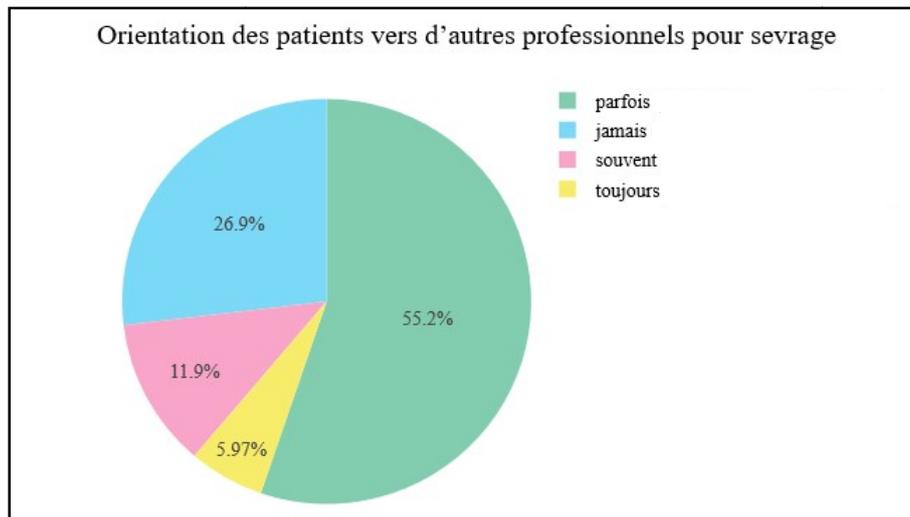
Plus de 50% des médecins interrogés ne remettaient jamais de documentations ou ne recommandaient pas de sites d'informations ou numéros de téléphone. Concernant la présence d'affiches ou de flyers sur le tabagisme passif, 73% n'en avaient pas.

Figure 25 : Répartition de la remise de documentations, numéros, sites d'informations



Un peu plus de 25% des médecins interrogés n'orientaient pas leurs patients vers d'autres professionnels de santé pour aide au sevrage.

Figure 26 : Répartition concernant l'orientation vers d'autres professionnels de santé pour aide au sevrage



65% des médecins interrogés demandaient aux parents s'ils comprenaient le rôle du tabagisme passif dans la santé de leur enfant. Concernant les motivations utilisées par les médecins pour sensibiliser un parent fumeur à l'arrêt du tabac, la santé de leur enfant était en première position à 52,2%, puis la santé propre du patient en seconde position à 33,3% et enfin l'aspect financier à 7,46%, le reste des répondants incluait les 3 motivations.

62% des médecins interrogés recherchaient d'autres facteurs de risque d'aggravation de maladies pédiatriques. Parmi les autres facteurs de risque recherchés, les médecins généralistes avaient évoqué la salubrité du domicile, l'hygiène, l'environnement social,

familial, les carences, l'automédication, les écrans, la malnutrition, les expositions aux allergènes, les animaux, la surchauffe ou sous température dans les logements, les peluches, les antécédents familiaux, le sport, le niveau socio économique.

On notait également que 29,8% des médecins avaient déjà expérimenté la recherche de tabagisme passif lors d'une consultation pour un enfant souffrant, 26,8% lors des consultations obligatoires.

19,4% avaient déjà demandé une notion de tabagisme extra parental.

10,4% avaient déjà expérimenté de recevoir un parent fumeur adressé par un pédiatre pour aide au sevrage.

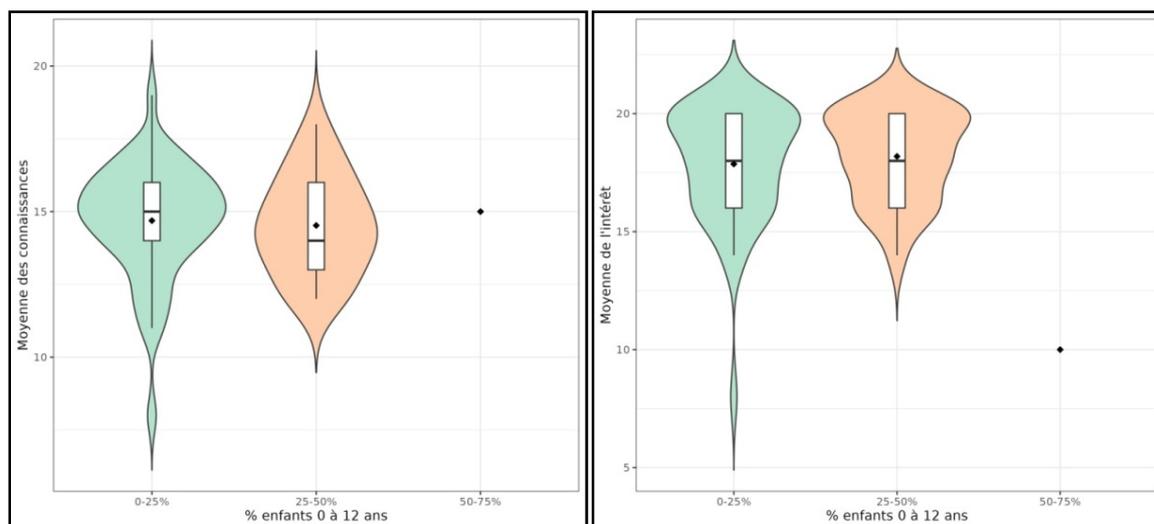
3.5 Analyse bivariée selon les caractéristiques de la situation générale

Pour chaque caractéristique de la situation générale, les moyennes établies ont été étudiées pour voir s'il y avait une différence significative entre les différents groupes. Le rang moyen de la moyenne des connaissances n'était pas significativement différent suivant le pourcentage de patientèle pédiatrique, de même pour la moyenne de l'intérêt (respectivement $p = 0.76$ et $p=0,21$).

Tableau 15 : Moyenne, Médiane, des connaissances et de l'intérêt selon la proportion d'enfants de 0 à 12 ans dans la patientèle

	%enfant 0 à 12 ans 0-25% (n = 45)	%enfant 0 à 12 ans 25-50% (n = 21)	%enfant 0 à 12 ans 50-75% (n = 1)	p	test
Moyenne des connaissances (écart-type)	14.7 (1.96)	14.5 (1.72)	15.0 (-)	0.76	Kruskal-Wallis
Médiane des connaissances [Q25-75]	15.0 [14.0; 16.0]	14.0 [13.0; 16.0]	15.0 [15.0; 15.0]	0,76	
Moyenne de l'intérêt, (écart-type)	17.9 (2.46)	18.2 (1.89)	10.0 (-)	0.21	Kruskal-Wallis
Médiane de l'intérêt, [Q25-75]	18.0 [16.0; 20.0]	18.0 [16.0; 20.0]	10.0 [10.0; 10.0]	0,21	

Figure 27 : Violin plot de la proportion de patientèle pédiatrique selon la moyenne des connaissances et la moyenne d'intérêt



Pour les items de la pratique, un test du Chi2 ou de Fisher exact on été réalisés selon la proportion de patientèle pédiatrique. Il n'était pas retrouvé de différence significative des pratiques entre les différentes proportions de patientèle pédiatrique.

Tableau 16 : Proportion de patientèle pédiatrique selon la pratique

		% enfants 0 à 12 ans 0-25% (n = 45)	% enfants 0 à 12 ans 25-50% (n = 21)	% enfants 0 à 12 ans 50-75% (n = 1)	n	p	test
Affiches et flyers	non	34 (76%)	15 (71%)	0 (0%)	49	0.31	Fisher
	oui	11 (24%)	6 (29%)	1 (100%)	18		
Recherche d'autres facteurs de risque	oui	27 (60%)	14 (67%)	1 (100%)	42	0.87	Fisher
	non	18 (40%)	7 (33%)	0 (0%)	25		
Rôle du tabagisme passif demandé aux parents	oui	33 (73%)	10 (48%)	1 (100%)	44	0.071	Fisher
	non	12 (27%)	11 (52%)	0 (0%)	23		
Orientation vers d'autres professionnels	jamais	11 (24%)	7 (33%)	0 (0%)	18	0.91	Fisher
	parfois	26 (58%)	10 (48%)	1 (100%)	37		
	souvent	5 (11%)	3 (14%)	0 (0%)	8		
	toujours	3 (6.7%)	1 (4.8%)	0 (0%)	4		

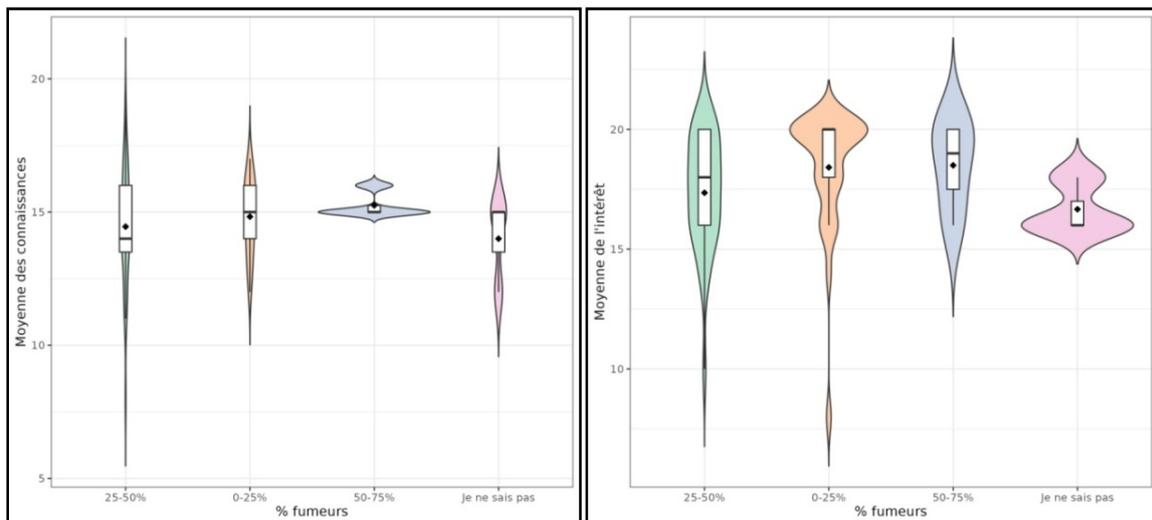
Pratique Prévention primaire et secondaire	jamais	3 (6.7%)	3 (14%)	0 (0%)	6	0.81 Fisher
	parfois	17 (38%)	8 (38%)	1 (100%)	26	
	souvent	15 (33%)	5 (24%)	0 (0%)	20	
	toujours	10 (22%)	5 (24%)	0 (0%)	15	
Remise de documentation, numéro	jamais	23 (51%)	11 (52%)	1 (100%)	35	0.63 Fisher
	parfois	19 (42%)	7 (33%)	0 (0%)	26	
	souvent	3 (6.7%)	3 (14%)	0 (0%)	6	
RPIB	jamais	18 (40%)	9 (43%)	1 (100%)	28	0.74 Fisher
	parfois	19 (42%)	8 (38%)	0 (0%)	27	
	souvent	5 (11%)	4 (19%)	0 (0%)	9	
	toujours	3 (6.7%)	0 (0%)	0 (0%)	3	
Entretien motivationnel	jamais	17 (38%)	9 (43%)	1 (100%)	27	0.7 Fisher
	parfois	16 (36%)	8 (38%)	0 (0%)	24	
	souvent	10 (22%)	2 (9.5%)	0 (0%)	12	
	toujours	2 (4.4%)	2 (9.5%)	0 (0%)	4	

Le rang moyen de la moyenne des connaissances n'était pas significativement différent suivant le pourcentage de patients fumeurs, de même pour la moyenne de l'intérêt (respectivement $p = 0.71$ et $p=0,07$).

Tableau 17 : Moyenne, Médiane, des connaissances et de l'intérêt selon la proportion de fumeurs dans la patientèle

	% fumeurs 25-50% (n = 31)	% fumeurs 0-25% (n = 29)	% fumeurs 50-75% (n = 4)	% fumeurs Je ne sais pas (n = 3)	p	test
Moyenne des connaissances (écart-type)	14.5 (2.31)	14.8 (1.44)	15.2 (0.500)	14.0 (1.73)	0.71	Kruskal-Wallis
Médiane des connaissances [Q25-75]	14.0 [13.5; 16.0]	15.0 [14.0; 16.0]	15.0 [15.0; 15.2]	14,0 [13,5; 15]		
Moyenne de l'intérêt, (écart-type)	17.4 (2.39)	18.4 (2.64)	18.5 (1.91)	16.7 (1.15)	0.071	Kruskal-Wallis
Médiane de l'intérêt [Q25-75]	18.0 [16.0; 20.0]	20.0 [18.0; 20.0]	19.0 [17.5; 20.0]	16.0 [16; 17]		

Figure 28 : Violin plot de la proportion de patientèle fumeuse selon la moyenne des connaissances et la moyenne d'intérêt



Pour les items de la pratique, un test du Chi2 ou de Fisher exact a été réalisé selon la proportion de fumeurs. Les résultats ne montraient pas de différence significative entre les différents groupes sauf pour le fait de demander le rôle du tabagisme passif pour l'enfant chez les parents fumeurs. En effet, les médecins avec 50 à 75% de patients fumeurs demandaient davantage la responsabilité du tabac aux parents ($p=0,042$).

Tableau 18 : Proportion de patients fumeurs et demande du rôle du tabagisme passif pour leur enfant

		% fumeurs 25-50% (n = 31)	% fumeurs 0-25% (n = 29)	% fumeurs 50-75% (n = 4)	% fumeurs Je ne sais pas (n = 3)	n	p	test
Role du tabagisme passif demandé	oui	19 (61%)	21 (72%)	4 (100%)	0 (0%)	44	0.042	Fisher
	non	12 (39%)	8 (28%)	0 (0%)	3 (100%)	23	-	-

Le rang moyen de la moyenne des connaissances et de la moyenne de l'intérêt ne montrait pas de différence significative suivant le genre, le mode de travail, le statut et le type d'activité.

Pour les items de la pratique, un test du Chi2 ou de Fisher exact a été réalisé selon le genre, le mode de travail, le statut et le type d'activité. Les résultats ne montraient pas de différence significative entre les différents groupes selon le genre, le mode de travail, le statut et le type d'activité.

3.6 Question libre

Concernant la question libre ouverte aux remarques, nous avons retrouvé :

-«Un intérêt à développer ce sujet en consultation»

-«Une notion de manque de temps pour évoquer ces problématiques», «le facteur chronophage»

-«Le manque de prévention», «peu de communication par les pouvoirs publics sur le sujet», «notion peu connue du grand public», «nécessité de plus d'informations à grande échelle», «enjeu important de santé publique»

-«Un manque de formations et de connaissances sur le sujet»

-«L'importance de la nocivité pour un enfant est souvent sous-estimée par les parents», «difficulté de faire comprendre la responsabilité des parents»

-«L'incompréhension des parents sur la nocivité de la fumée de tabac»

- «Les facteurs de risque psychosociaux et la catégorie socioprofessionnelle de la famille interviennent dans ce facteur de risque»
- «Des difficultés d'interrogatoire des parents qui pensent que fumer à la fenêtre équivaut à fumer dehors»
- «À travailler tous les jours»
- «Montrer application sur le smartphone»
- «Prévention difficile en pratique quand les parents fumeurs sont en période d'attachement à leur addiction», «adhésion des parents pour le sevrage difficile»
- «Difficulté de prévenir le tabagisme extra familial, notamment mode de garde etc», «difficile, peu d'accessibilité»
- «Manque d'affiches en salle d'attente», «manque de supports d'informations».

4 Discussion

4.1 Principaux résultats

L'objectif du questionnaire a été de réaliser une enquête non moralisatrice et non culpabilisante avec le souhait de donner envie aux médecins généralistes de s'intéresser à ce sujet et de les sensibiliser sur la prise en charge du tabagisme passif.

L'objectif principal de l'étude était de déterminer ce que savaient, pensaient et pratiquaient les médecins généralistes de l'Aisne concernant le tabagisme passif de l'enfant.

Notre étude a montré de manière générale un bon niveau de connaissances, un intérêt prononcé pour notre sujet d'étude, des pratiques déjà expérimentées mais l'utilisation de certains outils semblait encore un peu timide.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Situation générale

En 2022, l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière dans l'Aisne était de l'ordre de 54 ans et les femmes représentaient 32% des médecins généralistes de l'Aisne. [65] Notre population de médecins était donc peu représentative avec une population beaucoup plus jeune et une proportion de femmes plus importante dans notre étude. On note ici un biais de sélection.

Nous avons une répartition plutôt homogène des modes de travail et des types d'activité. Nous n'avons pas retrouvé de données épidémiologiques précises concernant ces caractéristiques dans l'Aisne. Les médecins remplaçants étaient par contre un peu plus représentés dans notre étude que dans la densité médicale retrouvée dans l'Aisne. [66] Les médecins remplaçants étaient plus jeunes que les médecins titulaires, ce qui était aussi retrouvé dans le département de l'Aisne.

Concernant les proportions de patientèle pédiatrique et de patientèle bénéficiant de la CMU, très peu de médecins avaient répondu « je ne sais pas », c'était le cas également pour la proportion de patientèle fumeuse, qui était une donnée plus difficile à appréhender. Les enfants de 0 à 12 ans représentaient une part non négligeable de la patientèle des médecins, un tiers d'entre eux avaient 25 à 50% de jeunes enfants dans leur patientèle. Des catégories intermédiaires auraient pu permettre d'affiner ces caractéristiques qui finalement restent vagues divisées en quart. Sur les logiciels actuels, il est facile de retrouver cette proportion

exacte. Nous remarquons également que les médecins généralistes de l'Aisne avaient une proportion importante de fumeurs dans leurs patients, un peu moins de la moitié d'entre eux avait 25 à 50% de leur patientèle fumeuse. De la même manière des catégories intermédiaires auraient pu permettre de préciser les données. Finalement, avec la répartition de patientèle pédiatrique et de patientèle fumeuse, on constatait que notre sujet touchait potentiellement une part non négligeable des médecins interrogés.

De plus, nous observons que les médecins ayant une part plus importante de patientèle pédiatrique étaient plus jeunes.

Nous avons retrouvé une différence significative entre la répartition des patients fumeurs et des patients bénéficiant de la CMU, contrairement à ce que nous retrouvons dans littérature.

4.2.2 Connaissances

L'évaluation se voulait selon une formulation non vindicative, bienveillante et informative telle que «saviez-vous» ou «connaissez-vous». Le but n'a pas été de piéger les médecins généralistes sur leurs connaissances.

La moyenne générale des connaissances de 14,64 sur 20 a été jugée comme un «bon niveau». Il faut toutefois nuancer la moyenne générale car elle a été établie de manière arbitraire sur nos choix de questions et de notation, et non sur un score précis ou officiel.

Seule une question avait un niveau insuffisant, elle concernait l'existence des différents courants de fumée. Cette question n'était pas évidente, d'autant plus que selon les pays, le classement des différents courants de fumée diffère. Grâce à notre bibliographie, nous avons identifié 6 courants.

Moins de 40% des médecins interrogés connaissaient l'interdiction du fumer dans la voiture avec un enfant même la fenêtre ouverte et seulement 40% avaient notion d'un item concernant le tabagisme passif dans le carnet de santé, qui reste un outil du quotidien. L'item sur le tabagisme expositionnel est présent dans les carnets de santé depuis les années 2000. Les questions d'épidémiologie étaient plus difficiles à appréhender. La campagne du mois sans tabac en Novembre et la ligne téléphonique étaient bien connues.

Treize questions sur vingt avaient un niveau jugé «très bon». Les médecins généralistes de l'Aisne avaient de bonnes connaissances sur la pathogénicité de la fumée inhalée. Néanmoins, seulement 26% se sentaient suffisamment formés, ce qui contrastait avec

leur niveau global de connaissances et il n'y avait pas de différence significative des moyennes de connaissances entre les groupes se sentant suffisamment formés ou non. Peut-être la question sur la formation était-elle ambiguë, les médecins se sentaient assez formés sur la responsabilité du tabagisme passif chez les enfants mais pas dans la manière de l'aborder en consultation d'un point de vue de santé publique.

De même, aucune différence significative de la moyenne des connaissances n'a été mise en évidence entre les différents groupes déterminés par les caractéristiques de la situation générale.

4.2.3 Attitudes

Le ressenti a été recherché avec des formulations telles que «vous sentez-vous concerné», «pensez-vous que».

La moyenne générale d'intérêt était de 17,85/20. Il faut toutefois nuancer la moyenne de l'intérêt car elle a été établie de manière arbitraire sur nos choix de questions et de notation et non sur un score précis ou officiel.

La notion de tabagisme incluant les fumeurs actifs et passifs paraissait importante pour les médecins généralistes de l'Aisne. Néanmoins une consultation dédiée au tabagisme passif seul ne faisait pas l'unanimité. Il aurait été intéressant de savoir combien de médecins étaient en faveur d'une consultation dédiée au tabagisme actif. Peut-être qu'une consultation globale incluant le «Tabagisme» en général, en expliquant les risques pour le fumeur et autrui semble plus licite. Dans ce sens, une valorisation de ce type de consultation d'information serait-elle opportune?

La recherche d'une notion de tabagisme passif lors des consultations obligatoires ou lors de la consultation d'un enfant souffrant paraissait appropriée pour une large majorité des interrogés, tout comme la collaboration interprofessionnelle incluant même les écoles dans la boucle d'informations.

Les médecins portaient également une attention particulière au contrôle de l'alimentation, l'hygiène, les écrans qui doivent aussi faire partie de l'interrogatoire récurrent des consultations de suivi.

Aucune différence significative de moyenne de l'intérêt n'a été mise en évidence entre les différents groupes déterminés par les caractéristiques de la situation générale.

Les attitudes restent des données difficilement quantifiables et suggestives. Des questions plus précises et plus nuancées auraient permis d'affiner davantage l'intérêt, de même que des questions ouvertes à réponses libres ou des interrogatoires semi dirigés auraient pu être plus appropriés. Le but ici était surtout de savoir de manière globale si les médecins généralistes de l'Aisne étaient touchés et attachés à ce sujet, ce qui est le cas.

4.2.4 Pratiques

Il était difficile d'établir une note générale concernant les pratiques du fait du classement des réponses en deux (oui/non) ou quatre catégories (jamais, parfois, souvent, toujours).

La place de la prévention primaire et secondaire était assez hétérogène, mais intéressait largement les consultations des interrogés. Les pratiques du RPIB et de l'entretien motivationnel avaient une place peu présente concernant le tabagisme passif de l'enfant. On remarquait presque la même répartition concernant la pratique du RPIB et de l'entretien motivationnel avec des graphiques quasiment superposables. Néanmoins dans le tableau de contingence concernant ces deux variables, les médecins qui pratiquaient le RPIB ne sont pas tout à fait les mêmes que ceux qui pratiquaient l'entretien motivationnel.

En outre les définitions du RPIB et de l'entretien motivationnel n'étaient pas rappelées dans le questionnaire, des médecins pouvaient le pratiquer sans en savoir la dénomination exacte.

Le RPIB a toute sa place dans cette démarche de protection de la population pédiatrique. Il peut contribuer à une intervention précoce auprès des familles qui se situe entre la prévention primaire et le soin. [67]

Plus de 50% des médecins interrogés ne remettaient pas de documentations ou ne recommandaient pas de sites d'informations ou de numéros de téléphone, ce qui rejoignait le fait que près des trois quart des médecins interrogés n'avaient pas d'affiches ou de flyers dans leur cabinet. Pourtant 86% des médecins interrogés connaissaient la ligne téléphonique 39 89. D'autres questions auraient pu être posées pour savoir s'ils savaient où ils pouvaient se fournir en documentations, s'ils connaissaient le site tabac info service et l'application qui en découle. Il aurait aussi été intéressant de s'attarder sur l'efficacité que les médecins reconnaissaient à ces outils.

Un peu plus de 25% des médecins interrogés n'orientaient pas leurs patients vers d'autres professionnels de santé pour une aide au sevrage. On ne savait pas si dans ce cas, c'est le médecin généraliste lui-même qui réalisait l'aide au sevrage. On ne demandait pas non plus vers quels professionnels de santé les patients étaient orientés.

65% des médecins interrogés demandaient aux parents s'ils comprenaient le rôle du tabagisme passif dans la santé de leur enfant, c'était une proportion importante malgré le fait que dans les remarques libres à la fin du questionnaire, cette notion paraissait difficile à appréhender pour les médecins.

Pour ce qui était des motivations invoquées par les médecins généralistes de l'Aisne pour sensibiliser un adulte à l'arrêt du tabac, la santé de leur enfant arrivait en première position avec 52,2% des suffrages. Ce résultat confirmait bien l'intérêt porté à notre sujet, d'autant plus qu'il était sous-estimé puisque 7,46% des médecins invoquaient les 3 raisons proposées dans le questionnaire.

Il n'y avait pas que le tabagisme passif comme facteur d'aggravation de maladies pédiatriques, 62% des médecins recherchaient d'autres facteurs qui rejoignent les priorités citées précédemment comme l'alimentation, l'hygiène, les écrans.

On observait en outre que la recherche de tabagisme passif lors d'une consultation pour un enfant souffrant ou non a été expérimentée par un peu moins de 30% de médecins interrogés, ce qui était relativement faible. C'était aussi le cas de la recherche du tabagisme extra parental qui était très peu demandée en consultation, avec seulement 19,4% des médecins qui l'avaient déjà expérimentée. Cela est compréhensible, d'autant plus qu'il est difficile comme expliqué par l'un des médecins dans la réponse libre, de pouvoir modifier des habitudes qui dépendent du mode de garde de l'enfant.

Enfin, seulement 10% des médecins interrogés avaient déjà reçu un parent fumeur adressé par un pédiatre pour une aide au sevrage. Ce faible taux peut s'expliquer par le fait que le parent fumeur ne suit pas les recommandations du pédiatre ou que le pédiatre n'oriente pas le parent fumeur ou oriente directement vers un CSAPA ou un autre professionnel de santé que le médecin généraliste. On pourrait retourner la question aux pédiatres, et leur demander s'ils adressent régulièrement des parents fumeurs chez le médecin de famille pour aide au sevrage dans le but d'améliorer la santé d'un enfant.

4.2.5 Analyse bivariée

Dans l'ensemble, il n'y avait pas de différence significative des pratiques, et des moyennes des connaissances et d'intérêt selon les différents groupes établis dans la situation générale.

4.2.6 Question libre

La question libre a permis de confirmer l'intérêt porté à notre sujet d'étude. Les remarques relevaient qu'il y avait peu d'informations communiquées au grand public concernant le risque nocif de la fumée de tabac. La nocivité de la fumée de tabac était souvent sous estimée par les consommateurs. Cette croyance de l'innocuité de la fumée est en partie alimentée par l'industrie du tabac qui dissimule les dangers de leur production. Des campagnes de prévention et d'informations seraient à développer pour renseigner la population.

Certains médecins soulignaient le facteur chronophage de ce genre de prévention en consultation et d'autres étaient intéressés pour développer davantage le sujet auprès des familles.

Le manque de formations et le manque de connaissances étaient à nouveau ressentis malgré les bonnes connaissances des médecins interrogés. Pourtant de nombreuses données sont facilement accessibles. En outre, les connaissances pour sensibiliser les familles à la dangerosité de l'exposition à la fumée de tabac ne sont pas nécessairement pointues.

L'abord en consultation paraissait difficile pour les médecins et faire comprendre aux parents la responsabilité dans la santé de leur enfant leur semblait complexe.

4.3 Discussion de la méthode

4.3.1 Limites

Le questionnaire CAP, par ses trois majeures parties, constituait un questionnaire long si bien qu'il pouvait décourager les interrogés. Les données recueillies étaient complexes, il était parfois difficile de les nuancer et pour autant ajouter des questions n'aurait fait qu'alourdir le questionnaire. Une démarche qualitative notamment sur les attitudes semblait plus appropriée. [68] De plus, seules des associations, et non des relations de causalité, pouvaient être établies dans ce type d'étude. Par exemple, le fait d'avoir une grande proportion d'enfants dans sa patientèle n'était pas la cause de tel ou tel comportement. La

connaissance n'est qu'un facteur parmi tant d'autres qui peut influencer sur le comportement et les pratiques.

En outre, les notions de «risque» ou «facteur de risque» ont une connotation plutôt subjective et pouvaient être interprétées de manière différente.

Concernant les connaissances, des questions apparaissaient comme suggestives, c'était un choix à la base de notre projet, de ne pas piéger le médecin interrogé.

Ainsi nous avons retrouvé à la fois un biais de sélection et un biais de mesure avec des questions, des échelles de réponses imprécises ou inadaptées. Une des limites était également le nombre de participants peu élevé.

Dans notre étude, il était question essentiellement d'exposition à la fumée de tabac, la cigarette électronique ou autres substances comme le cannabis n'ont pas été abordées. De plus, la recherche du tabagisme passif seulement chez les jeunes enfants de 0 à 12 ans a été évoquée.

4.3.2 Forces

Une partie de notre bibliographie a été nourrie grâce à la bibliothèque MARMOTTAN de Paris qui dépend de l'hôpital du même nom, spécialisé dans les soins, l'accompagnement et la prévention en addictologie. Cela nous a permis d'avoir des sources plus anciennes, datant de la fin des années 90 et du début des années 2000, que nous avons volontairement gardé pour montrer que le tabagisme expositionnel de l'enfant n'était pas un problème nouveau et la reconnaissance de la nocivité de la fumée de tabac était déjà bien réelle contrairement à ce que pouvaient affirmer certaines industries du tabac.

Une enquête CAP est l'étude quantitative d'une population spécifique qui est globale, elle consiste à collecter des informations sur ce que les individus connaissent, comment ils se sentent et se comportent par rapport à un sujet spécifique. Ce type d'étude est souvent utilisé dans le cadre de promotion de santé, ce qui est le cas dans notre travail.

Notre questionnaire s'est voulu le plus exhaustif possible avec une expertise auprès d'autres professionnels de santé (pédiatres, addictologues...) et des tests de notre questionnaire ont été réalisés sur quelques médecins généralistes au préalable, ce qui nous a permis, avec leurs remarques d'améliorer notre étude.

Le but de notre questionnaire n'était pas d'arriver à la conclusion qu'il y a un manque de moyen, un manque de temps, un manque d'information, un manque de formation, mais bel et bien de se pencher sur l'intérêt que portaient les médecins généralistes à notre sujet et de concentrer notre attention sur ce qu'ils connaissaient et pratiquaient déjà.

Un seul mode de diffusion a été privilégié comme conseillé à la commission de thèse.

A notre connaissance, nous n'avons pas trouvé de thèse similaire portant sur la prise en charge du tabagisme passif chez l'enfant par les médecins généralistes.

4.4 Perspectives

Notre travail ouvre des champs d'études différents.

Dans notre étude, on ne demandait pas quels sont les principaux freins qu'identifiaient les médecins généralistes de l'Aisne dans leur pratique de dépistage et de prévention du tabagisme passif chez l'enfant, alors qu'ils semblaient plutôt bien informés et concernés à ce sujet. Rechercher les obstacles ressentis pourrait permettre de déjouer les freins de cette prévention.

Concernant la modification d'un comportement d'un patient, on peut aussi s'interroger sur le droit du médecin de changer les attitudes personnelles et les pratiques des parents pour promouvoir la santé de leurs enfants. C'est un exercice difficile d'aborder la responsabilité des parents sur la santé de leur enfant, d'autant plus qu'il peut aussi faire intervenir une notion d'inégalités sociales. C'est par la confiance et non l'autorité médicale [69] ou la peur ou encore la culpabilité que le parent fumeur doit être amené à modifier son comportement pour sa famille. Il en va de la responsabilité du médecin de tendre à modifier les habitudes du parent fumeur pour la santé d'un enfant, néanmoins c'est le parent qui choisira au final d'arrêter le tabac ou non ou de modifier sa routine tabagique.

A noter également que pour certains parents, fumer participerait à leur équilibre psychique qui lui-même participerait à l'équilibre de la famille. Or le tabac est une substance anxiogène, mais il est assimilé tout autrement par le fumeur. C'est même plutôt l'inverse, la cigarette va calmer une anxiété, une frustration, le cercle vicieux a malheureusement commencé. C'est aussi le rôle du médecin de famille de s'adapter à l'histoire de chaque famille pour en conserver l'équilibre.

Dans ce sens, pour obtenir une meilleure adhésion à notre discours de prévention, la politique de réduction des risques et des dommages peut sembler appropriée. La politique de réduction des risques et des dommages est décrite dans l'article L3411-8 du Code de la Santé Publique. [70] Elle est utilisée dans les conduites addictives et a pour objectif d'anticiper des dommages sanitaires, psychologiques et sociaux. Cette approche est progressive et graduelle et s'adapte aux attentes des patients sans avoir forcément un objectif strict de sevrage.

Par ailleurs, d'autres moyens sont également mis en œuvre pour améliorer la santé des enfants vis-à-vis des pathologies courantes notamment l'immunisation par le bœuf-lait, le lait adapté, épaissi ou anti régurgitations, les conseils de couchage, les conseils alimentaires, les conseils d'hygiène...

Dans notre propos, comme dit précédemment nous ne traitons que du tabagisme passif chez les enfants. L'exposition à la fumée de tabac est nocive pour tous les âges, tous les patients, atteints de maladies chroniques ou non. La recherche du tabagisme passif doit s'élargir à toute la population.

Qu'en est-il de la fumée de la vapoteuse ou de la cigarette électronique? Elle contient également du formaldéhyde, de l'acroléine, de l'acétaldéhyde et de la nicotine mais dans des concentrations beaucoup plus faibles. [71] On parle alors de vapotage passif. Le courant secondaire ou latéral est absent. La cigarette électronique s'inscrit dans la politique de réduction des risques et des dommages.

Enfin il serait intéressant de savoir quelles sont les connaissances des parents fumeurs, leurs idées reçues, leur habitudes relatives au tabagisme passif. Une thèse sur les connaissances des parents concernant le tabagisme passif en fonction des catégories socio-professionnelles a été réalisée en 2014. [72]

5 Conclusion

Les risques d'exposition à la fumée de tabac pour la santé des jeunes enfants sont évidents. Prévenir et dépister cette exposition est un enjeu important de santé publique pédiatrique. Le tabagisme passif a le «privilège» d'être un facteur de risque modifiable pour l'amélioration de la santé des enfants. Le risque peut être considéré comme «aléas anticipable». [7] Rechercher une exposition à la fumée de tabac chez l'enfant concourt à sa bonne santé au même titre que la surveillance de la bonne croissance staturo pondérale, la vaccination, les acquisitions psychomotrices, l'information aux parents sur les consignes d'urgence. Le rôle du médecin de famille est alors primordial dans le repérage et l'accompagnement des familles. Une prise en charge pluriprofessionnelle et un suivi personnalisé sont nécessaires à cette approche. Les médecins généralistes de l'Aisne ont de bonnes connaissances et portent un intérêt satisfaisant concernant ce sujet. Quant aux pratiques de dépistage, de prévention, de délivrance d'informations, elles sont à amplifier pour réduire le risque morbide, mortel du tabagisme passif chez l'enfant. Il existe beaucoup de sources d'informations différentes et facilement accessibles, et finalement nous savons déjà beaucoup d'éléments sur le sujet pour pouvoir les utiliser efficacement. Le but de chaque professionnel de santé confronté à cette situation, pourrait être de dénormaliser l'exposition à la fumée de tabac chez les enfants pour en faire une exception à bannir.

6 Tableaux

Tableau 1	Rapports des concentrations courant secondaire/courant primaire de substances de l'aérosol tabagique
Tableau 2	Risques relatifs et intervalle de confiance à 95% chez les personnes exposées au tabagisme passif comparées à des personnes non exposées
Tableau 3	Valeur de références de la cotinine dans les cheveux en fonction du statut du fumeur actif ou passif d'après Florescu et al
Tableau 4	Répartition du genre et statut de travail
Tableau 5	Age selon le statut
Tableau 6	Répartition des proportions d'enfants de 0 à 12 ans, proportions de fumeurs, proportions de CMU dans la patientèle
Tableau 7	Age selon patientèle pédiatrique
Tableau 8	Répartition de la proportion de fumeurs et de la proportion de CMU
Tableau 9	Niveau jugé très bon
Tableau 10	Moyenne et médiane des connaissances selon la formation des médecins
Tableau 11	Répartition des médecins intéressés par le tabagisme actif et le tabagisme passif
Tableau 12	Répartition de la pratique de l'entretien motivationnel
Tableau 13	Répartition de la pratique du RPIB
Tableau 14	Tableau concernant la pratique de l'entretien motivationnel (EM) et le RPIB
Tableau 15	Moyenne, Médiane, des connaissances et de l'intérêt selon la proportion d'enfants de 0 à 12 ans dans la patientèle
Tableau 16	Proportion de patientèle pédiatrique selon la pratique
Tableau 17	Moyenne, Médiane, des connaissances et de l'intérêt selon la proportion de fumeurs dans la patientèle
Tableau 18	Proportion de patients fumeurs et demande du rôle du tabagisme passif pour leur enfant

7 Figures

Figure 1	Différents courants de fumée et polluants intérieurs
Figure 2	Fiche toxicologique de l'acroléine
Figure 3	Comparaison de la taille des particules
Figure 4	Conséquences de l'exposition à la fumée de tabac chez l'enfant
Figure 5	Part des fumeurs quotidiens dans la population en Europe en 2019, par groupes socio-économiques.
Figure 6	Consommation de tabac selon la catégorie socioéconomique en France en 2019
Figure 7	Programme MPOWER
Figure 8	Smokefree map
Figure 9	Item concernant le tabagisme passif dans le carnet de santé actuel
Figure 11	Item d'un carnet de santé d'une patiente née en 2001
Figure 12	Place centrale du médecin généraliste dans un exercice coordonné
Figure 13	Répartition du mode de travail, du statut et du type d'activité
Figure 14	Violin plot de l'âge selon le statut
Figure 15	Répartition des proportions d'enfants de 0 à 12 ans, proportions de fumeurs, proportions de CMU dans la patientèle
Figure 16	Violin plot de l'âge selon patientèle pédiatrique
Figure 17	Distribution de la moyenne des connaissances
Figure 18	Responsabilité du tabagisme passif selon les médecins interrogés
Figure 19	Proportion des médecins qui se sentent suffisamment formés sur le tabagisme passif
Figure 20	Distribution de la Moyenne de l'intérêt
Figure 21	Intérêt d'une consultation dédiée au tabagisme passif
Figure 22	Répartition de la pratique de la prévention primaire et secondaire
Figure 23	Répartition de la pratique de l'entretien motivationnel
Figure 24	Répartition de la pratique du RPIB
Figure 25	Répartition de la remise de documentations, numéros, sites d'informations
Figure 26	Répartition concernant l'orientation vers d'autres professionnels de santé pour aide au sevrage
Figure 27	Violin plot de la proportion de patientèle pédiatrique selon la moyenne des connaissances et la moyenne d'intérêt
Figure 28	Violin plot de la proportion de patientèle fumeuse selon la moyenne des connaissances et la moyenne d'intérêt

8 Bibliographie

1. Larousse É. Définitions : tabagisme - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tabagisme/76285>
2. Larousse É. Définitions : passif - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/passif/58516>
3. Eymery M, Houdouin V, Thumerelle C, Benoist G, Dubus JC. Les tabagismes passif, expositionnel (environnemental) et actif de l'enfant et de l'adolescent : quelle est la place du pédiatre ? *Perfectionnement en Pédiatrie*. mars 2020;3(1):59-68.
4. Je m'informe - Québec sans tabac [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.quebecsanstabac.ca/je-minforme>
5. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2635050/fr/depistage-du-tabagisme-et-prevention-des-maladies-liees-au-tabac
6. Dutau G. Le fléau du tabagisme passif du nourrisson et de l'enfant. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 1 déc 1997;10(8):459-65.
7. Ollivier-Yaniv C. Communication, prévention et action publique : proposition d'un modèle intégratif et configurationnel. Le cas de la prévention du tabagisme passif: *Communication & langages*. 1 juin 2013;N° 176(2):93-111.
8. Amine M, Mouwafaq S, Adarmouch L, Idrissi-Raja LE, Bourrous M, Bouskraoui M. Tabagisme passif et pathologie respiratoire de l'enfant. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 mai 2009;57:S8.
9. tfi. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. [cité 26 mars 2024]. Le tabagisme passif a un impact sur la santé. Disponible sur: <http://www.emro.who.int/fr/tfi/quit-now/secondhand-smoke-impacts-health.html>
10. Agents chimiques CMR. Réglementation - Risques - INRS [Internet]. [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/cmr-agents-chimiques/reglementation.html>
11. Résultats de la recherche simple - INRS [Internet]. [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/header/recherche.html>
12. La composition des produits et de la fumée de tabac [Internet]. CNCT. [cité 19 févr 2024]. Disponible sur: <https://cnct.fr/tabac-sante/la-composition-des-produits-et-de-la-fumee-de-tabac/>
13. Labbé G, Egron C, Labbé A. Le tabagisme passif chez l'enfant et les risques allergiques. *Revue Française d'Allergologie*. oct 2020;60(6-7):540-6.
14. A J, P M, F B, Dutau G. Les méfaits du tabagisme chez l'enfant : les pédiatres doivent agir. *Archives De Pédiatrie - ARCHIVES PEDIATRIE*. 1 mai 2001;8:539-44.

15. Masson E. EM-Consulte. [cité 14 mars 2024]. Tailles particulières de la fumée produite par six différents types de cigarettes. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/146511/tailles-particulaires-de-la-fumee-produite-par-six>
16. La taille des particules est importante [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.iqair.com/fr/newsroom/particle-size-matters>
17. Purificateurs d'air - Des résultats mitigés - Actualité - UFC-Que Choisir [Internet]. 2020 [cité 27 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.quechoisir.org/actualite-purificateurs-d-air-des-resultats-mitiges-n79363/>
18. Le tabagisme passif, un risque mortel pour la santé [Internet]. CNCT. [cité 25 mars 2024]. Disponible sur: <https://cnct.fr/tabac-sante/le-tabagisme-passif-un-risque-mortel/>
19. Labbé A. Tabagisme et croissance pulmonaire. Archives de Pédiatrie. 1 mai 2001;8:519-21.
20. Samoliński B, Fronczak A, Włodarczyk A, Bousquet J. Council of the European Union conclusions on chronic respiratory diseases in children. The Lancet. 31 mars 2012;379(9822):e45-6.
21. Cheraghi M, Salvi S. Environmental tobacco smoke (ETS) and respiratory health in children. Eur J Pediatr. août 2009;168(8):897-905.
22. Wirth N, Bohadana A, Spinosa A, Martinet Y et al. Respiratory diseases related to passive smoking. 1 juin 2009; N°26(6)667-678
23. Burke H, Leonardi-Bee J, Hashim A, Pine-Abata H, Chen Y, Cook DG, et al. Prenatal and passive smoke exposure and incidence of asthma and wheeze: systematic review and meta-analysis. Pediatrics. avr 2012;129(4):735-44.
24. Cohen RT, Raby BA, Van Steen K, Fuhlbrigge AL, Celedón JC, Rosner BA, et al. In Utero Smoke Exposure and Impaired Response to Inhaled Corticosteroids in Children with Asthma. J Allergy Clin Immunol. sept 2010;126(3):491-7.
25. Brooks CC, Martin LJ, Pilipenko V, He H, LeMasters GK, Lockey JE, et al. NAT1 genetic variation increases asthma risk in children with secondhand smoke exposure. J Asthma. mars 2021;58(3):284-92.
26. SPF. Les effets sur la santé du tabagisme passif. Numéro thématique. Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011 [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/les-effets-sur-la-sante-du-tabagisme-passif.-numero-thematique.-journee-mondiale-sans-tabac-31-mai-2011>
27. Ruskamp J, Smit H, Rovers M, Hoekstra M, Schilder A, Brunekreef B, et al. Neonatal total IgE and respiratory tract infections in children with intrauterine smoke exposure. Arch Dis Child. juin 2010;95(6):427-31.
28. Singh SP, Gundavarapu S, Peña-Philippides JC, Rir-sima-ah J, Mishra NC, Wilder JA, et al. Prenatal Secondhand Cigarette Smoke Promotes Th2 polarization and impairs goblet cell differentiation and airway mucus formation. J Immunol. 1 nov 2011;187(9):4542-52.

29. Manuels MSD pour le grand public [Internet]. [cité 25 mars 2024]. Reflux gastro-œsophagien chez l'enfant - Problèmes de santé infantiles. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-infantiles/troubles-digestifs-chez-l-enfant/reflux-gastro-%C5%93sophagien-chez-l-enfant>
30. Barbier C, Houdret N, Vittrant C, Deschildrel A, Turckl D. L'étude du tabagisme passif par la mesure de la cotinine en consultation de protection maternelle et infantile dans le Nord-Pas-de-Calais.
31. Hoizey G, Labat L. Cotinine en pédiatrie et en santé au travail. *Ann Toxicol Anal.* 2009;21(1):27-35.
32. Florescu A, Ferrence R, Einarson TR, Selby P, Kramer M, Woodruff S, et al. Reference values for hair cotinine as a biomarker of active and passive smoking in women of reproductive age, pregnant women, children, and neonates: systematic review and meta-analysis. *Ther Drug Monit.* août 2007;29(4):437-46.
33. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet.* 8 janv 2011;377(9760):139-46.
34. Environnements sans tabac - Commission européenne [Internet]. 2023 [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: https://health.ec.europa.eu/tobacco/smoke-free-environments_fr
35. Tavernier J et al, France portrait social Insee Références, Edition 2023
36. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 20 févr 2024]. Tabagisme passif et risques pour la santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/tabagisme-passif-et-risques-pour-la-sante>
37. Un nouveau Programme national de lutte contre le tabac 2023-2027 - Ministère du travail, de la santé et des solidarités [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/un-nouveau-programme-national-de-lutte-contre-le-tabac-2023-2027>
38. Tabagisme passif : encore trop de personnes concernées sur leur lieu de travail ou à domicile [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/tabagisme-passif-encore-trop-de-personnes-concernees-sur-leur-lieu-de-travail-ou-a-domicile>
39. En 2022, la France compte toujours près de 12 millions de fumeurs quotidiens [Internet]. [cité 22 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/en-2022-la-france-compte-toujours-pres-de-12-millions-de-fumeurs-quotidiens>
40. Jossier L. Le tabagisme passif durant la grossesse et chez l'enfant. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.* 1 oct 2019;203(7):535-40.
41. INPES I national de prévention et d'éducation pour la santé. Trente ans de communication contre le tabac : les campagnes CFES-Inpes de 1976 à 2011. Les stratégies

- des campagnes [Internet]. Saint-Denis: INPES; 2013. 10 p. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/tabac/docs/strategies-campagnes.pdf>
42. Qu'est-ce-que la Convention Cadre pour la Lutte Antitabac (CCLAT) ? [Internet]. Génération sans tabac. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.generationsanstabac.org/application-de-la-cclat-par-les-parties/>
 43. Sept personnes sur 10 sont protégées par au moins une mesure de lutte antitabac [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/31-07-2023-seven-out-of-10-people-protected-by-at-least-one-tobacco-control-measure>
 44. Lutter contre le tabagisme pour améliorer la santé et le développement des enfants : note thématique [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240022218>
 45. MPOWER [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/initiatives/mpower>
 46. La prévention du tabagisme passif en France – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 22 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/la-prevention-du-tabagisme-passif-en-france/>
 47. Smokefree Map [Internet]. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.smokefreepartnership.eu/smokefree-map>
 48. Le retard des pays européens dans la mise en place des espaces sans tabac [Internet]. Génération sans tabac. [cité 11 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.generationsanstabac.org/actualites/le-retard-des-pays-europeens-dans-la-mise-en-place-des-espaces-sans-tabac/>
 49. Quelles sont les dispositions de lutte contre le tabagisme en France ? [Internet]. [cité 22 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-dispositions-de-lutte-contre-le-tabagisme-en-france>
 50. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 22 mars 2024]. Tabac et publicité. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/tabac-et-publicite>
 51. Prise en charge des substituts nicotiques [Internet]. [cité 25 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/roubaix-tourcoing/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiques>
 52. Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst Rev.* 14 avr 2010;(4):CD005992.
 53. Les prix du tabac vont augmenter en 2024 [Internet]. [cité 25 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A16993>

54. Constitution [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/accountability/governance/constitution>
55. Rayssiguier YR, Huteau G. Chapitre 4. La prévention, la promotion et l'éducation pour la santé. In: Politiques sociales et de santé [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2018 [cité 1 avr 2024]. p. 451-8. (Références Santé Social; vol. 3e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/politiques-sociales-et-de-sante--9782810907083-p-451.htm>
56. Santé / Prévention - Définition du concept de « Prévention en Santé Publique » | AP-HM [Internet]. [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>
57. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 1 avr 2024]. Article 35 - Information du patient. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-35-information-patient>
58. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte
59. Fortini C, Daepfen JB. L'entretien motivationnel : développements récents. *Psychothérapies*. 2011;31(3):159-65.
60. Carnet de santé d'un enfant [Internet]. [cité 26 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F810>
61. carnet_de_sante2006
62. Bienvenue dans une vie sans tabac [Internet]. [cité 25 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.tabac-info-service.fr/>
63. easselin. Info-tabac. 2012 [cité 1 avr 2024]. Les pauvres fument plus et sont davantage exposés à la FTE. Disponible sur: <https://info-tabac.ca/les-pauvres-fument-plus-et-sont-davantage-exposes-a-la-fte/>
64. José EM, Oudou N. L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en Recherche Médicale. 2013;14.
65. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
66. SCOP AISNE 2022 web
67. Morel A, Goutte S. 46. Intervention précoce. In: *Addictologie* [Internet]. Paris: Dunod; 2015 [cité 1 mai 2024]. p. 517-31. (Aide-Mémoire; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/addictologie--9782100721429-p-517.htm>
68. Holman A kap-save-the-children-french-version-eval; December 2012

69. Ménard J. L'autorité médicale. In: De l'autorité [Internet]. Paris: Odile Jacob; 2008 [cité 29 avr 2024]. p. 247-53. (Colloque annuel du Collège de France). Disponible sur: <https://www.cairn.info/de-l-autorite--9782738121967-p-247.htm>
70. Fédération Française d'Addictologie. La réduction des risques et des dommages - Rapport d'orientation et recommandations de la commission d'audition. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. Journal du droit des jeunes. 2016;354-355(4-5):79-87.
71. Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. 2016
72. Genet A. État des connaissances des parents concernant le tabagisme passif en 2014.

9 Annexes

QUESTIONNAIRE

Situation générale

1. "Êtes-vous une femme ou un homme ? une femme un homme
2. Quel âge avez-vous ?
3. Dans quelle ville exercez-vous ? Quel département ?
4. Vous êtes : médecin titulaire remplaçant autre
5. Vous êtes installé ou vous travaillez : en MSP cabinet de groupe (hors MSP)
 en cabinet seul autre
6. Quelle est votre activité ? rurale urbaine mixte
7. A combien estimez-vous approximativement le pourcentage de CSS (ex CMU) dans votre patientèle ? 0-25% 25-50% 50-75% >75% Je ne sais pas
8. A combien estimez-vous approximativement le pourcentage de fumeurs dans votre patientèle adulte ? 0-25% 25-50% 50-75% >75% Je ne sais pas
9. A combien estimez-vous approximativement le pourcentage d'enfants de 0 à 12 ans dans votre patientèle ? 0-25% 25-50% 50-75% >75% Je ne sais pas

Connaissances

1. Citez 3 composants de la fumée de cigarette :
2. Saviez-vous qu'il existe au minimum 3 courants de fumée de tabac différents ? OUI NON
3. Selon les données du Baromètre Santé publique France 2022, quelle est la proportion de fumeurs en France âgés entre 18 et 75 ans ? 15% 20% 30% 45%
4. Selon les données du Baromètre Santé publique France 2020, quelle est la proportion de tabagisme au domicile chez des fumeurs vivants dans un foyer avec un enfant de moins de 4 ans ? 15% 30% 50% 65%
5. Saviez-vous qu'il y a un item sur le tabagisme passif dans le carnet de santé ? OUI NON
6. Saviez-vous que selon l'article L 3512-9 du code de santé publique (2016), il est interdit de fumer en présence d'un mineur dans une voiture sous peine d'amende ? OUI NON
7. En quel mois se déroule l'opération "mois sans tabac" ? :
8. "Savez-vous qu'il existe une ligne téléphonique dédiée à l'aide au sevrage tabagique ? OUI NON

Le tabac augmente :

9. Le risque d'aggravation d'infections respiratoires basses OUI NON
10. Le risque d'aggravation de l'asthme OUI NON
11. Le risque d'aggravation d'œsophagite de l'enfant OUI NON
12. Le risque de mort subite du nourrisson OUI NON
13. Le risque d'hyperactivité OUI NON
14. Fumer dehors peut diminuer le risque d'aggravation de maladies pédiatriques VRAI FAUX
15. Se laver les cheveux ou la barbe après avoir fumé diminue le risque d'aggravation de maladies pédiatriques VRAI FAUX
16. Les particules déposées sur les murs, rideaux, coussins augmentent le risque d'aggravation de maladies pédiatriques VRAI FAUX
17. L'affinité du monoxyde de carbone (CO) est inférieure à celle de l'oxygène sur l'hémoglobine VRAI FAUX
18. La fumée exhalée par le fumeur et la fumée provenant directement de la cigarette sont moins toxiques que la fumée inhalée par le fumeur VRAI FAUX
19. L'entretien motivationnel n'augmente pas la probabilité d'arrêt du tabagisme par rapport à un conseil bref d'arrêt VRAI FAUX
20. Il existe un seuil de pathogénicité de la fumée inhalée VRAI FAUX

Attitudes

1. Vous sentez-vous concerné par le dépistage et la prévention du tabagisme actif ? OUI NON
2. Vous sentez-vous concerné par le dépistage et la prévention du tabagisme passif ? OUI NON
3. Vous sentez-vous suffisamment formé sur le tabagisme passif ? OUI NON
4. Pensez-vous que dans votre patientèle mineure, certaines pathologies soient aggravées par l'exposition à la fumée de tabac ? OUI NON
5. Que pensez-vous de la recherche du tabagisme passif lors d'une consultation pour un enfant souffrant (rhinite, otite, bronchiolite, laryngite, pneumopathie) ? appropriée inappropriée pas en première intention déjà expérimenté
6. Que pensez-vous de la recherche du tabagisme passif lors des consultations obligatoires ? appropriée inappropriée pas en première intention déjà expérimenté
7. Que pensez-vous de la recherche du tabagisme passif dans l'entourage proche : grand parents, nourrice... (exclusion du tabagisme parental) ? appropriée inappropriée pas en première intention déjà expérimenté
8. Pensez vous qu'une consultation dédiée au tabagisme passif soit licite ? OUI NON
9. Pensez vous que d'autres professionnels de santé aient leur rôle à jouer dans cette prévention ? OUI NON "Si oui, lesquels ?
10. « Un pédiatre vous adresse un parent fumeur pour aide au sevrage car son enfant fait de l'asthme », vous trouvez cela : appropriée inappropriée déjà expérimenté
11. Pensez-vous que la prévention du tabagisme passif soit l'une des priorités pour la santé des enfants ? OUI NON
12. Si non, quelles sont, selon vous, les priorités dans la santé pédiatrique (hors croissance et vaccination) ?

Pratiques

Précision :

- Jamais (0 à 25% des consultations)
- Parfois (25 à 50% des consultations)
- Souvent (50 à 75% des consultations)
- toujours (75 à 100% des consultations)

1. De manière générale, les préventions primaire et secondaire ont-elles une place importante dans votre pratique ? Jamais Parfois Souvent toujours
 2. Recherchez-vous d'autres facteurs de risque associés à l'aggravation des pathologies pédiatriques ? OUI NON "Si oui, quels sont ces facteurs de risque ?
 3. Concernant le tabagisme passif, vous arrive-t-il de pratiquer le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) ? Jamais Parfois Souvent toujours
 4. Concernant le tabagisme passif de l'enfant, pratiquez-vous l'entretien motivationnel auprès des parents pour l'aide au sevrage ? Jamais Parfois Souvent toujours
 5. Quelle motivation utilisez-vous préférentiellement pour sensibiliser un parent fumeur à l'arrêt du tabac (hors grossesse) ? la santé propre du patient l'aspect financier la santé de leur enfant autre
 6. Pour les enfants concernés, demandez-vous aux parents s'ils comprennent le rôle du tabagisme passif dans la pathologie de leur enfant ? Jamais Parfois Souvent toujours
 7. Concernant le tabagisme passif, remettez-vous de la documentation aux parents ou des numéros ou sites d'information (ex : tabac info service) ? Jamais Parfois Souvent toujours
 8. Avez-vous des affiches ou flyers concernant le tabagisme passif dans la salle d'attente ? OUI NON
 9. Orientez-vous vos patients vers d'autres professionnels pour la prise en charge d'un sevrage tabagique ? Jamais Parfois Souvent toujours
 10. De manière générale, avez-vous des remarques sur le tabagisme passif en tant que facteur de risque de pathologies pédiatriques ? (sur la prévention, les actions, les difficultés) :
-

Figure 7 : Effets immunologiques du tabac [13]

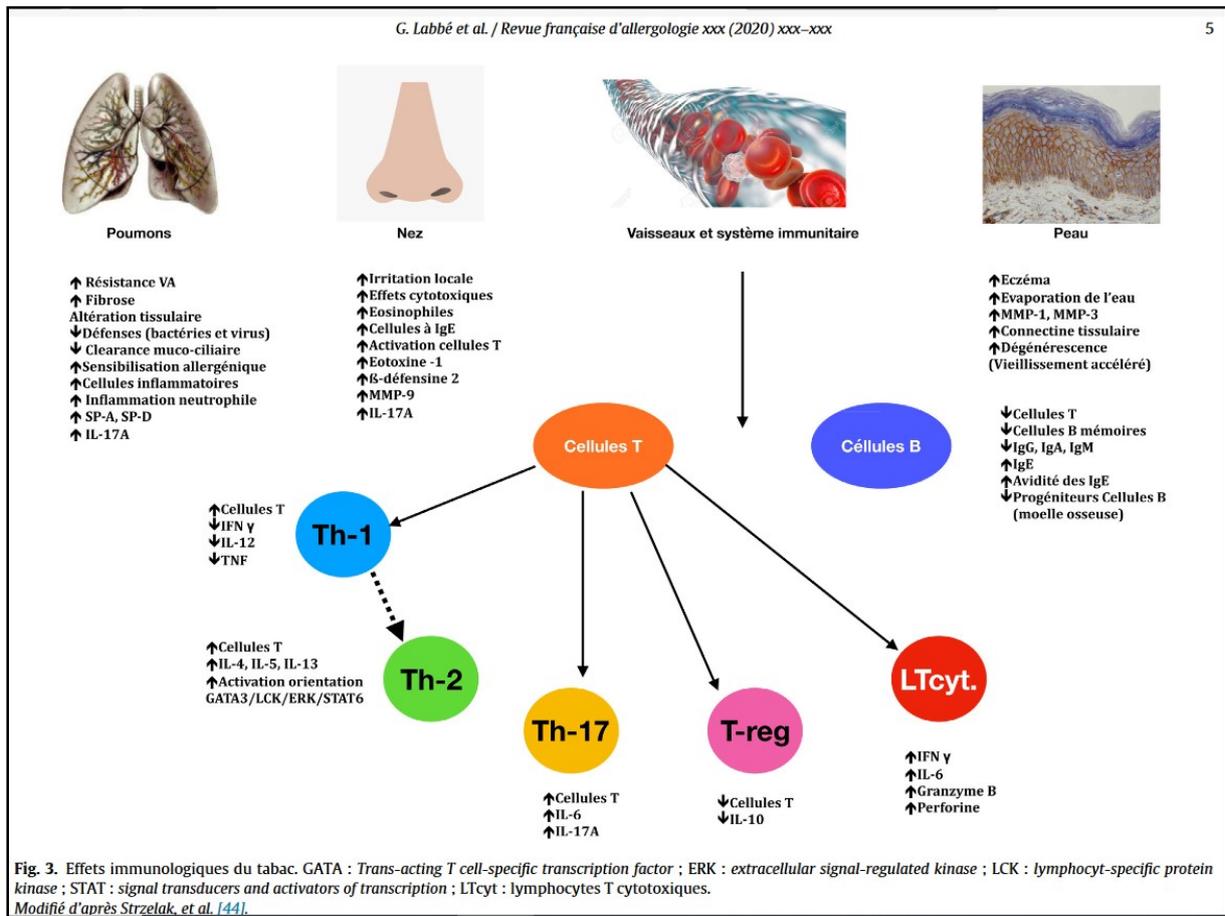
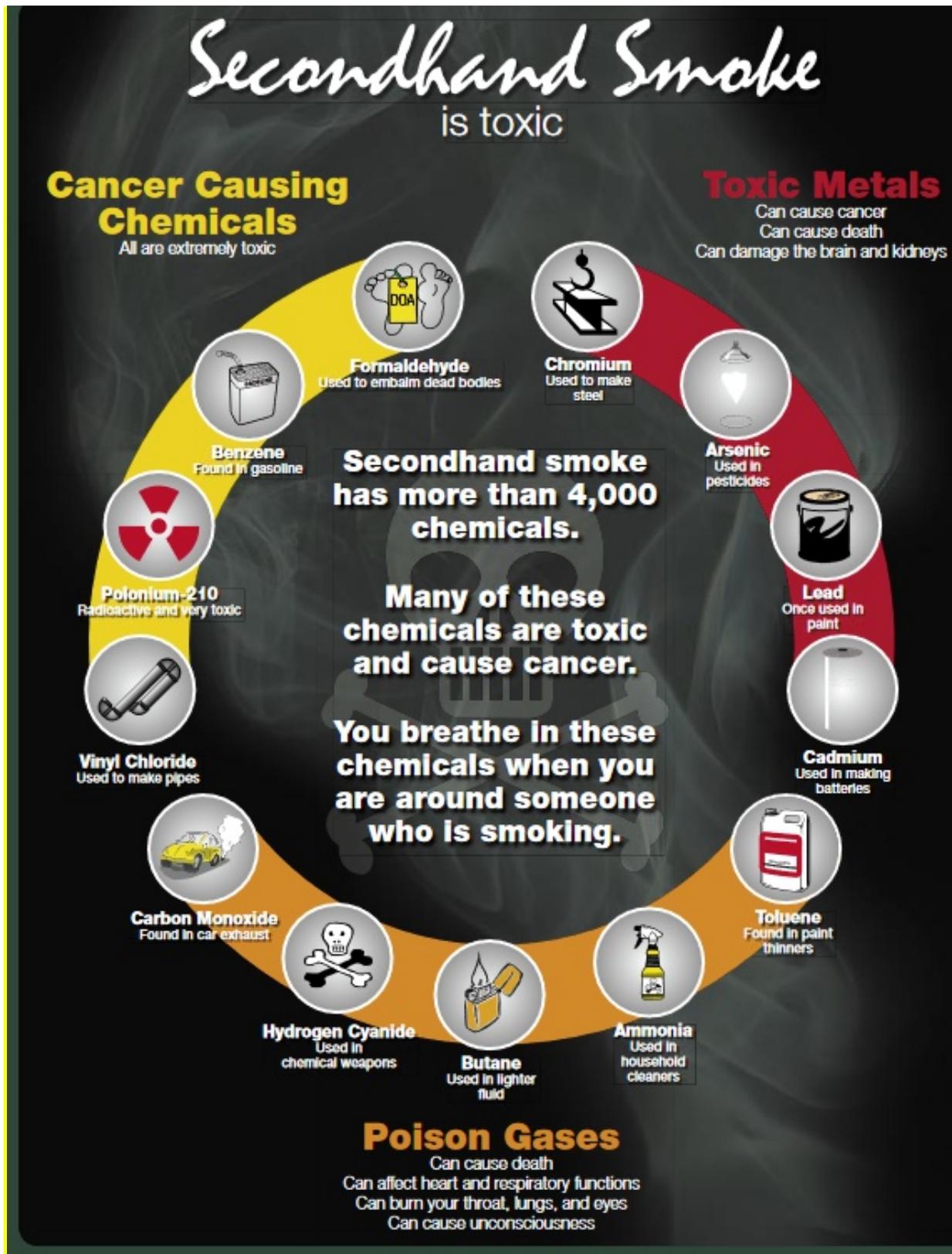


Figure 4 : Composants de la fumée de tabac



Serment d'Hippocrate

«Au moment d'être admise 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. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.»

Résumé

Prise en charge du tabagisme passif chez l'enfant par les médecins généralistes de l'Aisne

Introduction: Le tabagisme passif est l'exposition involontaire à la fumée de tabac. Cette fumée riche en substances nocives est délétère pour la santé pédiatrique. Le dépistage et la prévention du tabagisme actif sont largement abordés en consultation pour les adultes mais qu'en est-il du tabagisme passif chez l'enfant? L'objectif de l'étude était de déterminer ce que savaient, pensaient et pratiquaient les médecins généralistes de l'Aisne concernant le tabagisme passif de l'enfant en tant que facteur de risque de maladies pédiatriques. **Matériel et méthode:** Une étude quantitative observationnelle descriptive transversale auprès de 69 médecins généralistes de l'Aisne a été réalisée à l'aide d'un questionnaire selon la méthode CAP, connaissances, attitudes et pratiques. **Résultats:** Les médecins interrogés avaient un bon niveau de connaissances avec une moyenne générale de 14,64/20, un intérêt prononcé pour le sujet avec un score moyen de 17,85/20 et des pratiques déjà expérimentées mais l'utilisation de certains outils semblait encore timide comme l'entretien motivationnel ou la délivrance de documentations. **Discussion:** Notre étude montrait une conviction de la part des médecins interrogés sur la responsabilité du tabagisme expositionnel chez l'enfant mais les outils de prévention sont peu utilisés. Identifier les freins de cette démarche pourrait être intéressant. **Conclusion:** Amplifier le dépistage et la prévention auprès des familles permettrait de diminuer le risque morbide, mortel du tabagisme passif chez l'enfant.

Mots clés: tabagisme passif, maladies pédiatriques, dépistage, prévention

Management of passive smoking in children by general practitioners in Aisne.

Introduction: Passive smoking is involuntary exposure to tobacco smoke. This smoke, which is rich in detrimental substances, is harmful to paediatric health. Screening and prevention of active smoking are widely discussed in adult consultations, but what about passive smoking in children? The aim of the study was to determine what general practitioners in the Aisne department knew, thought and did about second-hand smoke exposure in children as a risk factor for paediatric diseases. **Material and method:** A quantitative, observational, descriptive, cross-sectional study of 69 general practitioners in the Aisne department was carried out using a questionnaire based on the KABP method (knowledge, attitudes, beliefs and practices). **Results:** The doctors questioned had a good level of knowledge, with an overall average score of 14.64/20, a pronounced interest in the subject, with an average score of 17.85/20, and practices that were already tried and tested, but the use of certain tools still seemed tentative, such as motivational interviewing and the provision of documentation. **Discussion:** Our study showed that the doctors we questioned were convinced of the responsibility of smoking exposure in children, but that prevention tools were little used. It would be interesting to identify the obstacles to this approach. **Conclusion:** Stepping up screening and prevention in families would help to reduce the morbid and fatal risk of passive smoking in children.

Key words: passive smoking, paediatric diseases, screening, prevention

Résumé

Prise en charge du tabagisme passif chez l'enfant par les médecins généralistes de l'Aisne

Introduction: Le tabagisme passif est l'exposition involontaire à la fumée de tabac. Cette fumée riche en substances nocives est délétère pour la santé pédiatrique. Le dépistage et la prévention du tabagisme actif sont largement abordés en consultation pour les adultes mais qu'en est-il du tabagisme passif chez l'enfant? L'objectif de l'étude était de déterminer ce que savaient, pensaient et pratiquaient les médecins généralistes de l'Aisne concernant le tabagisme passif de l'enfant en tant que facteur de risque de maladies pédiatriques. **Matériel et méthode:** Une étude quantitative observationnelle descriptive transversale auprès de 69 médecins généralistes de l'Aisne a été réalisée à l'aide d'un questionnaire selon la méthode CAP, connaissances, attitudes et pratiques. **Résultats:** Les médecins interrogés avaient un bon niveau de connaissances avec une moyenne générale de 14,64/20, un intérêt prononcé pour le sujet avec un score moyen de 17,85/20 et des pratiques déjà expérimentées mais l'utilisation de certains outils semblait encore timide comme l'entretien motivationnel ou la délivrance de documentations. **Discussion:** Notre étude montrait une conviction de la part des médecins interrogés sur la responsabilité du tabagisme expositionnel chez l'enfant mais les outils de prévention sont peu utilisés. Identifier les freins de cette démarche pourrait être intéressant. **Conclusion:** Amplifier le dépistage et la prévention auprès des familles permettrait de diminuer le risque morbide, mortel du tabagisme passif chez l'enfant.

Mots clés: tabagisme passif, maladies pédiatriques, dépistage, prévention

Management of passive smoking in children by general practitioners in Aisne.

Introduction: Passive smoking is involuntary exposure to tobacco smoke. This smoke, which is rich in detrimental substances, is harmful to paediatric health. Screening and prevention of active smoking are widely discussed in adult consultations, but what about passive smoking in children? The aim of the study was to determine what general practitioners in the Aisne department knew, thought and did about second-hand smoke exposure in children as a risk factor for paediatric diseases. **Material and method:** A quantitative, observational, descriptive, cross-sectional study of 69 general practitioners in the Aisne department was carried out using a questionnaire based on the KABP method (knowledge, attitudes, beliefs and practices). **Results:** The doctors questioned had a good level of knowledge, with an overall average score of 14.64/20, a pronounced interest in the subject, with an average score of 17.85/20, and practices that were already tried and tested, but the use of certain tools still seemed tentative, such as motivational interviewing and the provision of documentation. **Discussion:** Our study showed that the doctors we questioned were convinced of the responsibility of smoking exposure in children, but that prevention tools were little used. It would be interesting to identify the obstacles to this approach. **Conclusion:** Stepping up screening and prevention in families would help to reduce the morbid and fatal risk of passive smoking in children.

Key words: passive smoking, paediatric diseases, screening, prevention