Prise en charge du tabagisme passif en consultation de pédiatrie

Mai 2012

Les textes ont été rédigés par l'équipe d'aide au sevrage tabagique de l'asbl VRGT, l'association flamande pour la santé respiratoire et la lutte contre la tuberculose.

Mme E. Excelmans, tabacologue – collaboratrice de projet
Mme L. Heirbaut, experte en communication – collaboratrice de projet
Mme A. Lievens, tabacologue – collaboratrice de projet
Prof. Dr. S. Schol, directrice générale
Mme L. Van Nuffel, agent de promotion de santé – collaboratrice de projet
M. J.M. Wouters, tabacologue – coordonnateur de l'aide au sevrage tabagique

Ce livret a été réalisé en collaboration avec le comité d'experts du projet «Une grossesse sans tabac – Pédiatrie» :

Dr. M. Azou, pédiatre à l'AZ Damiaan, Ostende, et vice-présidente de l'Association flamande de pédiatrie
Prof. Dr. H. Boudrez, psychologue et tabacologue, UZ Gent
Dr. L. Callewaert, secrétaire de l'Association flamande de pédiatrie
M. G. Christoffersen, coordonnatrice obstétrique à la Katholieke Hogeschool Kempen asbl, département Santé publique, Lier
Dr. E. De Clerck, responsable prévention à la Ligue flamande contre le cancer (VLK)
Mme MJ. Schoofs, collaboratrice Promotion de la santé et Cellule prénatale Développement des connaissances et Soutien stratégique, Kind&Gezin
Mme H. Vanheusden, collaboratrice NVKVV
Dr. H. Van Hautem, médecin spécialisé en pédiatrie
Dr. V. Van Loocke, pédiatre

Ce texte a été traduit et adapté par le Service Prévention Tabac du FARES asbl dans le cadre du programme «Naître et grandir sans tabac».

Fares
Rue de la Concorde, 56
1050 Bruxelles
Prof. Jean-Paul Van Vooren, Président
Edité en avril 2012
Avec le soutien des autorités fédérales
Traduction et adaptation de la version néerlandophone réalisée par le VRGT
Dépôt légal: D/2012/5052/2

Table des matières

1. Introduction

Chaque jour, la littérature nous apporte de nouvelles preuves des conséquences néfastes du tabagisme passif pour la santé. La législation actuelle sur l'interdiction de fumer dans les transports publics, l'environnement de travail et les lieux publics contribue à protéger la population de ces effets néfastes. Elle ne prévoit toutefois aucune protection pour les enfants qui, chez eux, sont exposés à la fumée de cigarette (1). Or, ce sont justement les enfants qui s'avèrent être les plus vulnérables aux effets du tabagisme passif (2). C'est dans ce but que l'asbl VRGT a décidé d'élaborer, en collaboration avec l'asbl FARES, ces recommandations.

Les présentes recommandations s'inscrivent dans la continuité du projet 'Sevrage tabagique des femmes enceintes et de leur partenaire' lancé en 2005. Le projet faisait suite à un Arrêté Royal instituant un remboursement forfaitaire de l'accompagnement au sevrage tabagique chez les femmes enceintes et leur partenaire. Sa finalité était, d'une part, de sensibiliser les femmes enceintes et leur partenaire aux dangers du tabagisme (actif et passif) avant, pendant et après la grossesse. Il visait aussi à informer et à mobiliser les professionnels de la santé (gynécologues, sages-femmes, pédiatres et généralistes) en contact avec les femmes enceintes et leur partenaire.

Par ces quelques recommandations, la VRGT entend, en collaboration avec le FARES, vous donner un aperçu préliminaire de la problématique et vous informer sur le tabagisme passif et sa prévention.

2. Qu'est-ce que le tabagisme passif?

2.1. Le tabagisme passif est l'inhalation involontaire de la «fumée secondaire».

Le tabagisme passif se définit comme l'inhalation involontaire de la fumée de tabac présente dans l'air ambiant (2). Elle provient de la fumée expirée par le fumeur (**la fumée principale**), de la fumée qui se dégage de l'extrémité d'une cigarette allumée et de la fumée qui traverse le papier de cigarette (**la fumée latérale**) (2). La combinaison de la fumée principale et de la fumée latérale donne ce que l'on appelle la '**fumée secondaire**'.
La fumée de tabac contient plus de 4700 substances chimiques nocives, dont 43 sont cancérigènes : l'ammoniac, l'acroléine, le monoxyde de carbone, le dioxyde… pour ne citer que quelques exemples. La fumée de tabac inhalée par le fumeur passif se compose à environ 85% de fumée latérale. Elle contient, du fait de sa combustion à plus faible température, davantage de substances nocives que la fumée principale (3). Les taux de nicotine et de goudron sont trois fois plus élevés dans la fumée latérale que dans la fumée principale. La concentration de CO est quant à elle cinq fois plus élevée. La fumée latérale contient aussi une plus forte concentration de substances cancérigènes comme le 2-naphtylamine, le 4-aminobiphényle, la N-nitrosamine et le benzène (4). De plus, les particules de la fumée latérale sont plus fines et pénètrent donc plus en profondeur dans les poumons (5). **En conséquence, la fumée latérale est près de quatre fois plus toxique que la fumée principale (1).**

2.2. Le tabagisme passif, c'est aussi l'inhalation involontaire de la 'fumée tertiaire' via les voies respiratoires, la bouche ou la peau, bien longtemps après la dissipation de la fumée de cigarette.

Le tabagisme passif va au-delà de la seule inhalation de fumée secondaire. Les substances nocives contenues dans la fumée de cigarette sont notamment absorbées par les murs, les meubles, les vêtements ou les jouets et interagissent, bien longtemps après que la cigarette ait été fumée, avec des oxydants et d'autres composants de l'environnement pour former de nouvelles substances polluantes. **Même en ouvrant les fenêtres et en utilisant des filtres à air, les substances nocives de la fumée de tabac s'incrustent des semaines voire même des mois dans une pièce (6).** Les substances nocives qui s'accumulent au fil du temps dans une pièce (sur les meubles, les vêtements, les tapis…) portent le nom de 'fumée tertiaire' (6). Quelques exemples : nicotine,

3-EP, phénol, crésols, naphtalène, formaldéhyde et nitrosamines spécifiques au tabac (dont certaines ne se trouvent pas dans la fumée fraîchement exhalée) (7). Nous sommes exposés de différentes manières à la fumée tertiaire par inhalation involontaire, par absorption orale ou cutanée des substances nocives présentes dans l'air ambiant, dans la poussière et sur les surfaces (7).

En résumé…

Fumée secondaire: **fumée principale (air exhalé par le fumeur)**

+

Fumée latérale (fumée provenant d'une cigarette allumée)

- Plus nocive car température de combustion moins élevée
- Plus riche en nicotine, goudron, CO (Monoxyde de Carbone)
- Particules plus fines, qui pénètrent plus en profondeur dans les poumons

Fumée tertiaire: **substances nocives de la cigarette qui s'accumulent dans une pièce**

- Absorbées via la respiration, la bouche ou la peau
- Présentes dans l'air, la poussière et sur les surfaces

2.3. Le tabagisme passif est l'exposition involontaire aux différents composants de la fumée de tabac lorsque la cigarette est allumée et longtemps après qu'elle soit éteinte.

Les effets néfastes de l'exposition au tabagisme passif ne cessent donc pas au moment où l'on écrase la cigarette. Ils subsistent même si plus personne ne fume, car les substances nocives de la fumée secondaire et de la fumée tertiaire restent présentes dans l'environnement (7).

3. Quelle est la prévalence du tabagisme passif chez les enfants?

3.1. Chez les enfants, l'exposition au tabagisme passif est une problématique courante.

Dans le monde, près de 40% des enfants sont exposés au tabagisme passif à domicile (6). Ces chiffres sont sans doute sous-estimés en regard du problème. Des études ayant mesuré le tabagisme passif au moyen d'une validation biologique (détermination du taux de cotinine dans le sang) ont démontré qu'environ 60% des enfants de 3 à 11 ans et 56% des jeunes de 12 à 19 ans étaient exposés au tabagisme passif (3).

3.2. La mère est la source majeure d'exposition au tabagisme passif.

Près de la moitié des femmes qui fument habituellement n'arrivent pas à abandonner la cigarette pendant leur grossesse (8). La majorité des femmes qui y parviennent (plus de 60%) recommencent à fumer après l'accouchement (9).
Plus de 75% des mères fumeuses exposent leur nouveau-né à la fumée de cigarette (5).

3.3. Les enfants des classes socio-économiques moins favorisées constituent un important groupe à risque.

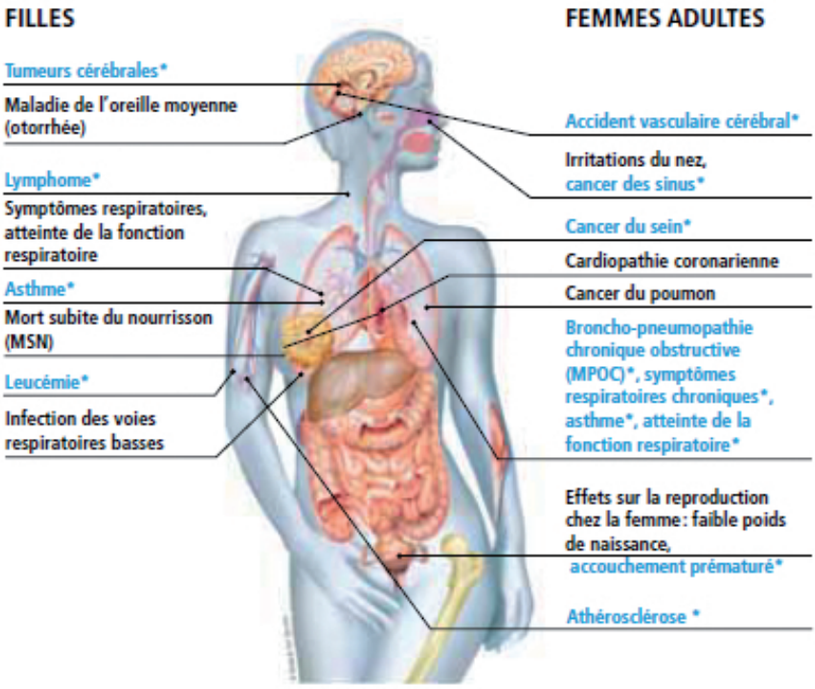
Les femmes des classes socio-économiques moins favorisées fument davantage. Chez les femmes moins instruites (9 à 11 ans d'études), le risque de devenir fumeuse est trois fois plus élevé que chez les femmes plus instruites (plus de 16 ans d'études) (10). Les revenus de la famille jouent aussi un rôle : plus les revenus sont faibles, plus le risque est grand pour les enfants d'être exposés au tabagisme passif (1).

4. Quelles sont les conséquences du tabagisme passif chez les enfants?

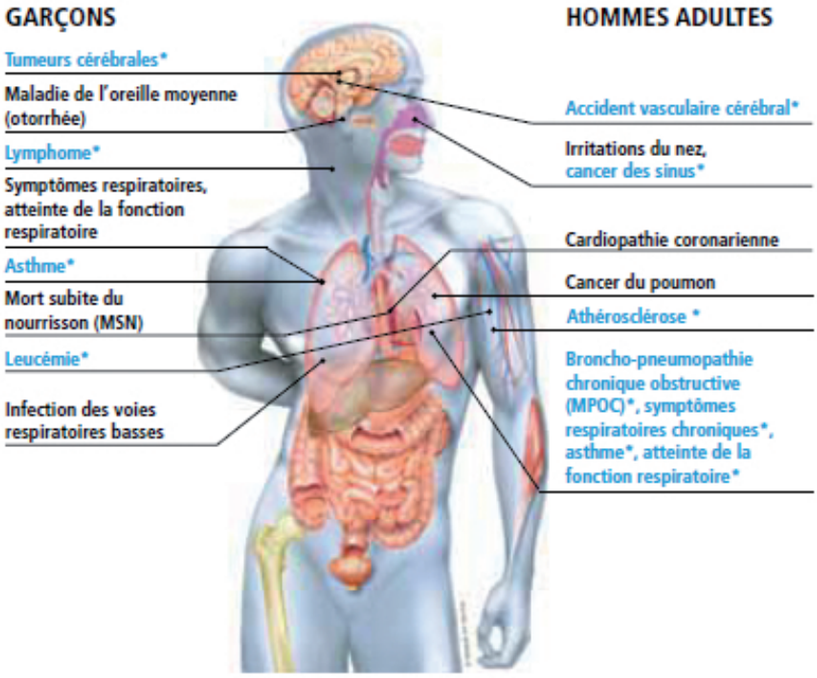
4.1. Les enfants sont plus vulnérables aux effets du tabagisme passif.

Dans la mesure où leurs organes sont plus petits et encore en développement, les enfants sont plus vulnérables aux effets de l'exposition à la fumée de cigarette (2). Leur système immunitaire est moins développé, ce qui les rend plus sensibles aux infections respiratoires et aux otites (2). Les enfants respirent, en outre, trois à huit fois plus vite que les adultes (3); ils inhalent donc davantage de substances nocives (11). C'est la raison pour laquelle les enfants sont environ 100 fois plus sensibles que les adultes aux substances polluants que l'on retrouve dans la poussière domestique (12).
A la maison, les enfants passent aussi une grande partie de leur temps dans l'environnement immédiat de leurs parents. Ils ne jouissent généralement pas d'une liberté suffisante pour pouvoir quitter d'eux-mêmes un espace fumeur. Les jeunes enfants jouent souvent à même le sol et inhalent donc davantage de poussière. Cette poussière contient des substances nocives provenant de la fumée de cigarette, qui s'accumulent au fil du temps (3). L'inhalation n'est pas la seule cause d'absorption des substances nocives. Les jeunes enfants ayant tendance à mettre en bouche tout ce qui leur tombe sous la main, ces substances pénètrent aussi dans leur organisme par voie orale (3). Le schéma de la figure 1 illustre les différents organes touchés par le tabagisme passif.

MALADIES CAUSÉES PAR LE TABAGISME PASSIF



* Données évoquant un lien de causalité
Données suffisantes pour établir un lien



* Données évoquant un lien de causalité
Données suffisantes pour établir un lien

Sources : The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf

4.2. Le tabagisme passif est la première cause évitable de morbidité et de mortalité pendant l'enfance.

Même en cas d'exposition limitée, le tabagisme passif est une cause évitable majeure de morbidité et de mortalité durant l'enfance (13). L'exposition à la fumée de cigarette, avant et après la naissance, augmente significativement le risque de mort subite du nourrisson (14-16). Le tabagisme passif est associé à un risque accru d'infections graves des voies respiratoires supérieures et inférieures (17). Une méta-analyse récente indique un risque significativement plus élevé d'infections des voies respiratoires inférieures (bronchites, bronchiolites, pneumonie) chez les enfants dont la mère (OR 1.58)*, le père (OR 1.22)*, les deux parents (OR 1.62)* ou un autre membre de la famille (OR 1.54)* fume(nt) (18). Le risque de bronchiolite s'avère être le plus élevé (18). Cette analyse indique, en outre, que le risque d'hospitalisation consécutive à ces infections respiratoires est lui aussi plus important (17). Par ailleurs, la prévalence des inflammations de l'oreille moyenne est plus élevée chez les enfants exposés au tabagisme passif. Ces enfants sont plus fréquemment sujets à des réactions allergiques (9). Les enfants exposés au tabagisme passif présentent plus souvent une fonction pulmonaire diminuée, une respiration sifflante, et ils toussent davantage (2).
Chez les enfants asthmatiques, le tabagisme passif entraîne une augmentation du nombre de crises d'asthme ainsi que de la sévérité des crises (19).
Les enfants qui ont été exposés au tabagisme passif pendant la période prénatale et post-natale tendent à présenter plus régulièrement une tension musculaire et une irritabilité excessives (chez les nouveau-nés) et, à un âge un peu plus avancé, des troubles du comportement (trouble oppositionnel avec provocation, comportement anti-social, Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité ou TDAH,…) (20). Un enfant exposé au tabagisme passif au stade prénatal comme post-natal, court davantage de risques de devenir fumeur dépendant à l'âge adulte (21).
Le tabagisme passif n'est pas non plus sans conséquence à long terme sur la santé de l'enfant. Il est en effet incriminé dans les affections cardiaques, le cancer du poumon et les problèmes pulmonaires chroniques (10). Les enfants qui sont exposés à la fumée de cigarette à leur domicile manquent davantage l'école – ce qui constitue d supplémentaire pour ces jeunes qui éprouvent déjà des difficultés de scolarité liées à des motifs socio-économiques (1).

5. Idées fausses en matière de protection des enfants contre le tabagisme passif

5.1. De nombreuses idées fausses circulent sur la manière de protéger les enfants du tabagisme passif.

La plupart des fumeurs sont conscients des risques d'une exposition immédiate à la fumée secondaire (22). Certains prennent donc des mesures afin de protéger leur environnement : ouvrir les fenêtres, installer un système de ventilation, attendre que la fumée se dissipe, fumer dans une pièce séparée, etc. Ces mesures s'avèrent toutefois inefficaces (22).

« Je ne fume que lorsque les enfants sont allés se coucher. »

Des études ont démontré qu'il existait un lien entre le tabagisme et la présence persistante de substances nocives provenant de la fumée de cigarette, longtemps après que la cigarette ait été éteinte (22). Il a été prouvé que la nicotine restait présente dans les habitations ayant préalablement été occupées par des fumeurs et que les nouveaux habitants, non fumeurs, présentaient un taux plus élevé de nicotine sur la peau et dans l'organisme (23). Ni la ventilation, ni un nettoyage classique, ne permettent d'éliminer efficacement la nicotine incrustée sur les surfaces et dans la poussière domestique (24).

« Je fume dans une pièce où les enfants ne viennent jamais. »

Fumer n'augmente pas seulement la concentration des substances nocives dans la pièce où on fume / a

fumé, mais aussi dans les autres pièces où on ne fume pas (25). La fumée de cigarette passe facilement d'une pièce à l'autre (26) même quand on utilise un système de ventilation (27). Fumer dans une pièce réservée à cet usage ne protège pas les enfants des effets néfastes du tabagisme passif (3). Dans le meilleur des cas, cette précaution réduit de moitié l'exposition à la fumée de cigarette (28).

« Je fume exclusivement à l'extérieur. »

Fumer à l'extérieur ne protège pas complètement les enfants des effets néfastes du tabagisme passif. La fumée de cigarette peut pénétrer à l'intérieur par les portes et les fenêtres. Le fumeur ramène en outre, à l'intérieur de l'habitation, les substances nocives qui se sont déposées sur sa peau, ses vêtements et dans la poussière (29).

« J'aère la pièce après avoir fumé. »

Ventiler la pièce n'est pas une solution au problème du tabagisme passif. La ventilation peut contribuer à réduire les irritations dues à la fumée, mais elle n'élimine pas les substances nocives (4).

« Dans la voiture, j'ouvre la fenêtre quand je fume. »

Fumer dans une voiture dégage de fortes concentrations de substances nocives dans l'air ambiant. Ces substances nocives, outre le fait de se retrouver dans l'air que l'on respire, se déposent aussi sur les surfaces (sièges, tapis de sol, plafond, etc.). Ces particules sont ensuite remises en circulation dans l'air, d'où une exposition au tabagisme passif peut avoir lieu bien longtemps après que la cigarette ait été fumée. La lumière du soleil, les températures extrêmes et la faible circulation d'air favorisent, en outre, les réactions chimiques et augmentent l'adhérence des substances nocives à la poussière et aux surfaces (30). Des études ont mesuré une concentration de nicotine plus élevée dans l'air ambiant, la poussière et les surfaces des voitures des fumeurs en comparaison à celles des non-fumeurs. Chez les fumeurs qui ne fumaient jamais dans leur véhicule, le taux de nicotine dans l'air était significativement plus faible que chez les personnes fumant dans leur voiture. Par contre, aucune différence significative n'a été enregistrée quant au taux de substances nocives sur les surfaces et dans la poussière des véhicules. Ceci s'explique de plusieurs façons. D'abord parce qu'il peut s'agir d'une voiture dans laquelle on avait déjà fumé précédemment. Ensuite, parce que l'on a fumé à l'extérieur du véhicule et que la fumée s'est infiltrée à l'intérieur, ou a été introduite dans l'habitacle via les vêtements, les cheveux ou la peau.
Les méthodes de nettoyage classique (aspirer, dépoussiérer, …) et l'aération sont inefficaces pour réduire significativement le taux de substances nocives (31).

6. Comment protéger les enfants du tabagisme passif?

Même si certaines mesures, dont la ventilation ou le fait de fumer à l'extérieur, dans un local distinct ou en l'absence des enfants, permettent de réduire l'exposition au tabagisme passif, aucune ne permet de protéger totalement les enfants des effets néfastes de celui-ci (29).
Il n'existe qu'une seule manière de leur offrir une protection intégrale : veiller à ce qu'ils vivent dans un environnement 100% non-fumeur (6). L'exposition au tabagisme passif, quel que soit son degré d'importance, n'est jamais exempte de risque (32).

7. Comment aborder le sujet du tabagisme passif et du sevrage?

Lorsqu'on aborde le sujet du tabagisme passif, il est essentiel de ne pas juger. Les professionnels de la santé ont pour rôle d'aider les familles à reconsidérer leurs habitudes tabagiques et à comprendre leur impact sur leur vie quotidienne (2).
De récentes recommandations en matière de sevrage tabagique et de modification des comportements

plébiscitent l'utilisation des «cinq A» (6,33-37).
Ces cinq A structurent l'intervention en cinq étapes : Ask (identifier), Advice (conseiller), Assess (évaluer), Assist (soutenir) et Arrange (organiser un suivi).

Ask

Lors de chaque contact, renseignez-vous sur le comportement tabagique des parents et des personnes vivant dans l'entourage de l'enfant (c.-à-d. les fumeurs en contact direct avec celui-ci ainsi que les fumeurs qui utilisent les mêmes locaux ou des locaux proches de ceux fréquentés par l'enfant). Ces deux catégories de fumeurs sont une source potentielle d'exposition au tabagisme passif (29,38,39).
Les personnes qui fument s'attendent à ce qu'on les interroge sur leurs habitudes tabagiques. Des études révèlent que 90% des femmes ne montrent ni surprise, ni irritation lorsqu'on les questionne sur leur tabagisme éventuel (2). D'autres études indiquent que 99% des parents estiment qu'il est du rôle du pédiatre de les interroger sur leur comportement tabagique (10). Cet 'interrogatoire' permet, en outre, de transmettre aux parents un message quant aux risques du tabagisme passif pour la santé de leur enfant (9).
La mère est la principale source de tabagisme passif chez les jeunes enfants (40). Cela vaut aussi pour les enfants malades soignés par une mère fumeuse (3).
Soyez particulièrement attentifs aux mères qui ont arrêté de fumer pendant leur grossesse (41). Félicitez ces parents et encouragez-les à arrêter définitivement de fumer (5).
Interrogez les parents qui continuent à fumer sur la manière dont ils protègent leurs enfants des effets néfastes du tabagisme passif et demandez-leur s'ils sont satisfaits de ces mesures. Soulignez le fait que ces efforts prouvent bien qu'ils sont conscients du caractère nocif du tabagisme passif. Demandez-leur ce qui les a poussés à mettre ces efforts en œuvre et dans quelle mesure leur comportement tabagique s'en est trouvé influencé (9).

Advice

Testez les connaissances des parents sur le tabagisme passif et son impact sur la santé de leurs enfants. Donnez-leur une information claire et personnalisée. Conseillez-leur d'arrêter de fumer. En tant que professionnel de la santé, vous pouvez assurer vous-même l'accompagnement de ces parents ou les adresser à un tabacologue.
Les femmes des classes sociales moins favorisées peuvent éprouver des difficultés à cerner le problème du tabagisme passif et à savoir comment s'y prendre pour éviter d'y exposer leurs enfants (10).
Les informer correctement sur l'exposition à la fumée secondaire et tertiaire peut les motiver à modifier leur comportement tabagique à domicile (22). Les parents convaincus des effets néfastes de la fumée tertiaire sont plus enclins à imposer une interdiction de fumer chez eux (22). Les conséquences néfastes de l'exposition à la fumée tertiaire peuvent être un argument de poids dans la motivation des parents à instaurer, chez eux, un environnement non-fumeur (22). **Conseillez aux parents d'arrêter de fumer et d'aménager, pour leurs enfants, un environnement 100% non-fumeur.**

Assess

Interrogez les parents sur leur motivation au sevrage. Beaucoup de parents fumeurs souhaitent arrêter de fumer. Près de 70% des fumeurs ont fait au moins une tentative et près de 46% essaient chaque année. La plupart des fumeurs font plusieurs tentatives avant de réussir à arrêter définitivement (9). **Évaluez le degré de motivation à créer un environnement non-fumeur lorsqu'un des deux parents ou les deux ne souhaite(nt) pas arrêter de fumer (9).** Il est possible que le moment soit mal choisi pour le sevrage, mais au moins un pas aura-t-il été fait dans la bonne direction (2).

Assist

Proposez votre soutien pour le sevrage ou pour aider les parents à créer un environnement non-fumeur. Comme la nicotine est une substance qui engendre la dépendance, il est peu probable que le seul fait d'identifier les parents fumeurs et de les informer sur les dangers du tabagisme passif pour la santé suffise à réduire significativement ce dernier. La plupart des fumeurs ont besoin d'un soutien (41). **Examinez avec eux les solutions qu'ils envisagent et les problèmes qui, selon eux, pourraient y être liés (5).** Les services pédiatriques sont un lieu idéal pour discuter d'un éventuel sevrage avec les parents (2). Si vous manquez de disponibilité, adressez-les à un tabacologue reconnu.

Arrange

Organisez des rencontres de suivi. Encouragez et félicitez ceux qui ont réussi à arrêter de fumer. Une rechute ne doit pas être considérée comme un échec mais comme un apprentissage qui leur sera utile lors de la prochaine tentative.
Si nécessaire, informez les parents sur les traitements qui soulagent les symptômes de manque (10).
http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/5steps.htm

8. L'accompagnement au sevrage tabagique, un traitement éprouvé offrant un bon rapport coût/efficacité

8.1. En Belgique, l'accompagnement au sevrage tabagique est partiellement remboursé.

La majorité des parents ont l'intention d'arrêter de fumer (10). Un accompagnement professionnel au sevrage tabagique peut augmenter significativement leurs chances de réussite.

Depuis le 1er octobre 2009, l'accompagnement au sevrage tabagique (individuel ou en groupe) dispensé par un médecin ou un tabacologue reconnu est partiellement remboursé. Le remboursement s'élève à 30 euros pour la première consultation (minimum 45 minutes). Les consultations suivantes (de la seconde à la huitième, minimum 30 minutes) sont remboursées à concurrence de 20 euros par consultation. Le fumeur a droit à une série de huit consultations tous les deux ans (l'année étant calculée en année civile). La femme enceinte peut bénéficier d'un tarif de remboursement plus avantageux (circulaire INAMI du 2 juin 2010) : le remboursement s'élève à 30 euros par séance, avec un maximum de huit séances par grossesse.

La liste des tabacologues reconnus est disponible sur le site: http://www.tabacologue.be

8.2. Les pédiatres peuvent contribuer à promouvoir les solutions qui existent en matière d'accompagnement au sevrage tabagique.

- Le FARES organise chaque année une formation en tabacologie. Celle-ci s'avère utile pour ceux qui souhaitent proposer un accompagnement au sevrage tabagique. Cette formation est en outre la seule qui donne droit au titre de tabacologue reconnu.

  Pour plus d'informations, contactez le secrétariat du FARES : prevention.tabac@fares.be ou au 02/512.29.36.
- Des outils de sensibilisation peuvent être mis gratuitement à disposition des pédiatres. Les commandes sont possibles par téléphone au 02/518.18.69/70 ou via le site www.naitreetgrandiresanstabac.be.

9. Conclusion

Le tabagisme passif se définit comme l'inhalation involontaire de la fumée de tabac présente dans l'air ambiant. Dans le monde, près de 40% des enfants sont exposés au tabagisme passif à domicile. Le tabagisme passif a de graves répercussions sur la santé d'un enfant. Il est la première cause évitable de morbidité et de mortalité pendant l'enfance. Ses conséquences au niveau santé sont plus graves chez l'enfant que chez l'adulte. De plus, l'enfant est davantage et plus souvent exposé au tabagisme passif que l'adulte. Le tabagisme passif augmente notamment le risque de mort subite du nourrisson, d'infections graves des voies respiratoires, d'altération de la fonction pulmonaire ou encore de troubles du comportement.
Il existe de nombreuses idées fausses quant à la manière de protéger les enfants du tabagisme passif. Quelques exemples : fumer à l'extérieur, ouvrir la vitre lorsqu'on fume en voiture, ventiler la pièce où on fume…Concrètement, la seule et unique mesure permettant de protéger un enfant du tabagisme passif consiste à lui offrir un environnement 100% non-fumeur. Il est de la responsabilité des professionnels de la santé d'aborder la problématique du tabagisme passif avec les parents. La règle des 5 A s'avère bien utile à cet égard. Il s'agit d'un programme en cinq étapes qui est axé sur le fumeur et met l'accent sur le droit à l'autodétermination de celui-ci.
Il est aussi possible d'orienter la personne vers un médecin ou un tabacologue reconnu chez qui il bénéficiera d'un accompagnement au sevrage tabagique. Ces consultations sont partiellement remboursées.

10. Références

1. Jarvie JA, Malone RE. Children's secondhand smoke exposure in private homes and cars: an ethical analysis. Americal journal of public health 2008;98:2140-5.

2. Randall S. Children and secondhand smoke: not just a community issue. Pediatric nursing 2006;18:29-31.

3. Matt GE, Bernert JT, Hovell MF. Measuring secondhand smoke exposure in children: an ecological measurement approach. Journal of pediatric psychology 2008;33:156-74.

4. OIVO. Documentatiemap roken. Brussel, OIVO 2004.

5. Ortega G, Castellà C, Martin-Cantera C, Ballvé JL, Diaz E, Saez M, et al. Passive smoking in babies: the BIBE study (Brief intervention in babies. Effectiveness). BMC Public Health 2010;10:722.

6. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic: implementing smoke-free environments. Consulté le 29 juin 2011 via http://whqlibdoc.whont/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf.

7. Matt EG, Quintana PJE, Destaillats H, Gundel LA, Sleiman M, Singer BC, et al. Thirdhand tobacco smoke: emerging evidence and arguments for a multidisciplinary research agenda. Consulté le 18 juillet 2011, http://ehp03.niehs.nih.gov/article/info%3Adoi%2F10. 1289%2Fehp. 1103500.

8. Kind en gezin (2009). Het kind in Vlaanderen, 2009. Consulté le 18 août 2011, http://www.kindengezin.be/img/kind-in-vlaanderen-2009.pdf

9. Sockrider MM. Addressing tobacco smoke exposure: passive and active. Pediatr Pulmonol suppl 2004;26:183-7.

10. Sheahan SL, Free TA. Counseling parents to quit smoking. Pediatric Nursing 2005;31:98-109.

11. Ansari W. Passive smoking and chronic illness in children: age and gender inequalities, and the fallacy of 'low-strenght' cigarettes. Chronic illness 2005;1:87-91.

12. Roberts JW, Wallace LA, Camann DE, Dickey P, Gilbert SG, Lewis RG, et al. Monitoring and reducing exposure of infants to pollutants in house dust. Reviews of Environmental Contamination & Toxicology 2009;201:1-39.

13. Wilson KM, Klein JD, Blumkin AK, Gottlieb M, Winickoff JP. Tobacco smoke exposure in children who live in multiunit housing. Pediatrics 2011;127:85-92.

14. Anderson HR, Cook, DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. Thorax 1997;52:1003-9.

15. DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. Pediatrics 2004;113:1007-15.

16. Mitchell EA, Milerad J. Smoking and sudden infant death syndrome. Reviews on Environmental Health 2006;21:81-103.

17. Priest N, Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Spencer N, et al.. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke (review). The Cochrane Library 2008;4:CD001746.

18. Jones LL, Hashim A, McKeever T, Cook DG, Britton J, Leonardi-Bee J. Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. Respiratory research 2011;12:1-11.

19. Cook DG, Strachan DP. Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. Thorax 1997;52:1081–94.

20. Herrmann M, King K, Weitzman M. Prenatal tobacco smoke and postnatal secondhand smoke exposure and child neurodevelopment. Current opinion in pediatrics 2008;20:184-90.

21. Becklake MR, Ghezzo H, Ernst, P. Childhood predictors of smoking in adolescence : a follow-up study of Montreal school children. Canadian Medical Association Journal 2005;173:377-9.

22. Winickoff JP, Friebely J, Tanski SE, Sherrod C, Matt GE, McMillen RC et al. Beliefs about the health effects of thirdhand smoke and home smoking bans. Pediatrics 2009;123:74-9.

23. Matt GE, Quintana PJ, Zakarian JM, Fortmann AL, Chatfield DA, Hoh et al. When smokers move out and non-smokers move in : residential thirdhand smoke pollution and exposure. Tobacco Control 2010;20.

24. Schick, S. Thirdhand smoke: here to stay. Tobacco control 2011;20:1-3.

25. Gan Q, Hammond SK, Jiang Y, Yang Y, Hu, T. Effectiveness of smoke-free policy in lowering office secondhand smoke concentrations in china. Journal of Occupational and Environmental Health 2008;50:570-5.

26. King BA, Travers MJ, Cummings KM, Mahoney MC, Hyland AJ. Secondhand smoke transfer in multiunit housing. Nicotine & tobacco research 2010;12:1133-41.

27. Lee K, Hahn EJ, Robertson HE, Whitten L, Jones LK, Zahn B. Air quality in and around airport enclosed smoking rooms. Nicotine & tobacco research 2010;12:665-8.

28. Cains T, Cannata S, Poulos R, Ferson MJ, Stewart BW. Designated « no smoking » areas provide partial to no protection from environmental tobacco smoke. Tobacco control 2004;13:17-22.

29. Matt GE, Quintana PJE, Hovell MF, Bernert JT, Song S, Novianti N, et al. Households contaminated by environmental tobacco smoke: sources of infant exposures. Tobacco Control 2004;13:29-37.

30. Matt GE, Quintana PJE, Hovell MF, Chatfield D, Ma DS, Romero R et al. Residual tobacco smoke pollution in used cars for sale: air, dust, and surfaces. Nicotine & tobacco research 2008;10:1467-75.

31. Fortmannn AL, Romero, RA, Sklar M, Pham V, Zakarian J, Quintana PJ, et al. Residual tobacco smoke in used cars : futile efforts and persistent pollutants. Nicotine & tobacco research 2010;12:1029-36.

32. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Washington: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health 2006.

33. Osadchy A, Kazmin A, Koren G. Nicotine replacement therapy during pregnancy: recommended or not recommended? Journal of obstetrics and gynaecology of Canada 2009;31:744-7.

34. Flenady V, Macphail J, New K, Devenish-Meares P, Smith J. Implementation of a clinical Patrice guideline for smoking cessation in a public antenatal care setting. The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology 2008;48:552-8.

35. Chapin j, Root W, American college of obstetricians and gynaecologists. Improving obstetrician-gynaecologist implementation of smoking cessation guidelines for pregnant woman: an interim report of the American college of obstetricians and gynaecologists. Nicotine & tobacco research: official journal of the society of research on nicotine and tobacco 2004;6:253-7.

36. U.S. preventive services task force. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobaccocaused disease in adults and pregnant woman: U.S. Preventive services task force reaffirmation recommendation statement. Annals of internal medicine 2009;150:551-5.

37. Best D, Committee on environmental health, Committee on native American child health & Committee on adolescence. From the American academy of pediatrics: technical report- secondhand and prenatal tobacco smoke exposure. Pediatrics 2009;124:1017-44.

38. Daisey JM, Mahanama KR, Hodgson AT. Toxic volatile organic compounds in simulated environmental tobacco smoke: Emission factors for exposure assessment. Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology 1998;8:313–34.

39. Singer BC, Hodgson AT, Guevarra KS, Hawley EL, Nazaroff WW. Gas-phase organics in environmental tobacco smoke. 1. Effects of smoking rate, ventilation, and furnishing level on emission factors. Environmental Science & Technology 2002;36:846–53.

40. U.S. Surgeon General. The health consequences of involuntary smoking: A report of the Surgeon General, 1986. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service Office on Smoking and Health, 1986.

41. Burnett KF, Young PC. Ask, advice, assist: pediatricians and passive smoke exposure. Clinical pediatrics 1999;38:339-45.

Une initiative du Fares asbl avec le soutien du SPF Santé Publique et de l'INAMI, dans le cadre du Fonds de lutte contre les assuétudes

FARES asbl Service Prévention Tabac

VRGT Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding vzw

INAMI

service public fédéral SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT