

Mots clés :

Tabagisme
passif
Risque
Enfant
Asthme
Sevrage

L'enfant est une des principales victimes du tabagisme passif (TP) par le biais du tabagisme parental¹. La majorité des enfants naissent de parents âgés de 26 à 34 ans, tranche d'âge où 46% des hommes et 36% des femmes sont fumeurs². Plusieurs études et synthèses précisent la nature du risque pour la santé du nourrisson et de l'enfant et confirment la fréquence de l'exposition, ainsi que la difficulté de réduire le TP.

L'enfant et le tabagisme parental

Fréquence de l'exposition des enfants au TP

Dans une étude anglaise chez des collégiens de 11 à 15 ans non fumeurs, 50% des parents étaient fumeurs en 1990, 45% en 1996. Le taux salivaire de cotinine <15 ng/ml (pour éliminer les enfants fumeurs) était en 1988 entre 1 et 3 ng/ml si les parents fumaient, croissant selon que le père seul, la mère seule ou les deux fumaient. Il était à 0,60 ng/ml si les parents étaient non fumeurs, traduisant le TP résiduel lié à l'exposition dans les lieux publics. Ces taux ont diminué de 50% en 1996, et de 25% chez les enfants de parents fumeurs, sans doute sous l'influence des campagnes anti-tabac³.

Risques associés au TP

In utero :

L'association TP / **retard de croissance intra-utérin et prématurité** est indépendante de l'âge maternel, de la parité, du rang de naissance et de la classe socio-économique^{1,4}.

Chez le nourrisson :

- une méta-analyse de 32 études a montré le doublement du **risque de mort subite inexplicquée**, aussi bien si la mère a fumé pendant la grossesse que si le nourrisson n'est exposé qu'après sa naissance¹.

- Les nourrissons exposés in utero avaient une **altération précoce des paramètres respiratoires, et une hyperréactivité bronchique**. Dans une étude, le risque de bronchiolite était décuplé¹.

Chez l'enfant :

- **Infections des voies aériennes plus fréquentes** : infections basses 2 fois plus fréquentes si un des parents fume, otites plus fréquentes et prolongées¹.

- **Asthme plus fréquent et sévère** : incidence augmentée de 36% si la mère fume, 50% si ce sont les deux parents⁴. Le nombre d'exacerbations portant surtout sur la toux et d'épisodes de gêne respiratoire est corrélé à l'importance de l'exposition, et surtout au tabagisme maternel¹. Les données sont contradictoires sur une sensibilisation allergénique liée au TP.

- **Altérations de la fonction respiratoire** : elles sont discrètes à l'âge scolaire, à l'inverse de celles du premier âge, sauf chez les enfants atteints de mucoviscidose¹.

Chez l'adolescent :

Le « risque » associé au tabagisme familial est celui d'un tabagisme de l'adolescent. Une étude américaine⁵ a montré chez l'adolescent fumeur, que c'est l'arrêt du tabagisme familial qui est le plus déterminant pour son arrêt propre.

Comment faire diminuer le TP d'origine familial ?

Peu d'études sont probantes. Le **simple conseil bref** est inefficace dans 2 études. Dans l'une (501 familles avec TP et un enfant asthmatique), l'information sur le TP suivie du conseil, soit d'arrêt du tabac, soit de réduction de la consommation, n'avait entraîné à 1 an aucun arrêt, seulement une légère diminution de la cotinine salivaire chez les enfants, un peu plus marquée dans le groupe arrêt⁶. Dans l'autre étude, chez 108 mères fumeuses, une **thérapie comportementale** avec 6 séances est un peu plus efficace que l'information brève.

Il semble que la motivation de protection de l'enfant ne soit pas suffisante.

Que conclure pour notre pratique ?

Le TP présente un risque marqué pour l'enfant et l'adolescent

: notamment augmentation du risque de mort subite, des infections respiratoires, de l'asthme, et aussi du tabagisme à l'adolescence.

Le risque associé au TP est proportionnel à l'importance du tabagisme parental, le tabagisme maternel ayant plus de retentissement que le tabagisme paternel.

L'image du tabagisme parental est importante pour l'enfant : elle favorise le tabagisme à l'adolescence, et à l'inverse l'arrêt du tabagisme parental favorise l'arrêt du tabagisme du jeune.

L'arrêt du tabagisme parental est difficile. La simple information sur ses conséquences pour l'enfant est insuffisante pour obtenir le sevrage. Une thérapie comportementale semble un peu plus efficace. Ce peut être une des utilisations de **l'entretien motivationnel** que nous avons présenté dans le Bibliomed 413 (4/2/2006).

Références

- 1- Juchet A et al. Les méfaits du tabagisme chez l'enfant: les pédiatres doivent agir. Arch Pédiatrie. 2001; 8: 539-44.
- 2- Guilbert Ph et al. Tabagisme: estimation de la prévalence déclarée, baromètre santé France 2004-2005. BEH. 2005; ?; 97-8.
- 3- Jarvis MJ et al. Children's exposure to passive smoking in England since the 1980s: cotinine evidence from population surveys. BMJ. 2000; 321: 343-5.
- 4- Delcroix M, Gomez C. Grossesse et tabac. BMJ. 2006; 21-22: 145-7.
- 5- Bridevaux PO, Rochat T. Tabagisme passif et santé respiratoire. Rev Med Suisse. 2006; 2: 2611-5.
- 6- Wakefield MA et al. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. BMJ. 2000; 321: 333-7.
- 7- Irvine L et al. Advising parents of asthmatic children on passive smoking: randomised controlled trial. BMJ. 2000; 321: 337-42.
- 8- Hovell MF et al. Effect of counselling mothers on their children's exposure to environmental tobacco smoke: randomised controlled trial. BMJ. 2000; 321: 337-42.