

MINISTERE DE LA SANTE
REGION GRAND EST
INSTITUT LORRAIN DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE DE NANCY

**KINESITHERAPIE ET REPERAGE DU TABAGISME CHEZ
L'ADOLESCENT : UNE COMPETENCE ENCORE PEU MOBILISEE ?**

ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE AUPRES DES MASSEURS-
KINESITHERAPEUTES DE LA REGION GRAND EST

Sous la direction de

HEIL Léa

Mémoire présenté par **Loren FRAYSSINET**
étudiante en 4^{ème} année de masso-
Kinésithérapie en vue de valider l'UE 28
dans le cadre de la formation initiale du
Diplôme d'Etat de Masseur-kinésithérapeute

Promotion 2022-2026



Avertissement

Ce document est le fruit d'un long travail et a été validé par l'auteur et son directeur de mémoire en vue de l'obtention de l'UE 28, Unité d'Enseignement intégrée à la formation initiale de masseur kinésithérapeute.

L'IFMK de Nancy n'est pas garant du contenu de ce mémoire mais le met à disposition de la communauté scientifique élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : secretariat@kine-nancy.eu

Liens utiles

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23431>



UE28

Mémoire

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONTRE LE PLAGIAT

Je soussigné(e) ...[FRAYSSINET Loren](#).....

étudiant(e) en K5 et réalisant un mémoire d'initiation à la recherche et sous la direction de**HEIL Léa**..... à l'IFMK de Nancy,

certifie que le manuscrit présenté en vue de la soutenance est le fruit d'un travail original et que toutes les sources utilisées ont été clairement indiquées.

Je certifie, de surcroît, que je n'ai ni copié, ni utilisé des idées ou des formulations tirées d'un ouvrage, article ou mémoire, en version imprimée ou électronique, sans mentionner précisément leur origine et que les citations sont expressément signalées entre guillemets (ou par une autre disposition graphique sans ambiguïté).

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la commission disciplinaire et les tribunaux de la République française pour plagiat universitaire.

Fait à Nancy le ...**27 janvier 2026**

Signature



UE28

Mémoire

Attestation d'utilisation éthique d'une Intelligence Artificielle (IA)

1. Informations générales

Je soussigné(e)**FRAYSSINET Loren**.....

Étudiant(e) en K5 à l'IFMK de Nancy réalisant un mémoire d'initiation à la recherche, sous la direction de **HEIL Léa**.....

2. Utilisation de l'IA (indiquer votre autoévaluation avec l'échelle numérique dans la dernière colonne)

Aide à la compréhension de concepts / recherche bibliographique	0 (pas du tout) -----à 10 (beaucoup)	3
Traduction	0 (pas du tout) -----à 10 (beaucoup)	0
Reformulation / amélioration du style	0 (pas du tout) -----à 10 (beaucoup)	6
Planification ou structure du manuscrit	0 (pas du tout) -----à 10 (beaucoup)	5
Génération de contenu (texte, figures, images...)	0 (pas du tout) -----à 10 (beaucoup)	1
Traitement des résultats et analyse des données	0 (pas du tout) -----à 10 (beaucoup)	2

Autres utilisations à préciser :

...*Planification quantité de travail, suggestion titre graphique, vérification erreur graphique/données, guidance sur excel pour tableau d'analyse croisé*.....

Outils d'IA utilisés (ChatGPT, Gemini, Perplexity, Mistral...) :

...*ChatGPT, Gemini, LitSense*.....

3. Engagement

- Je m'engage à ce que cette déclaration reflète fidèlement mon usage de l'IA dans le respect des règles des textes réglementaires en vigueur (règlement intérieur, charte sur les IA, règlement des examens...).

Je déclare également avoir :

- Vérifié la pertinence des informations fournies par l'intelligence artificielle,
- Cité les sources de mes emprunts,
- Apporté une contribution personnelle suffisante à l'élaboration du devoir.

Fait à Nancy le 27 janvier 2026

Signature

ILFMK Version du 25/09/2025

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements les plus sincères à ma **directrice de mémoire**, Madame **Léa Heil**, pour son accompagnement attentif, ses conseils précieux et le temps qu'elle a consacré à ce travail. Sa rigueur scientifique, son expertise en kinésithérapie respiratoire et sa passion pour la profession et l'encadrement m'ont été d'un soutien essentiel tout au long de l'élaboration de ce mémoire. Cela m'a permis de mener ce projet de fin d'étude avec exigence et réflexion.

Je souhaite également remercier l'ensemble des masseurs-kinésithérapeutes diplômés ayant accepté de participer à cette étude en répondant au questionnaire. Leur disponibilité et leur engagement ont rendu ce travail possible.

Mes remerciements vont aussi à mes professeures référentes de l'école, Madame **Mélanie Jambeau** et Madame **Hélène Marinho**, pour leur accompagnement tout au long du cursus et pour les échanges constructifs qui ont permis de faire émerger et de structurer les premières réflexions de ce travail.

Un remerciement particulier à Monsieur **Pascal Gouilly**, directeur de l'ILFMK, ainsi qu'à Madame **Corinne Friche**, pour leur aide précieuse dans la diffusion du questionnaire, permettant une visibilité et une participation particulièrement efficaces grâce à leur réseau professionnel.

Je remercie également les **personnes ressources** m'ayant aidé tout du long, à différentes étapes de ce mémoire contribuant à renforcer la qualité de ce travail.

Enfin, c'est sans oublier le soutien de ma **famille** et leurs encouragements à leur différente manière durant ces quatre années d'étude mais surtout sur ce dur et long labeur qu'est le mémoire de fin d'étude. Merci d'avoir eu les mots et les attentions justes.

Kinésithérapie et repérage du tabagisme chez l'adolescent : une compétence encore peu mobilisée ? Enquête par questionnaire auprès des masseurs-kinésithérapeutes de la région Grand est

Introduction : Le tabagisme chez l'adolescent constitue un enjeu majeur de santé publique, tant par ses conséquences immédiates que par le risque de dépendance durable à l'âge adulte. Les masseurs-kinésithérapeutes, en raison de la fréquence et la régularité des séances, occupent une position privilégiée pour participer au repérage précoce et à la prévention du tabagisme. Toutefois, les pratiques d'évocation du tabac auprès des adolescents restent peu documentées en kinésithérapie.

Matériels et méthode : une étude descriptive, à visée exploratoire, a été menée à l'aide d'un questionnaire auto-administré diffusé auprès de masseurs-kinésithérapeute (n=77), exerçant dans la région Grand est. Les données recueillies comprenaient des variables quantitatives descriptives et des réponses qualitatives libres. L'analyse a été réalisée sans recours à des tests statistiques.

Résultats : une majorité des répondants reconnaît un rôle au masseur-kinésithérapeute dans la prévention du tabagisme chez l'adolescent (87%), mais seuls 23% déclarent aborder le tabac occasionnellement en séance. Lorsque le sujet est évoqué, il s'inscrit principalement dans une démarche réactive, déclenchée par des signes cliniques, le lien avec le motif de consultation ou l'initiative de l'adolescent. Les freins identifiés relèvent de dimensions relationnelles et cliniques : la crainte de mal s'y prendre (18%), le respect de la vie privée (16%), le manque de formation perçue (16%) et la peur d'altérer l'alliance thérapeutique. Le sentiment de légitimité professionnelle apparaît globalement élevé (80%), sans se traduire systématiquement par une mise en pratique. La formation, initiale ou complémentaire, ne montre pas de différence nette dans les pratiques déclarées d'évocations. Concernant le tabagisme passif, 35% des répondants déclarent s'interroger sur l'exposition en pratique, tandis que 62% rapportent avoir déjà identifié un adolescent exposé au tabac à domicile, sans que cela fasse l'objet d'un questionnement.

Discussion : les résultats mettent en évidence un décalage entre la reconnaissance du rôle préventif des masseurs-kinésithérapeutes et la faible intégration du dépistage du tabac dans les pratiques cliniques. L'alliance thérapeutique apparaît comme un élément central de l'évocation du tabac chez l'adolescent, tandis que les facteurs organisationnels semblent jouer un rôle secondaire. Ces résultats soulignent l'intérêt de renforcer la structuration de la prévention du tabagisme en kinésithérapie, notamment par des outils adaptés et une clarification du rôle professionnel.

Mots clés : adolescence – alliance thérapeutique – kinésithérapie- prévention- tabagisme

Physiotherapy and identifying smoking among adolescents : a skill that is still underutilised?

Questionnaire survey of physiotherapists in the Grand Est region

Introduction : smoking among adolescents is a major public health issue, both because of its immediate consequences and because of the risk of long-term addiction in adulthood. Physiotherapists, due to the frequency and regularity of their sessions, are in a privileged position to participate in the early detection and prevention of smoking. However, practices for discussing smoking with adolescents remain poorly documented in physiotherapy.

Material and methods : a descriptive, exploratory study was conducted using a self-administered questionnaire distributed to physiotherapists (n=77) practising in the Grand Est region. The data collected included descriptive quantitative variables and open-ended qualitative responses. The analysis was performed without the use of statistical tests.

Results : A majority of respondents recognise the role of physiotherapists in preventing smoking among adolescents (87%), but only 23% say they occasionally discuss smoking during sessions. When the subject is raised, it is mainly in a reactive manner, triggered by clinical signs, the reason for the consultation, or the adolescent's initiative. The obstacles identified are relational and clinical: fear of doing the wrong thing (18%), respect for privacy (16%), perceived lack of training (16%) and fear of damaging the therapeutic alliance. The sense of professional legitimacy appears to be high overall (80%), but this does not systematically translate into practice. Initial or additional training does not show any clear difference in the reported practices of raising the issue. With regard to passive smoking, 35% of respondents say they question exposure in practice, while 62% report having already identified an adolescent exposed to tobacco at home, without this being the subject of questioning.

Discussion : The results highlight a discrepancy between recognition of the preventive role of physiotherapists and the low integration of tobacco screening into clinical practice. The therapeutic alliance appears to be a key factor in raising the issue of tobacco use with adolescents, while organisational factors seem to play a secondary role. These results highlight the importance of strengthening the structure of tobacco prevention in physiotherapy, in particular through the use of appropriate tools and clarification of the professional role.

Key words : adolescence – therapeutic alliance – physiotherapy – prevention – smoking

SOMMAIRE

1.	INTRODUCTION	1
1.1.	Contexte et problématique	1
1.2.	Tabagisme et adolescence	3
1.2.1.	<i>Définitions : tabagisme actif, passif et adolescence</i>	3
1.2.2.	<i>Prévalence et évolutions récentes du tabagisme adolescent</i>	3
1.2.3.	<i>Conséquences sanitaires et neurocognitives du tabagisme adolescent</i>	5
1.2.4.	<i>Produits émergents et normalisation des usages nicotiniques</i>	6
1.2.5.	<i>Déterminants de l'initiation : influences sociales, familiales et vulnérabilité individuelle</i>	7
1.3.	Tabac et sevrage : rôle des professionnels de santé	7
1.3.1.	<i>Le conseil minimal : une intervention simple et accessible</i>	7
1.3.2.	<i>Interventions scolaires et campagnes de prévention</i>	8
1.3.3.	<i>Spécificités de l'abord du tabac à l'adolescence</i>	9
1.4.	Kinésithérapie et prévention	10
1.4.1.	<i>Cadre réglementaire et compétences en prévention</i>	10
1.4.2.	<i>Expériences existantes et dispositifs de formation</i>	11
1.4.3.	<i>Dépistage précoce : opportunités et obstacles en pratique</i>	12
1.4.4.	<i>Dialogue thérapeutique et posture bienveillante par l'entretien motivationnel</i>	12
2.	MATERIELS ET METHODE	14
2.1.	Stratégie de recherche documentaire	14
2.2.	Choix méthodologique et élaboration du questionnaire	15
2.2.1.	<i>Choix méthodologique et élaboration du questionnaire</i>	15
2.2.2.	<i>Modalités de recrutement et phase de pré-tests</i>	15
2.3.	Population cible et modalité de recrutement	16
2.4.	Modalités de diffusion et recueil des données	17
2.4.1.	<i>Diffusion du questionnaire et relance</i>	17
2.5.	Analyse des données	17
2.6.	Considérations éthiques et réglementaires	18
2.7.	Matériel	18
3.	RESULTATS	18
3.1.	Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants	18

3.2. Pratiques d'abord du tabac chez les adolescents	19
3.2.1. <i>Fréquence d'abord du tabac</i>	19
3.2.2. <i>Contexte d'abord du tabac chez les adolescents</i>	20
3.2.3. <i>Sensibilité des masseurs-kinésithérapeutes au tabagisme passif chez l'adolescent</i>	20
3.2.4. <i>Connaissance des modes de consommation de tabac et de nicotine</i>	21
3.2.5. <i>Conduites adoptées en cas d'exposition passive suspectée ou connue</i>	22
3.2.6. <i>Utilisation d'outils d'aide au sevrage tabagique et outils perçus comme utiles pour aborder la question du tabac</i>	23
3.3. Contextes et conditions d'émergence de l'abord du tabac	24
3.3.1. <i>Facteurs déclarés influençant la décision d'aborder le tabac</i>	24
3.3.2. <i>Exposition à la patientèle adolescente et évocation du tabac</i>	25
3.4. Actions mises en place lors de l'évocation du tabac	26
3.5. Freins identifiés à l'évocation du tabac chez l'adolescent	27
3.6. Sentiment de légitimité professionnelle à aborder le tabac	28
3.6.1. <i>Lien entre rôle préventif et sentiment de légitimité perçue par les masseurs-kinésithérapeutes</i>	28
3.6.2. <i>Légitimité perçue et pratiques d'abord du tabac</i>	29
3.6.3. <i>Formation complémentaire des masseurs-kinésithérapeutes</i>	30
3.6.4. <i>Formation complémentaire et pratique d'abord du tabac</i>	31
3.6.5. <i>Formation complémentaire et sentiment de légitimité professionnelle</i>	32
3.7. Facteurs individuels, relationnels et contextuels associés à l'abord du tabac	32
3.7.1. <i>Profil tabagique du masseur-kinésithérapeute et abord du tabac</i>	32
3.7.2. <i>Formation initiale et abord du tabac selon l'année et le lieu d'obtention du diplôme</i>	33
3.7.3. <i>Type d'exercice professionnel et abord du tabac</i>	34
3.7.4. <i>Facteurs perçus comme facilitant l'alliance thérapeutique avec l'adolescent</i>	34
3.7.5. <i>Alliance thérapeutique perçue et abord du tabac actif</i>	35
3.7.6. <i>Alliance thérapeutique et évocation du tabagisme passif</i>	35
3.8. Perspectives professionnelles perçues et reconnaissance de l'évocation du tabac	36
4. DISCUSSION	36
4.1. Rôle et légitimité des masseurs-kinésithérapeutes dans la prévention du tabagisme adolescent	37
4.1.1. <i>Une reconnaissance du rôle préventif en cohérence avec les recommandations institutionnelles</i>	37
4.1.2. <i>Sentiment de légitimité professionnelle et pratiques d'abord du tabac</i>	38

4.2. Modalités concrètes d'abord du tabac : une pratique majoritairement réactive.....	40
4.2.1. <i>Un abord principalement déclenché par le contexte clinique</i>	<i>40</i>
4.2.2. <i>Exposition à la patientèle adolescente et pratiques d'évocation du tabac.....</i>	<i>41</i>
4.3. Freins et leviers à l'abord du tabac	42
4.3.1. <i>Freins perçus par les masseurs-kinésithérapeutes.....</i>	<i>42</i>
4.3.2. <i>Valorisation de l'acte et contexte organisationnel</i>	<i>43</i>
4.4. Spécificité du contexte adolescent : tabagisme actif, tabagisme passif et alliance thérapeutique.....	43
4.4.1. <i>L'alliance thérapeutique comme condition centrale de l'abord du tabac</i>	<i>43</i>
4.4.2. <i>Sensibilité des masseurs-kinésithérapeutes au tabagisme passif : regard croisé avec les données populationnelles.....</i>	<i>44</i>
4.4.3. <i>Tabagisme actif et tabagisme passif : une évocation modulée par l'alliance thérapeutique</i>	<i>45</i>
4.5. Facteurs individuels et professionnels associés	45
4.5.1. <i>Profil du masseur-kinésithérapeute et pratiques d'abord du tabac.....</i>	<i>45</i>
4.5.2. <i>Caractéristiques professionnelles et modalités d'abord</i>	<i>46</i>
4.6. Limites et biais de l'étude	47
4.6.1. <i>Limites méthodologiques.....</i>	<i>47</i>
4.6.2. <i>Limites liées au recueil déclaratif et à l'interprétation des données.....</i>	<i>48</i>
4.7. Ouverture et perspectives	48
4.7.1. <i>Pistes d'amélioration des pratiques professionnelles</i>	<i>48</i>
4.7.2. <i>Perspective de recherche.....</i>	<i>49</i>
5. CONCLUSION.....	49

LISTE DES FIGURES

Figure 1: schéma représentatif des trois courants de fumée (source : formation FAST)	3
Figure 2: évolution des usages quotidiens de tabac et des usages réguliers d'alcool et de cannabis à 17 ans dans la région Grand Est et en France métropolitaine entre 2005 et 2022 (%) (source : OFDT, 2022)	4
Figure 3: flyer de présentation du programme Unplugged	8
Figure 4: exemple de balance décisionnelle selon la méthode de l'entretien motivationnel (source : CAPS, 2022)	13
Figure 5: graphique représentant la fréquence d'évocation du tabac auprès des adolescents par les masseurs-kinésithérapeutes (n=77)	19
Figure 6: graphique représentant les différents contextes déclarés d'évocation du tabac auprès des patients adolescents par les masseurs-kinésithérapeutes (réponses multiples).20	
Figure 7: graphique représentant les modes de consommation de tabac et de nicotine connus par les masseurs-kinésithérapeutes (réponses multiples) (n=77)	22
Figure 8: graphique représentant la répartition des conduites adoptées par les masseurs-kinésithérapeutes face à une exposition passive au tabac chez l'adolescent	22
Figure 9: graphique représentant l'utilisation déclarée d'outil d'aide au sevrage tabagique utilisés auprès des adolescents (n=77)	23
Figure 10: graphique représentant les différents outils perçus comme utiles pour aborder ou accompagner la question du tabac auprès des adolescents (réponses multiples, n=77).	24
Figure 11: graphique représentant les facteurs déclarés qui influencent la décision d'aborder ou non le tabac chez un adolescent	25
Figure 12: graphique représentant les pratiques d'évocation du tabac en fonction de la proportion d'adolescents dans la patientèle (n=77)	25
Figure 13: graphique représentant les actions mises en place par les masseurs-kinésithérapeutes lors de l'identification d'un tabagisme actif chez un patient adolescent.	26
Figure 14: graphique représentant la répartition des freins associés au non-abord à l'évocation du tabac chez l'adolescent (choix multiples)	27
Figure 15: Graphique représentant la perception du rôle du MK dans la prévention tabagique chez l'adolescent (n=77)	28
Figure 16: graphique représentant la répartition du sentiment de légitimité professionnelle à aborder le tabac chez les adolescents (échelle de Likert ; n=77)	29
Figure 17: graphique représentant la relation entre le sentiment de légitimité professionnelle et l'évocation du tabac chez les adolescents	29
Figure 18: graphique représentant la connaissance et suivi de la formation FAST par les répondants (n=77)	30
Figure 19: graphique représentant la répartition des formations complémentaires suivies par les masseurs-kinésithérapeutes	31
Figure 20: graphique représentant la proportion de masseurs-kinésithérapeutes abordant le tabac selon leur profil tabagique (n=77)	33
Figure 21: thématiques issues de l'analyse qualitative des réponses libres à la question : "qu'est-ce qui facilite une bonne alliance avec un adolescent ?"	34
Figure 22: graphique représentant la comparaison entre l'abord du tabagisme actif et passif chez les adolescents (au moins une fois)	36
Figure 23: perception de la reconnaissance de l'évocation du tabac comme acte valorisable en kinésithérapie	36

Figure 24: Pyramide de Miller montrant l'évolution de l'éducation médicale (attitudes, connaissances et habiletés)	40
---	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: analyse thématique des réponses libres à la question « Dans quels contextes parlez-vous du tabac avec un adolescent ? » (réponses multiples possibles) (n=10)	20
Tableau II : sensibilité déclarée des masseurs-kinésithérapeutes au tabagisme passif chez l'adolescent.	21
Tableau III : analyse thématique des réponses libres concernant les conduites adoptées en cas d'exposition passive suspectée ou connue (n=8).	22
Tableau IV: analyse des outils d'aide au sevrage tabagique utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes issus des réponses libres (n=7).	23
Tableau V : analyse des réponses libres « autre » concernant les outils perçus comme utiles pour aborder la question du tabac (n=4).....	24
Tableau VI : regroupement thématique des actions issues des réponses libres relatives à l'abord du tabac chez les adolescents.....	26
Tableau VII: regroupement thématique des freins issus des réponses libres (« autres»).	27
Tableau VIII : croisement entre formation complémentaire et pratiques d'abord du tabac auprès des adolescents (n=77).	31
Tableau IX: répartition du sentiment de légitimité à aborder le tabac selon la formation complémentaire déclarée.	32
Tableau X: évocation du tabac auprès des adolescents selon l'année et le pays d'obtention du diplôme.	33
Tableau XI : type d'exercice professionnel abord du tabac auprès des adolescents.	34
Tableau XII: association entre l'alliance thérapeutique perçue comme levier et l'évocation du tabac actif chez l'adolescent.....	35
Tableau XIII : perception de l'alliance thérapeutique comme levier et l'abord du tabagisme passif.....	35

LISTE DES ABREVIATIONS

ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ARS	Agence régionale de santé
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CNAM	Caisse nationale de l'Assurance Maladie
CNOMK	Conseil National de l'Ordre des Masseurs-kinésithérapeutes
CPP	Comité de Protection des Personnes
DREES	Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FAST	Formation au sevrage tabagique
HAS	Haute autorité de Santé
INCa	Institut national du cancer
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MK	Masseur kinésithérapeute
OFDT	Observatoire français des drogues et des tendances addictives
OMK	Ordre des masseurs-kinésithérapeutes
OMS	Organisation mondiale de la santé
RGPD	Règlement général sur la protection des données

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte et problématique

Le tabac demeure la première cause de mortalité évitable en France, responsable d'environ 75 000 décès chaque année, principalement liés aux cancers et aux maladies cardiovasculaires (1). Cet enjeu de santé publique est d'autant plus préoccupant que l'initiation au tabagisme survient précocement : l'âge moyen de la première cigarette est estimé à 14,4 ans (2). Cette entrée précoce dans les consommations nicotiniques explique que le tabagisme puisse être qualifié de véritable « pandémie pédiatrique », en raison de ses conséquences durables sur la santé à l'âge adulte.

Malgré la mise en œuvre de politiques ambitieuses, le tabac reste largement expérimenté à l'adolescence. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 15% des adolescents de 15 ans déclaraient avoir fumé au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours en 2020, et près d'un tiers rapportaient une expérimentation au tabac (3). Néanmoins, les stratégies nationales, comme le Programme Nationale de Lutte contre le Tabac (PNLT) 2023-2027, ciblent de manière minoritaire cette population pourtant stratégique pour la prévention primaire et le repérage précoce.

D'un point de vue législatif, plusieurs mesures visent à limiter l'initiation et l'exposition passive des mineurs. La vente de produits du tabac est interdite aux mineurs depuis 2009, interdiction étendue aux cigarettes électroniques en 2014. Plus récemment, le **décret n°2025-582 du 27 juin 2025** à renforcer l'interdiction de fumer dans de nombreux espaces extérieurs fréquentés par les mineurs, mesure précisée par un **arrêté du 21 juillet 2025** (5). Ces initiatives montrent la volonté des pouvoirs publics de tendre vers une « génération sans tabac ».

Dans ce contexte, la mobilisation des professionnels de santé constitue un levier central. Le rôle des médecins, infirmiers, pharmaciens ou sage-femmes dans la prévention tabagique a été largement documenté, celui des MK demeure moins défini. Pourtant, leur proximité avec les adolescents suivis en rééducation, la régularité des séances et la relation de confiance construite dans la durée en font des acteurs de premières lignes potentiels. En 2014, l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (OMK) recensait près de 109 000 professionnels en exercice, majoritairement en activité libérale ou mixte (6). Bien que les rapports institutionnels disponibles, tels que la DRESS, CNAM, Ordre des MK, ne ventilent pas les actes kinésithérapiques selon l'âge, les recommandations de bonnes pratiques confirment une prise en charge fréquente des adolescents en kinésithérapie, notamment en traumatologie sportive, scoliose ou pathologies respiratoires (7,8).

Cette absence de données précises constitue un frein à l'évaluation du rôle potentiel des Masseurs-kinésithérapeutes (MK) dans la prévention tabagique. Si leurs compétences en éducation à la santé, prévention et repérage des conduites à risque sont reconnues, leur implication réelle dans ce domaine reste peu étudiée et peu valorisée. Dans ce contexte, il semble pertinent de s'interroger sur la manière dont les MK abordent la question du tabac auprès de leur patientèle adolescente ?

La question de recherche de ce mémoire est la suivante : **quel abord est proposé par les masseurs-kinésithérapeutes de la question du tabac auprès de leur patientèle adolescente, et quels sont les freins ou leviers identifiés ?**

L'objectif principal est de réaliser un état des lieux de l'évocation du tabac par les MK auprès de leurs patients adolescents (<18 ans), en analysant la fréquence, les modalités et les contextes dans lesquels cette thématique est abordée. Les objectifs secondaires sont d'identifier les principaux freins à cette pratique et à examiner l'influence de certaines formations complémentaires sur la probabilité d'aborder le tabac en séance.

Pour répondre à ces objectifs, une enquête a été menée auprès des MK diplômés, exerçant sur la région Grand Est.

Cette étude repose sur plusieurs hypothèses de recherche :

- Hypothèse principale : le dépistage du tabagisme adolescent est peu pratiqué en séance de rééducation, en raison d'un manque de formation spécifique et/ou de sentiment de légitimité insuffisant.
- H2 : les masseurs-kinésithérapeutes ayant suivi une formation complémentaire en lien avec le sujet (prévention, tabacologie, respiratoire, Education Thérapeutique du Patient...) abordent plus facilement la question du tabac.
- H3 : la qualité de la relation thérapeutique influence la capacité du professionnel à évoquer ce sujet.
- H4 : le type d'exercice professionnel conditionne les pratiques préventives.

Dans ce mémoire, le terme « tabagisme » sera employé au sens large, incluant tabac à fumer, les dispositifs de vapotage, le tabac chauffé et le tabac à chiquer. Afin de mieux comprendre les enjeux de cette problématique, nous aborderons successivement les spécificités du tabagisme à l'adolescence, le rôle des professionnels de santé dans la prévention tabagique, puis la place de la kinésithérapie au regard des référentiels professionnels et des opportunités de repérage précoce.

1.2. Tabagisme et adolescence

1.2.1. Définitions : tabagisme actif, passif et adolescence

Selon l'Assurance maladie, le **tabagisme actif** (courant primaire) désigne l'inhalation volontaire de fumée de tabac, incluant les cigarettes, le tabac à rouler ou certains dispositifs alternatifs. Le **tabagisme passif**, quant à lui, correspond à l'inhalation involontaire de la fumée émise par la combustion du tabac (fumée secondaire) ou exhalée par un fumeur (fumée tertiaire) (Figure 1: schéma représentatif des trois courants de fumée (source : formation FAST)).

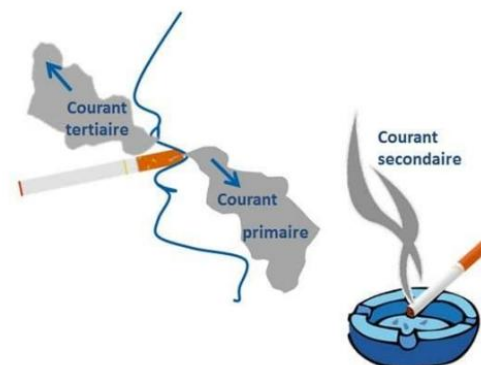


Figure 1 : schéma représentatif des trois courants de fumée (source : formation FAST)

L'adolescence, définie par l'OMS, comme la période entre 10 à 19 ans, est marquée par d'importantes transformations physiques, cognitives et psychosociales. Cette phase de construction identitaire s'accompagne d'une vulnérabilité accrue à l'expérimentation et aux comportements à risque, dont la consommation de substances psychoactives (9). Selon les travaux d'Erikson, cette période correspond à la recherche d'identité et d'appartenance sociale, pouvant favoriser l'adoption de comportements perçus comme valorisants ou intégrateurs (10). Le tabac peut être perçu comme un moyen de gestion du stress, d'affirmation de soi ou d'intégration sociale, notamment à travers des dispositifs comme les puffs, jugés « stylés » par certains adolescents; le stress scolaire, les tensions familiales et le mal-être émotionnel pouvant agir comme déclencheurs (11).

Après avoir précisé ces définitions et vulnérabilités propres à l'adolescence, il convient désormais d'examiner l'ampleur du phénomène à travers les statistiques disponibles, en France et en Europe.

1.2.2. Prévalence et évolutions récentes du tabagisme adolescent

En France, les enquêtes épidémiologiques montrent une baisse marquée du tabagisme adolescents depuis le début des années 2010. L'étude EnCLASS rapporte que la proportion de fumeurs quotidiens en classe de 3^e est passée de 15,6% en 2010 à 3,7 % en 2021, soit une division par quatre en une décennie (12).

A l'échelle européenne, l'enquête ESPAD 2024 (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) confirment cette dynamique, la France figurant parmi les pays ayant connu la diminution la plus rapide du tabagisme quotidien chez les adolescents de 16 ans (13).

Cette évolution reflète l'impact combiné des politiques de lutte contre le tabac, des campagnes de dénormalisation et de changements plus globaux des comportements (ex : hausse des prix, paquet neutre, campagnes de sensibilisation ciblées ainsi que de l'impact de la crise sanitaire de la Covid-19, etc.). Toutefois, ce recul demeure hétérogène selon les milieux sociaux et l'émergence de nouveaux produits (cigarettes électroniques, puffs, sachets de nicotine...) contribue à complexifier les usages et les mécanismes de dépendance, fréquemment sous-estimés par les adolescents (14,15).

Toutefois, l'enquête Escapad 2022 met en évidence d'importantes disparités sociales dans les usages tabagiques à 17 ans. La prévalence du tabagisme quotidien est nettement plus élevée chez les adolescents issus de milieux défavorisés, les apprentis et les jeunes déscolarisés, soulignant la nécessité d'actions de prévention ciblées et adaptées aux profils à risque (*annexe 1*) (15).

L'analyse des données issues de l'OFDT met en évidence une diminution marquée du tabagisme quotidien à 17 ans entre 2005 et 2022, tant au niveau national que dans la région Grand Est (Fig. 2). Dans cette région,

la prévalence du tabagisme quotidien est passée d'environ 34% en 2005 à près de 16% en 2022, suivant une trajectoire comparable à celle observée en France métropolitaine, bien que les niveaux demeurent légèrement supérieurs. Cette évolution favorable contraste toutefois avec la persistance d'usages réguliers d'autres substances, notamment l'alcool, soulignant la nécessité de maintenir des actions de prévention ciblées à l'adolescence (16).

Des projections internationales suggèrent que la poursuite des politiques de lutte contre le tabac pourrait permettre de maintenir, voire d'accélérer, la baisse de la prévalence observée, à condition de renforcer les actions de prévention et de repérage précoce auprès

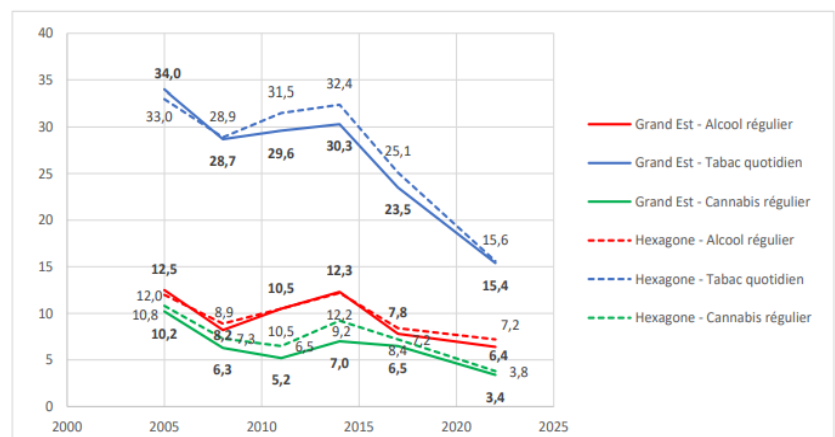


Figure 2: évolution des usages quotidiens de tabac et des usages réguliers d'alcool et de cannabis à 17 ans dans la région Grand Est et en France métropolitaine entre 2005 et 2022 (%) (source : OFDT, 2022)

des jeunes (17). En résumé, si ces tendances sont encourageantes, la prévention doit rester une priorité car c'est un enjeu majeur de santé publique, justifiant l'analyse des conséquences sanitaires et neurocognitives du tabagisme, présentées dans la section suivante.

1.2.3. Conséquences sanitaires et neurocognitives du tabagisme adolescent

La consommation de tabac à l'adolescence expose à des conséquences sanitaires précoces et durables. La nicotine, substance hautement addictive, agit sur un cerveau encore en développement et favorise une dépendance rapide, même en cas de consommation modéré. L'exposition à la nicotine durant cette période est associée à des altérations de fonctions cognitives, notamment de l'attention, de la mémoire de travail et des fonctions exécutives, et accroît la vulnérabilité à la dépendance à l'âge adulte (18,19).

Sur le plan neurocognitif, des chercheurs ont mis en évidence que, chez l'adolescent, la consommation de nicotine active plus fortement les circuits dopaminergiques du plaisir que ceux liés à l'anxiété : le risque de renforcement positif et d'addiction rapide et durable est bien présent chez cette population. L'exposition à la nicotine pendant l'adolescence fige les réseaux dopaminergiques dans un état immature en les déséquilibrant, ce qui prolonge la réponse comportementale à la réexposition à la nicotine (20,21). L'exposition précoce à la nicotine perturbe ainsi l'attention, la mémoire de travail et les fonctions exécutives. Elle augmente également le risque de troubles psychiatriques à l'âge adulte (dépression, schizophrénie, addictions) (20).

Sur le plan respiratoire, le tabagisme actif et passif entraîne une altération précoce de la fonction pulmonaire. L'exposition au tabagisme passif parental est associée à une augmentation de la prévalence des troubles respiratoires chroniques à l'âge adulte, tandis qu'un début de consommation à l'adolescence accroît le risque de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et des cancers à l'âge adulte, notamment bronchopulmonaires (22). Le vapotage, souvent perçu comme une alternative « moins nocive », expose néanmoins à des substances irritantes et toxiques (23). De plus, la consommation tabac-vapotage (« vapo-fumage ») ne procure aucun bénéfice sanitaire et reste fortement déconseillée (24).

Au-delà de ses effets systémiques, le tabagisme exerce un impact délétère sur les processus de réparation tissulaire, constituant un enjeu majeur en rééducation kinésithérapique. L'exposition à la fumée de cigarette est associée à une altération de la cicatrisation, notamment par une inhibition des mécanismes de réparation tissulaire et

osseuse, pouvant compromettre la récupération fonctionnelle et prolonger les délais de rééducation (25).

Ces éléments soulignent que les conséquences du tabagisme à l'adolescence dépassent la seule dépendance nicotinique et que l'émergence de nouveaux produits contribue à banaliser les usages, complexifiant les actions de prévention.

1.2.4. Produits émergents et normalisation des usages nicotiniques

Alors que le tabagisme classique recule, de nouveaux produits nicotiniques et non nicotiniques séduisent les jeunes générations. Les cigarettes électroniques, puffs, sachets de nicotine ou tabacs chauffés sont souvent perçus comme modernes et moins nocifs, favorisant leur banalisation. En 2022, l'expérimentation de la cigarette électronique a dépassé celle du tabac chez les 17 ans, marquant un tournant dans les pratiques (15).

L'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES) distingue trois grandes catégories : les produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler, tabac à pipe ou pipe à eau, cigares, cigarillos, tabac à mâcher, sachets de tabac à usage oral dit « snus », tabac chauffé), les produits du vapotages (e-cigarette, puff jetable, recharge liquide) et les produits à fumer à base de plantes aromatiques ou fruits, parfois qualifiés de « naturels » mais tout aussi nocifs par combustion (26). L'attractivité de ces dispositifs repose sur des arômes variés, des designs colorés, une accessibilité économique et une diffusion massive via Internet et les réseaux sociaux (24,27).

Les données issues des signalements aux centres antipoison mettent en évidence des risques sanitaires réels. Entre 2017 et 2022, près de 300 cas d'exposition ont été recensés chez des mineurs, avec un âge médian de 14 ans. Les sachets de nicotine sont notamment associés à des symptômes digestifs et neurologiques, tandis que certains dispositifs aromatisés peuvent être confondus avec des confiseries, exposant les enfants à des ingestions accidentelles (28).

Au-delà des risques immédiats, l'enjeu principal réside dans la normalisation de ces produits. Présentés comme innovants, « stylés » ou même « naturels », ils brouillent les repères des adolescents et renforcent l'illusion d'un usage sans danger, complexifiant ainsi le discours des professionnels de santé. Pour comprendre pourquoi ces produits rencontrent un tel succès, il convient désormais d'analyser les déterminants de l'initiation tabagique.

1.2.5. Déterminants de l'initiation : influences sociales, familiales et vulnérabilité individuelle

L'initiation tabagique à l'adolescence résulte de l'interaction de facteurs sociaux, individuels et familiaux. L'**âge d'initiation** constitue un déterminant majeur : une initiation avant dix ans présente une probabilité bien plus élevée de devenir fumeur quotidien ou intensif, comparativement à un début plus tardif (14-15 ans), soulignant l'importance d'interventions précoces, dès le collège (29). L'accessibilité aux produits, facilitée par l'argent de poche et la vente en ligne et l'essor des produits alternatifs, contribue également à l'expérimentation, ces derniers pouvant agir comme des portes d'entrée vers le tabac classique (29).

Les facteurs sociaux et environnementaux, en particulier le **modèle parental**, jouent un rôle déterminant dans l'initiation tabagique, avec des influences différenciées selon le sexe de l'adolescent. Chez les garçons, le tabagisme paternel double le risque de consommation, tandis que la présence d'une mère fumeuse semble paradoxalement exercer un effet protecteur. A l'inverse, chez les filles, le tabagisme maternel ou des deux parents accroît significativement la fréquence de consommation. Ces résultats suggèrent que l'identification au parent du même sexe constitue un vecteur majeur d'imitation et de normalisation (29). Par ailleurs, une revue systématique Cochrane montre l'efficacité des programmes de prévention impliquant directement la famille, menés entre 11 et 14 ans, permettent de réduire de 16 à 32% l'expérimentation ou l'adoption du tabagisme (30).

Ces déterminants rappellent que la prévention du tabagisme adolescent ne peut se limiter à une approche individuelle. Elle doit intégrer l'entourage familial, les pairs et le contexte social global, interrogeant ainsi la place du conseil minimal et des interventions adaptées menées par les professionnels.

1.3. Tabac et sevrage : rôle des professionnels de santé

La prévention tabagique s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire. Depuis 2014, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande que l'ensemble des professionnels de santé, et pas uniquement les médecins ou tabacologues, intègrent le repérage et le conseil bref dans leurs pratiques (31). Parmi les outils proposés, le conseil minimal en est la première étape.

1.3.1. Le conseil minimal : une intervention simple et accessible

Le conseil minimal est défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme une intervention brève, simple et reproductible, visant à amener le patient à réfléchir sur sa consommation et à envisager un changement : « *est-ce que vous fumez ?* » (Dépistage),

« *voulez-vous arrêter ?* » (Evaluation de la motivation) (31). Sa mise en œuvre repose sur quelques questions ou remarques ciblées, formulées dans un climat bienveillant, sans jugement ni culpabilisation. Selon une étude menée en 2015, ce type d'intervention a permis un arrêt du tabac chez 6,8% des fumeurs un mois après l'entretien (32). Si ce pourcentage peut paraître limité, il représente, à l'échelle d'une population, un levier majeur de santé publique.

Ce dispositif présente l'avantage d'être peu chronophage et facilement intégrable dans une séance de soin. Il peut donc être utilisé par tout professionnel, y compris par les MK, dont le temps est souvent contraint mais qui disposent d'un contact régulier avec leurs patients adolescents. Cependant, certains freins à l'utilisation de cette intervention sont identifiés parmi les professionnels : manque de temps, difficulté à aborder ce sujet face à un adolescent accompagné de ses parents, ou encore un sentiment de légitimité insuffisant, notamment pour les non-médecins (31). **L'objectif n'est pas de transformer le MK en tabacologue, mais de l'habiliter à initier la discussion et à orienter, si nécessaire, vers un accompagnement spécialisé.**

Au-delà de cette approche minimale, la prévention tabagique des jeunes repose aussi sur des actions collectives, notamment en milieu scolaire ou via des campagnes nationales.

1.3.2. Interventions scolaires et campagnes de prévention

La prévention du tabagisme chez les adolescents repose en grande partie sur des interventions en milieu scolaire, menées en coordination avec les acteurs de santé publique et soutenues par l'Education nationale. Ces actions visent principalement à retarder l'âge d'initiation et à limiter la normalisation du tabac.

Parmi les programmes structurés, **Unplugged** (Fig.3) porté par Fédération Addiction, s'appuie sur le développement des compétences psychosociales pour réduire les conduites addictives chez les collégiens, dont le tabac. Son efficacité a été mise en évidence, dans le Loiret, par une diminution de l'expérimentation des substances psychoactives et une meilleure résistance à la pression des pairs, avec un effet dose-réponse selon l'exposition au programme (33).



Figure 3: flyer de présentation du programme Unplugged

En lycée professionnel, le programme **Tabado**, soutenu par Santé publique France, propose un accompagnement au sevrage directement au sein des établissements, combinant sensibilisation collective et entretiens

motivationnels, en particulier auprès des publics les plus exposés (34). Ces dispositifs nationaux sont complétés par de nombreuses initiatives locales (ex : **PEPITES** dans l'Essone, **Explo'Tabac** en Loire-Atlantique) intégrées dans le cadre du Parcours éducatif de santé (PES), qui prévoit la sensibilisation aux conduites addictives dans les programmes scolaires, animés par les professionnels de santé scolaire (35).

Toutefois, méta-analyse récente de Gardner et al. (2024) souligne que si les interventions scolaires permettent une réduction significative des consommations à court terme, les effets à long terme restent limités, notamment face à l'émergence rapide de nouveaux produits nicotiques (36). Si ces interventions collectives constituent un levier essentiel par leurs campagnes éducatives répétées, elles ne suffisent pas à elles seules, et l'abord individuel du tabac chez l'adolescent requiert des modalités.

1.3.3. Spécificités de l'abord du tabac à l'adolescence

L'abord du tabac à l'adolescence nécessite une posture spécifique, adaptée au développement psycho-affectif et au besoin propre à cette période. Plusieurs freins ont été identifiés, notamment la peur du jugement, le manque de confiance, la présence des parents, et l'absence de garanties explicites sur la confidentialité (37).

La **confidentialité** constitue un déterminant central de la qualité de la relation soignant-soigné. Une étude qualitative menée par Theis et al. (2019), menée en soins primaires pédiatriques, montre que les adolescents préfèrent répondre à un dépistage dans un cadre privé, traduisant leur volonté d'honnêteté mais aussi leur tendance à se taire ou à biaiser leurs réponses s'ils se sentent observés (38). L'OMS a d'abord développé ces principes dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, mais les a depuis élargis à l'ensemble des soins destinés aux adolescents. Leur transposabilité aux conduites addictives, dont le tabac, apparaît donc justifiée : un jeune ne pourra s'exprimer librement sur sa consommation de tabac que s'il est assuré que ses propos ne seront pas systématiquement transmis aux parents, sauf en cas de risque vital ou de danger immédiat (39).

Par ailleurs, l'efficacité des interventions repose largement sur la **posture relationnelle** du professionnel. Une revue systématique Cochrane (Fanshawe et al., 2017) rappelle que les jeunes ne réagissent pas aux interventions de sevrage tabagique comme les adultes. L'écoute active, l'empathie et une approche non stigmatisante favorisent l'alliance thérapeutique et l'adhésion au changement, en cohérence avec les principes de l'entretien motivationnel (40). Ces éléments, qui rejoignent les principes de l'entretien motivationnel (voir section 1.4.4),

permettent de créer un climat de confiance propice à l'évocation de comportements de santé sensibles.

Ces constats sont directement transposables à la kinésithérapie. La relation suivie et régulière qu'entretiennent les MK et l'adolescent, souvent dans un cadre moins médicalisé et informel, crée un espace favorable l'évocation de comportements de santé sensibles, dont le tabac.

1.4. Kinésithérapie et prévention

Après avoir présenté le rôle global des professionnels de santé et les spécificités de l'abord du tabac à l'adolescence, il convient d'examiner plus précisément la place des MK. Leur contact régulier avec les adolescents et la relation de confiance construite au fil des séances en font des acteurs potentiels de prévention, encore peu étudiés dans la littérature.

1.4.1. Cadre réglementaire et compétences en prévention

Les MK sont des professionnels de santé de premiers recours, dont les missions sont définies par le Code de la santé publique. L'article L4321-1 précise qu'ils participent non seulement à la rééducation motrice et fonctionnelle, mais également à la prévention, l'éducation à la santé et la promotion des comportements favorables à la santé (41). Cette dimension préventive a été réaffirmée par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK), qui souligne leur rôle dans la lutte contre les facteurs de risque modifiables (42).

Depuis la loi de modernisation du système de santé de 2016, les MK sont habilités à prescrire des substituts nicotiques, au même titre que d'autres professionnels de santé. Cette évolution réglementaire permet à leurs patients d'accéder au forfait annuel de l'Assurance Maladie pour l'aide au sevrage tabagique, qui couvre le traitement de substitution à hauteur de 150 € par an. Elle représente une reconnaissance institutionnelle explicite de leur place dans l'accompagnement au sevrage. La prescription, qu'elle soit manuscrite ou informatisée, doit toutefois respecter un certain modèle (identité du praticien, du patient, détails du traitement prescrit, etc.) (43). Afin de faciliter cette démarche, une liste indicative des substituts nicotiques disponibles (patchs, gommes, pastilles, inhalateur, etc.) est proposée en annexe de ce mémoire (*annexe 2*). Cette compétence, encore trop méconnue, transforme le kinésithérapeute en un acteur de premier recours capable d'accompagner médicalement le sevrage, au-delà du simple conseil préventif.

Ainsi, au-delà des soins de rééducation, le cadre légal et déontologique confère aux MK un rôle potentiel en santé publique. Pourtant, cette dimension reste peu documentée dans la littérature, en particulier chez les adolescents. Il est pertinent d'examiner les expériences existantes où les MK ont déjà intégré la prévention du tabac à leur pratique.

1.4.2. Expériences existantes et dispositifs de formation

Plusieurs expériences illustrent déjà l'implication des MK dans la prévention tabagique, bien que celles-ci concernent majoritairement des patients adultes. Leur rôle est particulièrement identifié en kinésithérapie respiratoire, où ils interviennent auprès de patients atteints de pathologies chroniques (asthme, BPCO, mucoviscidose...) et participent à l'éducation thérapeutique et à la promotion de comportements favorables à la santé (44), rendant l'évocation du tabac particulièrement pertinente.

Les MK peuvent également être intégrés à des programmes d'**Education Thérapeutique du Patient (ETP)**, dans lesquels la prévention tabagique est parfois abordée, notamment dans les pathologies respiratoires (45). Des formations spécifiques, telles le **programme FAST** (Formation Au Sevrage Tabagique), financé par la Région Grand Est, visent à renforcer leur compétence en matière de sevrage tabagique à travers le conseil minimal, l'entretien motivationnel, les thérapies cognitives et comportementales (TCC), ainsi que l'utilisation de substituts nicotiniques (46).

Pour aller plus loin, certains MK choisissent de compléter leur formation par un **diplôme Inter-universitaire (DIU) en tabacologie**, leur permettant d'acquérir des compétences approfondies en prévention, éducation pour la santé, pilotage de projets et prise en charge des fumeurs. Ce parcours, plus exigeant, leur permet de devenir de véritables acteurs de santé publique dans le domaine du tabac.

Ces expériences confirment la légitimité des MK à intervenir dans la prévention tabagique mais concernent principalement des adultes, dans un contexte de pathologie chronique ou de sevrage. Le rôle des kinésithérapeutes auprès des adolescents demeure peu documenté, soulignant la nécessité d'explorer plus systématiquement leurs pratiques, leurs freins et leurs leviers.

1.4.3. Dépistage précoce : opportunités et obstacles en pratique

Le dépistage précoce du tabagisme adolescent constitue un enjeu majeur de santé publique. Le MK, par la régularité du suivi avec l'adolescent et la relation de confiance instaurée au fil des séances, occupent une position privilégiée pour aborder ce sujet.

Toutefois, plusieurs obstacles limitent cette démarche. Le manque de formation spécifique en tabacologie et en communication avec les adolescents, figure parmi les freins les plus cités. De nombreux professionnels expriment également un manque de connaissance sur le sujet du tabagisme et un sentiment d'illégitimité. A cela s'ajoutent des contraintes organisationnelles (manque de temps en consultation ou en séance, l'absence d'outils standardisée) (47,48). Ces obstacles sont renforcés par l'environnement socioculturel des adolescents : une ambiance familiale stressante, la banalisation de la consommation par les pairs ou la valorisation médiatique du tabac compliquent encore l'évocation du sujet par les professionnels (49).

En définitive, si les MK disposent d'opportunités réelles pour aborder le sujet, ils se heurtent encore à de nombreux obstacles. Ces difficultés soulignent que le dépistage précoce ne peut reposer uniquement sur la transmission d'informations : il nécessite une posture relationnelle spécifique, fondée sur l'écoute, la bienveillance et le dialogue. C'est dans cette perspective que s'inscrit l'entretien motivationnel, outil central du dialogue thérapeutique, développé dans la section suivante.

1.4.4. Dialogue thérapeutique et posture bienveillante par l'entretien motivationnel

L'entretien motivationnel, défini par Miller et Rollnick dans les années 1980, initialement utilisé dans le traitement des addictions, constitue un outil précieux pour initier des comportements sensibles comme le tabagisme. Il s'appuie sur quatre piliers fondateurs :

1. L'**empathie** : écouter sans jugement afin de créer un climat de confiance, où le jeune ose s'exprimer.
2. La **divergence** : amener l'adolescent à reconnaître lui-même l'écart entre ses comportements et ses objectifs personnels.
3. La **collaboration** : se positionner comme partenaire de réflexion plutôt que comme figure d'autorité.
4. L'**autonomisation** : valoriser le jeune dans sa capacité à faire ses propres choix, afin de favoriser un changement durable s'il décide d'arrêter (50).

Ces principes se basent sur l'écoute bienveillante, sans jugement, qui « valorise le point de vue du patient et sa capacité à choisir la meilleure option » (p 28) (50). Particulièrement adapté aux adolescents, l'Entretien motivationnel répond aux spécificités de cette période de vie : besoin de reconnaissance, sensibilité au jugement et quête d'autonomie, précédemment cités. Cette méthode présente également un intérêt pour la kinésithérapie, posant un cadre moins formel qu'une consultation médicale. Concrètement, des outils comme la **balance décisionnelle**, par exemple, peuvent faciliter ce dialogue (Fig.4).

La balance décisionnelle	
Avantages	Inconvénients
Ambiance, convivialité Le goût	Le goût L'odeur L'haleine Le prix
Craintes	Motivations
Prendre du poids Re- craquer Être irritable	Retrouver du souffle Économiser Entourage

Figure 4: exemple de balance décisionnelle selon la méthode de l'entretien motivationnel (source : CAPS, 2022)

Par exemple, face à un adolescent suivi pour une entorse de cheville, sportif en club, qui évoque de lui-même qu'il vapote « de temps en temps », le MK peut l'inviter à réfléchir : « *qu'est-ce que le tabac (ou la vape) t'apporte aujourd'hui ?* (Avantages) *Qu'est-ce*

que ça pourrait t'empêcher d'accomplir ? (Inconvénients) *Quelles seraient les difficultés à arrêter ?* (Craintes) *Qu'est-ce qui pourrait t'aider à envisager un changement ?* » (motivations) (50).

Cette méthode permet un dialogue non intrusif, gardant un cadre respectueux vis-à-vis du jeune patient, et potentiellement déclencheur de prise de conscience, sans culpabilisation. Elle place le MK dans un rôle de facilitateur, capable de déclencher une réflexion sans se substituer à un accompagnement spécialisé.

En définitive, l'Entretien motivationnel apparaît comme un levier pertinent pour les MK dans l'évocation du tabac avec leurs patients adolescents. Si le tabagisme adolescent constitue un enjeu de santé publique reconnu, le rôle des MK dans sa prévention demeure peu exploré. Pourtant, leurs missions légales, la régularité des suivis et la relation de confiance avec les adolescents leur confèrent un potentiel d'action. Cette lacune justifie la présente étude, dont le chapitre suivant expose la méthodologie.

2. MATERIELS ET METHODE

2.1. Stratégie de recherche documentaire

Une recherche documentaire a été menée en amont de la rédaction du mémoire afin de structurer le cadre théorique et d'identifier les axes de réflexion pertinents. Tout d'abord, elle visait à explorer les déterminants de l'initiation tabagique à l'adolescence, les interventions de prévention existantes auprès des adolescents, ainsi que les freins et leviers au repérage du tabagisme par les professionnels de santé, éléments indispensables à l'élaboration du questionnaire de l'enquête quantitative (*exemple de concepts clés : « tabagisme passif/ actif », « alliance thérapeutique », « conseil minimal », « adolescence », « conduite à risque », « prévention et MK »*).

Cette recherche a été initiée lors de la phase de définition du projet (février 2025) et s'est poursuivie tout au long du travail. Les bases de données PubMed, Cochrane Library, ScienceDirect, EM-Consulte, Cairn.info, Google Scholar et Ulysse ont été interrogées. Des sources complémentaires ont également été identifiées à partir de bibliographies d'articles et de mémoires sélectionnés.

La stratégie de recherche reposait sur l'utilisation de mots-clés en français et en anglais, choisis à partir des concepts centraux du mémoire. Pour les bases de données anglophones, les termes MeSH (Medical Subject Heading) ont été privilégiés. Les principales combinaisons incluaient notamment : *adolescent, youth, tobacco use, smoking, vaping, prevention, early screening, therapeutic alliance, health professional, physiotherapist, risk factors, peer influence* et *parental smoking*.

Les publications parues entre 2010 et 2025 ont été ciblées principalement, avec une attention particulière portée aux cinq dernières années afin de s'appuyer sur des données récentes. Les sources non scientifiques (blogs, forums, presse non spécialisée) ont été exclues. Les études portant principalement sur des populations adultes ou sur le sevrage tabagique ont été retenues de manière sélective lorsqu'elles apportaient des éléments transférables à la prévention chez l'adolescent ou à l'analyse des pratiques professionnelles.

En complément, des sites institutionnels reconnus (Assurance Maladie, Haute Autorité de Santé, ministère de la Santé et de la Prévention, Légifrance, Conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes) ont été consultés. Les documents retenus ont été référencés à l'aide d'un logiciel de gestion bibliographique (Zotero).

2.2. Choix méthodologique et élaboration du questionnaire

2.2.1. Choix méthodologique et élaboration du questionnaire

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale, réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré. Ce type d'étude permet de recueillir, à un instant donné, des données relatives aux pratiques, représentations et perceptions des MK concernant l'abord du tabagisme auprès de leur patientèle adolescente. Ce choix méthodologique est adapté à l'objectif principal de ce mémoire, qui vise à établir un état des lieux exploratoires des pratiques professionnelles, des freins et des leviers identifiés. Cette méthode permet de recueillir des données quantitatives auprès d'un échantillon élargi de MK, de manière standardisée et anonyme, limitant ainsi les biais liés à la désirabilité sociale.

L'élaboration du questionnaire s'est déroulée en plusieurs étapes. Dans un premier temps, les objectifs de recherche ont été traduits en thématiques principales : caractéristiques professionnelles et sociodémographiques des répondants, fréquence et contexte d'évocation du tabac, freins perçus à l'abord de cette thématique, leviers identifiés (relationnels et organisationnels) et influence éventuelle de la formation suivie.

A partir de ces axes, des items ont été formulés sous forme de questions fermées, semi-ouvertes et ouvertes, afin de combiner des données chiffrées et éléments qualitatifs. Le questionnaire se compose de 18 questions à choix unique (ciblant des caractéristiques précises ou réponses tranchées), 8 questions à choix multiples conçues pour explorer la diversité des pratiques, opinions et expériences ainsi que 3 questions utilisant l'échelle de Likert en cinq points, visant à évaluer l'accord ou le désaccord sur des affirmations concernant la prévention, la relation soignant/soigné ou la légitimité à aborder le tabac. Deux questions ouvertes sont proposées mais non analysées sur la partie des résultats ; elles viendront appuyer la section Discussion.

Le questionnaire a été pensé pour être rapide à compléter (durée estimée à environ 8-10 minutes), afin d'optimiser le taux de réponse mais tout en garantissant une étude réfléchie des données attendues pour répondre à la question de recherche (annexe 3).

2.2.2. Modalités de recrutement et phase de pré-tests

Avant la diffusion générale du questionnaire à l'échelle régionale, un pré-test a été réalisé auprès de deux MK volontaires, contactés en amont. Ces professionnels, intéressés par la thématique, ont reçu une présentation claire des objectifs de l'étude et des modalités de

participation (être MK diplômé, exercer dans la région Grand Est quel que soit le mode d'exercice, prendre ou avoir déjà pris en charge des adolescents de moins de 18 ans dans sa pratique). Leurs retours ont permis d'ajuster certains termes pour améliorer la clarté et la fluidité du déroulement des questions, tout en validant la cohérence globale du questionnaire.

En complément, l'outil *Question Appraisal System* (QAS-99) a été utilisé comme outil d'aide à l'évaluation des items du questionnaire. Cette grille d'analyse permet d'examiner les questions selon plusieurs dimensions (clarté des formulations, adéquation du vocabulaire, pertinence des options de réponse, risque de biais d'interprétation, etc.) (51). Cette démarche a permis d'identifier et de corriger certaines imprécisions ou de simplifier des formulations, d'harmoniser le choix des réponses, afin de renforcer la pertinence du questionnaire avant sa diffusion (lectures personnelles et retour des deux pré-tests) (*annexe 4*).

2.3. Population cible et modalité de recrutement

La population cible de cette étude correspondait aux MK exerçant dans la région Grand Est, en cabinet libéral, en établissement de santé ou en exercice mixte. Le critère principal des participants est d'avoir une expérience ou actuelle ou récente de prise en charge d'adolescents âgés de moins de 18 ans, dans le cadre de séances de rééducation.

Les participants doivent comprendre le français et être en capacité de remplir un questionnaire en ligne de manière autonome. Les MK n'ayant jamais pris en charge d'adolescents dans leur pratique, ainsi que ceux qui n'étaient pas encore diplômés au moment de la diffusion de l'enquête, n'ont pas été inclus dans l'étude.

D'après le rapport 2023 du Conseil National de l'Ordre des MK, 7 795 MK sont recensés dans la région Grand Est. Pour assurer une représentativité statistique des résultats, la taille de l'échantillon a été calculée via <https://uk.surveymonkey.com/>, en considérant une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance de 95%. Ce calcul suggérait qu'un effectif d'environ **367** répondants permettrait d'obtenir une estimation fiable des pratiques au sein de cette population. Toutefois, compte tenu du mode de recrutement volontaire, cette valeur constituait un objectif théorique et non une garantie de représentativité statistique.

2.4. Modalités de diffusion et recueil des données

2.4.1. Diffusion du questionnaire et relance

Le questionnaire a été diffusé sous format numérique via la plateforme Google Forms (Google LLC) qui offre un support informatique simple d'utilisation, une collecte automatisée des réponses anonymes ainsi qu'un premier tri des données exportables au format tableur pour l'analyse statistique ultérieure. La diffusion a commencé le 22 septembre 2025 auprès des MK du Grand Est. Plusieurs canaux ont été mobilisés : diffusion via des associations professionnelles et relais sur des groupes de réseaux sociaux destinés aux MK, contact auprès des anciens étudiants. Ces modalités visaient à maximiser la diversité des répondants en incluant à la fois des praticiens libéraux, salariés et mixtes.

Afin d'optimiser le taux de réponse, deux relances ont été effectuées à deux semaines d'intervalle en octobre 2025, par les mêmes canaux de diffusion ainsi qu'une distribution de flyer dans les boîtes aux lettres des cabinets libéraux de la région.

2.5. Analyse des données

Les réponses ont été recueillies de manière anonyme via la plateforme Google Forms entre le 22 septembre et le 01 novembre 2025. Aucune donnée nominative ni adresse IP n'a été enregistrée, garantissant la confidentialité des participants. Au total, 77 questionnaires ont été reçus et retenus pour l'analyse, après exclusion des réponses incomplètes.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Une analyse descriptive a été conduite afin de présenter la répartition des répondants selon leurs caractéristiques sociodémographiques et professionnelles, à partir de fréquences, de pourcentages et de moyennes lorsque cela était pertinent.

Cette étude s'inscrit dans une démarche exploratoire. En raison de la taille limitée de l'échantillon ($n=77$) et des effectifs faibles observés dans certains sous-groupes, la réalisation de tests statistiques inférentiels (tels que le test du χ^2 ou le test exact de Fisher) n'a pas été jugée pertinente. Les résultats ont été analysés de manière descriptive, à l'aide de pourcentages, d'effectifs et d'analyses croisées, afin de mettre en évidence des tendances sans généralisation statistique.

Les questions ouvertes n'ont pas fait l'objet d'une analyse quantitative et ont été exploitées dans une démarche qualitative afin d'enrichir l'interprétation des résultats présentée dans la section Discussion. Les modalités de codage, ainsi que les regroupements retenus pour l'analyse des données, sont détaillées dans un tableau récapitulatif présenté en annexe

5. Par ailleurs, les formations complémentaires considérées comme pertinentes ont été regroupées en une seule modalité, non pour leur caractère spécifiquement dédié au tabagisme, mais pour les compétences transversales susceptibles d'être mobilisées dans l'accompagnement des adolescents ; ces regroupements sont présentés en annexe 6.

2.6. Considérations éthiques et réglementaires

Cette étude s'inscrit hors du champ d'application de la loi Jardé car elle se limite à la collecte d'expériences pratiques et de représentations des MK sur la relation de l'adolescent et du tabac via un questionnaire anonyme. Elle ne comporte aucune intervention médicale, ni modification de la prise en charge des patients. Aucune démarche spécifique auprès d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a été requis. La participation à l'étude reposait sur le volontariat, après information préalable sur les objectifs et les modalités de l'enquête. Les données recueillies étaient strictement anonymes et ont été stockées de façon sécurisée (un seul ordinateur et disque dur externe), et seront supprimées à la fin de l'étude.

2.7. Matériel

Le recueil et le traitement des données ont été réalisés à l'aide d'outils informatiques. Le questionnaire a été conçu et diffusé via la plateforme Google Forms (Google LLC). Les données ont été exportées et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel. La rédaction du mémoire a été effectuée à l'aide d'un logiciel de traitement de texte.

3. RESULTATS

Les résultats présentés ci-dessous reposent sur une analyse descriptive et des analyses croisées, sans recours à des tests statistiques inférentiels.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des répondants

Au total, **77 MK** exerçant dans la **région Grand Est** ont participé à l'étude et remplissaient les critères d'inclusion, en déclarant avoir déjà pris en charge au moins un adolescent de moins de 18 ans dans leur pratique.

La majorité des répondants étaient des **femmes** (**71%**, $n=55$), tandis que les hommes représentaient **29%** de l'échantillon ($n=22$). Plus de la moitié des professionnels avaient obtenu leur diplôme en **2021 ou après** (**56%**, $n=43$), **26%** entre 2015 et 2020 ($n=20$) et **18%**

avant 2015 ($n=14$). La plupart des professionnels avaient obtenu leur diplôme en France ($n=71$), tandis que 8% ($n=6$) déclaraient un diplôme obtenu dans un autre pays de l'Union européenne. Parmi les répondants, **33% déclaraient avoir des enfants** ($n=25$).

La majorité des **MK interrogés déclaraient ne pas être consommateurs de tabac** ou de produits nicotiques (**68%**, $n=52$). Les anciens fumeurs représentaient **17%** de l'échantillon ($n=13$), tandis que **9%** déclaraient une consommation quotidienne ($n=7$) et **6%** une consommation occasionnelle ($n=5$).

Concernant le mode d'exercice, la majorité exerçaient en libéral (**87%**, $n=67$). Les autres exerçaient en établissement de santé (**9%**; $n=7$), en exercice mixte (**3%** ; $n=2$) et dans d'autres configurations professionnelles (centre de soins à domicile, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes EHPAD ; **3%**, $n=2$).

Enfin, **60% des répondants ($n=46$) déclarent avoir suivi au moins une formation susceptible de renforcer les compétences transversales mobilisables dans l'évocation du tabac chez l'adolescent**, telles que la kinésithérapie respiratoire, la pédiatrie, l'éducation thérapeutique du patient, une formation dédiée au tabagisme ou la formation FAST. Les 40% restants ($n=31$) déclarent n'avoir suivi aucune de ces formations.

3.2. Pratiques d'abord du tabac chez les adolescents

Cette partie décrit les **pratiques déclarées d'abord du tabac** par les MK auprès de leur patientèle adolescente, en termes fréquence et de contextes en séance de rééducation.

3.2.1. Fréquence d'abord du tabac

Les répondants ont été interrogés sur la fréquence à laquelle ils abordent spontanément le sujet du tabac lors de leurs séances avec des adolescents, à l'aide d'une échelle de Likert en cinq modalités allant de « jamais » à « toujours » (Fig.5).

Parmi les 77 interrogés, **59 déclarent ne pas ou rarement aborder le sujet du tabac** auprès des adolescents, soit **77%** de l'échantillon. A l'inverse, 18 répondants (**23%**) déclarent aborder le tabac au moins occasionnellement (« parfois », « souvent », ou « toujours »).

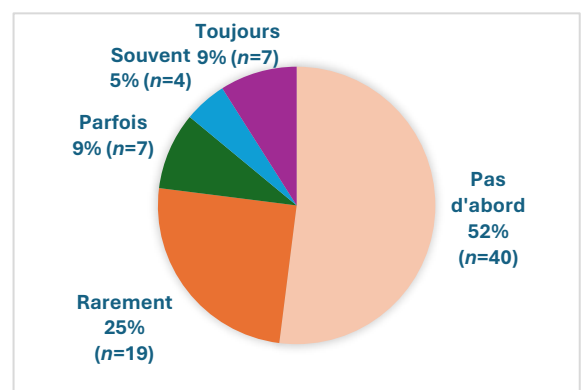


Figure 5: graphique représentant la fréquence d'évocation du tabac auprès des adolescents par les masseurs-kinésithérapeutes ($n=77$)

3.2.2. Contexte d'abord du tabac chez les adolescents

Les MK ont été interrogés sur les contextes dans lesquels ils abordent la question du tabac avec leurs patients adolescents, à travers une question à choix multiples (Fig.6).

Le contexte le plus fréquemment rapporté correspond à une évocation du tabac à **l'initiative de l'adolescent**, 46% de l'échantillon ($n=35$). L'**interrogatoire à l'entretien initial** (« est-ce que vous fumez ? ») et la **présence de symptômes respiratoires** sont chacun mentionnés par **33%** des répondants ($n=25$). Par ailleurs, **16%** des MK ($n=12$) déclarent ne pas parler du tabac avec leurs patients adolescents.

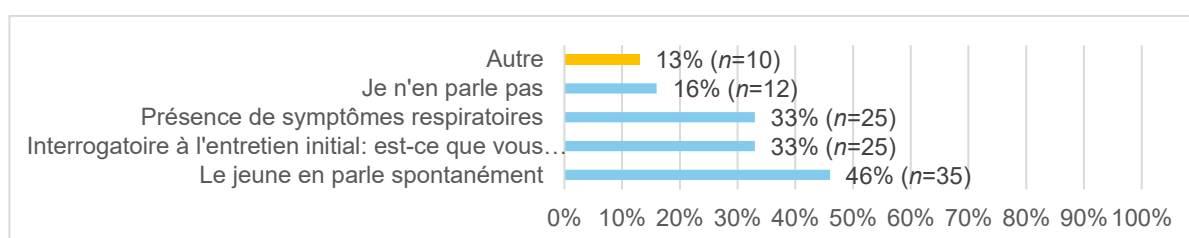


Figure 6 : graphique représentant les différents contextes déclarés d'évocation du tabac auprès des patients adolescents par les masseurs-kinésithérapeutes (réponses multiples)

La modalité « autre » représente **13%** des réponses ($n=10$) et a fait l'objet d'une analyse qualitative complémentaire. Les verbatims recueillis ont été regroupés en plusieurs thématiques identifiées, présentées dans le tableau I. Cette analyse vise à illustrer les contextes d'évocation du tabac sans prétendre à une analyse qualitative exhaustive.

Tableau I : analyse thématique des réponses libres à la question « Dans quels contextes parlez-vous du tabac avec un adolescent ? » (réponses multiples possibles) ($n=10$)

Thème identifié	Exemples de verbatims
Présence de signes cliniques ou sensoriels évocateurs	« Odeur de tabac » ; « Quand je sens l'odeur » ; « Lorsque je constate qu'il fume »
Lien direct avec la prise en charge ou la pathologie	« Sensibilisation sur les effets de la cicatrisation » ; « Quand la consommation de tabac peut influencer la prise en charge (cicatrisation) » ; « Cela diffère en fonction du motif de prise en charge (cicatrisation sur trauma, pathologie respi...) » ; « Syndrome de sevrage »
Abord progressif intégré au suivi thérapeutique	« Entretien au fur et à mesure des séances » ; « J'en parle rarement mais cela dépend de la situation »
Approche globale par le mode de vie	« En le questionnant sur son mode de vie et ses habitudes afin de tomber sur le sujet du tabac sans qu'il se sente jugé »

3.2.3. Sensibilité des masseurs-kinésithérapeutes au tabagisme passif chez l'adolescent

La **sensibilité** des MK au **tabagisme passif** chez l'adolescent a été explorée à travers plusieurs questions portant sur l'interrogation de l'exposition, l'identification de situations à risque et l'attribution de certains symptômes à un environnement tabagique (Tab.II).

Concernant l'interrogatoire systématique de l'exposition au tabagisme passif, seuls **35%** des répondants ($n=27$) déclarent s'interroger dans leur pratique, tandis que **47%** ($n=36$) indiquent **ne pas le faire**. Mais aussi **18%** ($n=14$) déclarent ne pas savoir s'ils abordent cette question. Par ailleurs, l'identification d'une **exposition au tabac à domicile** apparaît plus fréquente : **62%** des répondants ($n=48$) répondent par l'affirmative, contre, **29%** ($n=22$) déclarant ne jamais avoir identifié une telle situation.

En revanche, le lien entre les **symptômes présentés par l'adolescent** et un environnement tabagique semblent montrer des résultats plus contrastés. Seuls **21%** des répondants ($n=16$) déclarent avoir déjà été confrontés à un jeune dont les symptômes semblaient liés au tabagisme passif, tandis que **58%** ($n=45$) indique ne pas avoir fait ce lien.

Tableau II : sensibilité déclarée des masseurs-kinésithérapeutes au tabagisme passif chez l'adolescent.

Question	Oui	Non	Ne sait pas
Q9 ; S2bis : « Dans votre pratique, vous arrive-t-il de vous interroger sur l'exposition au tabagisme passif chez un adolescent ?	35% ($n=27$)	47% ($n=36$)	18% ($n=14$)
Q10 ; S2bis : Avez-vous déjà identifié un adolescent exposé au tabac à domicile (parents, fratrie) ?	62% ($n=48$)	29% ($n=22$)	9% ($n=7$)
Q12 ; S2bis : Avez-vous déjà été confronté(e) à un jeune dont les symptômes semblaient liés à un environnement tabagique ?	21% ($n=16$)	58% ($n=45$)	21% ($n=16$)

3.2.4. Connaissance des modes de consommation de tabac et de nicotine

Les MK ont été interrogés sur leur **connaissance des différents modes de consommation de tabac et de nicotine**, à travers une question à choix multiples leur permettant d'indiquer les modalités qu'ils connaissent (Fig.7).

Les formes de consommation les plus fréquemment reconnues par l'ensemble des répondants ($n=77$) sont les cigarettes manufacturées ou roulées, la cigarette électronique, les cigares, cigarillos et pipes, ainsi que les substituts nicotiniques sous forme de patches, avec des taux de reconnaissance **supérieurs à 90%**.

A l'inverse, certaines formes de consommation sont moins fréquemment identifiées. Les perles de nicotine, les sachets de nicotine, le snus, le tabac chauffé ainsi que les substituts nicotiniques par voie nasale sont reconnus par **moins de 35%** des répondants.

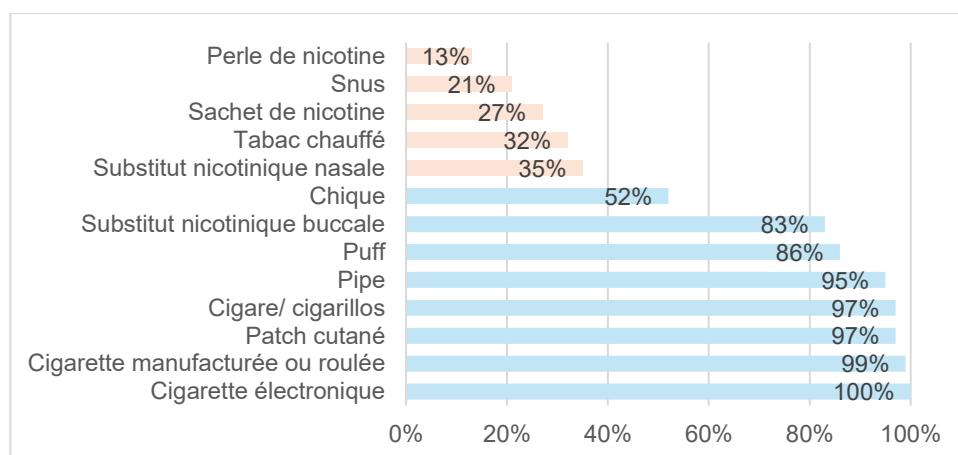


Figure 7 : graphique représentant les modes de consommation de tabac et de nicotine connus par les masseurs-kinésithérapeutes (réponses multiples) (n=77)

3.2.5. Conduites adoptées en cas d'exposition passive suspectée ou connue

Les MK (n=77) ont été interrogés sur les **conduites** qu'ils adoptent lorsqu'une exposition au tabagisme passif est suspectée ou connue chez un adolescent (réponses multiples possibles) (Fig.8).

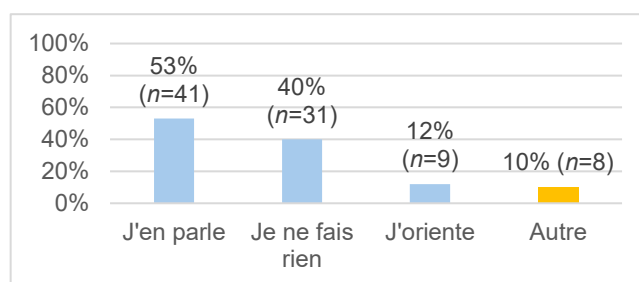


Figure 8 : graphique représentant la répartition des conduites adoptées par les masseurs-kinésithérapeutes face à une exposition passive au tabac chez l'adolescent

Parmi les répondants, **53%** (n=41) **déclarent aborder le sujet** avec

l'adolescent ou son entourage. Une proportion plus restreinte indique **orienter** l'adolescent ou sa famille vers un autre professionnel ou une structure adaptée (**11%**, n=9). A l'inverse, **40%** des MK (n=31) déclarent **ne rien faire** dans ce type de situation.

La modalité « autre » concerne **10%** des répondants (n=8) et a fait l'objet d'un regroupement thématique présenté dans le tableau III.

Tableau III : analyse thématique des réponses libres concernant les conduites adoptées en cas d'exposition passive suspectée ou connue (n=8).

Thématique	Verbatims
Abord conditionnel du tabagisme passif	« J'en parle seulement si nécessaire » ; « J'en parle si le patient aborde le sujet »
Lien avec la pathologie ou le risque clinique	« Surtout lors de kiné respi pour bronchiolite » ; « si le patient présente des risques d'aggravation de sa pathologie : muco, asthme... »
Absence de réflexion ou démarche	« Je ne me suis jamais posée la question » ; « Puisque je ne pose pas de question je ne peux pas répondre à cette question »
Abord centré sur l'entourage familial	« J'en parle si possible aux parents ou à l'entourage qui expose leur enfant au tabagisme passif »

3.2.6. Utilisation d'outils d'aide au sevrage tabagique et outils perçus comme utiles pour aborder la question du tabac

Les MK ont été interrogés sur leur **utilisation d'outils d'aide au sevrage tabagique** dans leur pratique auprès des adolescents (Fig.9).

Les résultats montrent que la majorité des **répondants n'utilise pas d'outils spécifiques de sevrage tabagique**, soit **88%** ($n=68$).

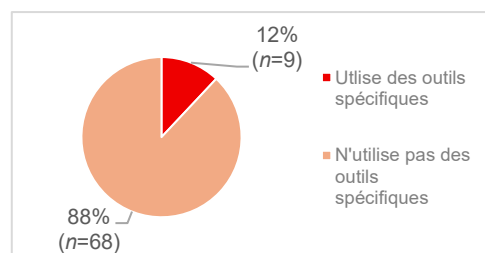


Figure 9: graphique représentant l'utilisation déclarée d'outil d'aide au sevrage tabagique utilisés auprès des adolescents ($n=77$)

A l'inverse, **12%** ($n=9$) **indiquent en utiliser et** ont précisé leur réponse dans un champ libre (Tab.IV). Parmi les outils mentionnés par les répondants, un regroupement par thématique et seront analysés dans la partie Discussion.

Tableau IV: analyse des outils d'aide au sevrage tabagique utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes issus des réponses libres ($n=7$).

Catégorie d'outil identifié	Verbatims
Substituts nicotiniques	« Prescription » ; « prescriptions substitués » x2 ; « prescription de TNS, toujours énoncer oralement après d'un patient fumeur actif qu'il trouvera une aide au cabinet si besoin/ envie ».
Orientation vers des dispositifs de prévention	« Kit Mois sans tabac »
Approches non médicamenteuses	« L'activité physique » ; « Dialogue »

Parallèlement, l'ensemble MK ont également été interrogés sur les **outils qu'ils estiment utiles** pour aborder ou accompagner la question du tabac auprès des adolescents, à travers une question à choix multiples (Fig.10).

Les outils **d'information et de sensibilisation** sont les plus fréquemment cités. Ainsi, **66%** des répondants ($n=51$) mentionnent les **plaquettes d'information**, **60%** ($n=46$) les **outils numériques interactif ou application mobile**, et **52%** ($n=40$) les **affichages ou supports visuels éducatifs**. Les **brochures** remises directement à l'adolescent sont également citées par **38%** des répondants ($n=30$).

Des outils davantage centrés sur l'accompagnement et la relation thérapeutique sont également mentionnées, tels que les **supports vidéo ou médias visuels** (**31%**, $n=22$) et les **référentiels ou guides d'entretien** (**28%**, $n=20$).

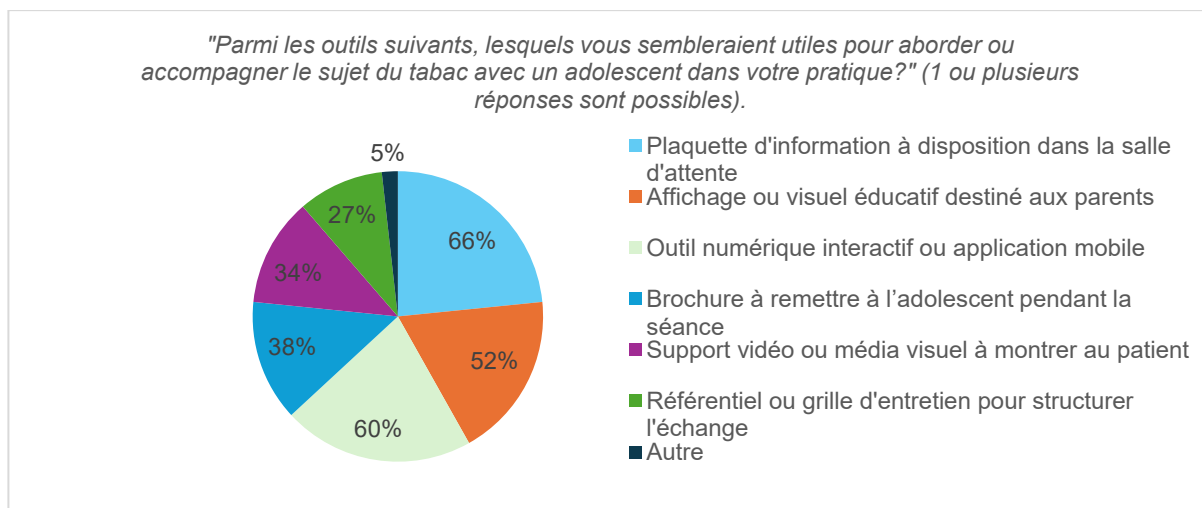


Figure 10: graphique représentant les différents outils perçus comme utiles pour aborder ou accompagner la question du tabac auprès des adolescents (réponses multiples, n=77).

Enfin, la modalité « autre » concernent **5% des répondants** (n=4). Elles sont regroupées par thématique, illustrées par les verbatims correspondants dans le tableau V.

Tableau V : analyse des réponses libres « autre » concernant les outils perçus comme utiles pour aborder la question du tabac (n=4)

Thématique	Verbatims
Priorité à l'échange relationnel	« Outil non palpable : un moment de partage et d'échange » ; « Discussion »
Approche explicative individualisée	« Plutôt une discussion afin de lui expliquer les corrélations entre ses symptômes et son tabagisme »
Limites perçues des outils formalisés	« Aucun car les adolescents ne sont pas sensibles aux outils, seule la parole d'une personne avec qui ils ont un lien de confiance peut fonctionner »

3.3. Contextes et conditions d'émergence de l'abord du tabac

Cette section présente des analyses croisées descriptives visant à décrire la répartition des pratiques d'abord du tabac selon différentes variables professionnelles et contextuelles, sans rechercher de relation statistiquement significative.

3.3.1. Facteurs déclarés influençant la décision d'aborder le tabac

Les MK ont été interrogés sur les facteurs susceptibles d'influencer leur décision d'aborder le tabac auprès des adolescents, à travers une question à choix multiples (Figure 11: graphique représentant les facteurs déclarés qui influencent la décision d'aborder ou non le tabac chez un adolescent.

Les facteurs les plus fréquemment déclarés concernent la **présence de signes cliniques associés** (toux, essoufflement...) ; cité par **62%** des répondants (n=48). Le **motif de consultation**, si un lien entre le tabac et la pathologie prise en charge est observé, rapporté par **56%** (n=43) des MK.

L'**attitude ou les propos de l'adolescent** est rapporté par **49%** ($n=38$) des répondants. La **présence des parents** pendant la séance est citée par **39%** ($n=30$), et l'**âge du patient** était mentionné par **31%** ($n=24$). La **contrainte de temps ou la charge de travail** est plus rarement évoquée **4%** ($n=3$) des répondants. Enfin, **13%** des MK ($n=10$) déclarent qu'aucun de ces éléments n'influence leur décision d'aborder la question du tabac.

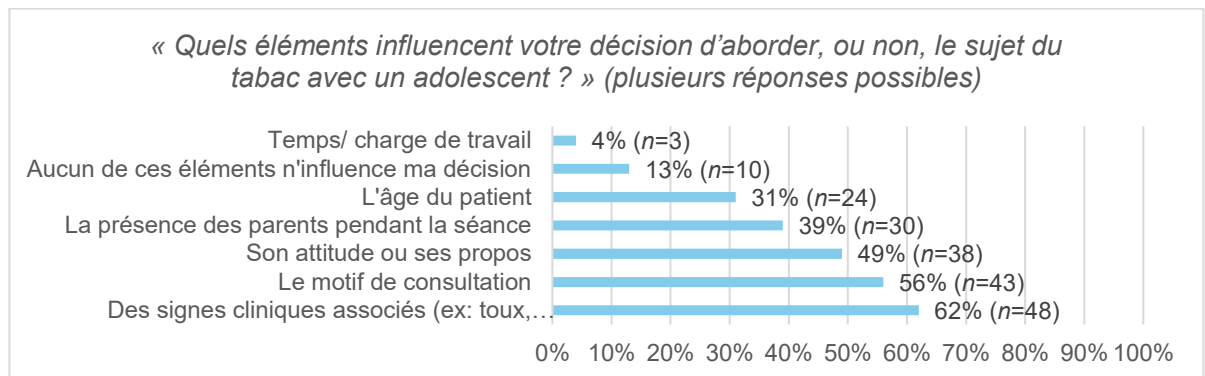


Figure 11: graphique représentant les facteurs déclarés qui influencent la décision d'aborder ou non le tabac chez un adolescent

3.3.2. Exposition à la patientèle adolescente et évocation du tabac.

Une analyse croisée descriptive a été réalisée afin de décrire la répartition des pratiques d'évocation du tabac selon la proportion d'adolescents dans la patientèle des MK. Afin de faciliter la lecture et d'augmenter les effectifs par catégorie, initialement en cinq modalités, a été regroupée en deux classes : moins de 10% et 10% ou plus. L'évocation du tabac a été recodée en une variable binaire distinguant un abord absent/faible (abord 0 : scores 1–2) d'un abord modéré à fréquent (abord 1 : scores 3 à 5) (Figure 12: graphique représentant les pratiques d'évocation du tabac en fonction de la proportion d'adolescents dans la patientèle ($n=77$)).

Parmi les 77 répondants déclarant que les adolescents représentent moins de 10% de leur patientèle, **73%** ($n=45$) indiquent ne pas ou rarement aborder le tabac, tandis que **27%** ($n=15$) déclarent l'aborder au moins occasionnellement.

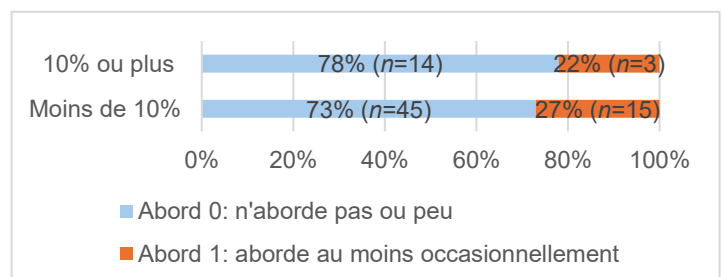


Figure 12: graphique représentant les pratiques d'évocation du tabac en fonction de la proportion d'adolescents dans la patientèle ($n=77$)

Chez les répondants dont la patientèle comprend 10% ou plus d'adolescents, **78%** ($n=14$) déclarent ne jamais ou rarement aborder le tabac, contre **22%** ($n=3$) indiquant l'aborder au moins occasionnellement.

3.4. Actions mises en place lors de l'évocation du tabac

Les MK ont été interrogés sur les actions qu'ils déclarent mettre en place lorsqu'ils évoquent le tabac avec un adolescent, à travers une question à choix multiples (Figure 13: graphique représentant les actions mises en place par les masseurs-kinésithérapeutes lors de l'identification d'un tabagisme actif chez un patient adolescent..

L'action la plus fréquemment rapportée consiste à **aborder les effets du tabac** sur la santé, pour **83%** des répondants ($n=64$). Par ailleurs, **36%** ($n=28$) déclarent proposer un **accompagnement** ou **discussion** plus approfondie avec l'adolescent. Une **orientation** vers un médecin ou tabacologue est conseillée par **30%** des MK ($n=23$). A l'inverse, **8%** ($n=6$) déclarent **ne pas intervenir** à la suite de l'identification d'un tabagisme actif.

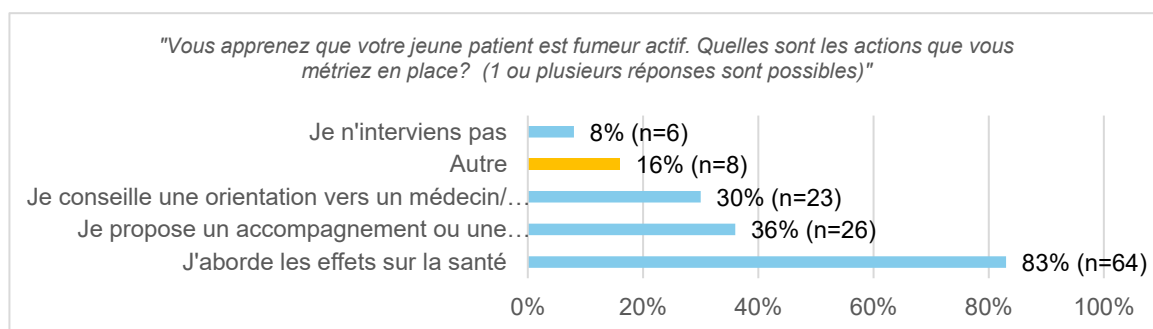


Figure 13: graphique représentant les actions mises en place par les masseurs-kinésithérapeutes lors de l'identification d'un tabagisme actif chez un patient adolescent.

Enfin, la modalité « autre » est sélectionnée par **16%** des répondants ($n=8$) et fait l'objet d'un regroupement thématique, présenté dans le tableau VI, analysé dans la partie Discussion.

Tableau VI : regroupement thématique des actions issues des réponses libres relatives à l'abord du tabac chez les adolescents

Thème identifié	Description de l'action	Verbatims
Echange et exploration de la situation du patient	Vise à comprendre le contexte de consommation, le rapport au tabac	« Je demande s'il veut en parler, s'il aime, s'il est addict, s'il veut agir sur sa situation »
Accompagnement éducatif	Proposition d'un accompagnement, faisant partie du domaine de compétence du MK	« S'il me dit qu'il voudrait réduire ou arrêter je conseille ou oriente »
Orientation vers un professionnel ou un dispositif relais	Orientation vers autre professionnel ou structure spécialisée si jugé pertinent.	« S'il adhère à la discussion, on propose une discussion avec une infirmière ASALEE »
Sensibilisation ciblée	Action de prévention et mise en avant des conséquences du tabac.	« J'insiste fortement sur les effets négatifs pour sa santé et l'aspect financier que représente son addiction tabacologique »

Prise en compte de l'environnement familial	Questionnement sur le tabagisme parental et discussion possible avec l'entourage du jeune patient.	« Savoir si les parents sont au courant s'ils fument eux-mêmes. Je parle des solutions pour arrêter/ être aidé »
--	--	--

3.5. Freins identifiés à l'évocation du tabac chez l'adolescent

Les MK ont été interrogés sur les freins susceptibles de les empêcher d'aborder le tabac avec un adolescent, à travers une question à choix multiples (Figure 14: graphique représentant la répartition des freins associés au non-abord à l'évocation du tabac chez l'adolescent (choix multiples).

La **crainte de mal s'y prendre** constitue le frein le plus fréquemment déclaré, citée par **18%** des répondants ($n=13$). Le **manque de formation** et le **respect de la vie privée** de l'adolescent ou de sa famille sont chacun mentionnés par **16%** des répondants ($n=12$).

Le sentiment que l'évocation du tabac ne relève **pas du rôle du MK** est rapporté par **14%** des répondants ($n=10$). Le **manque de temps** ou la **charge de travail** est plus rarement évoqué, par **7%** des répondants ($n=5$).

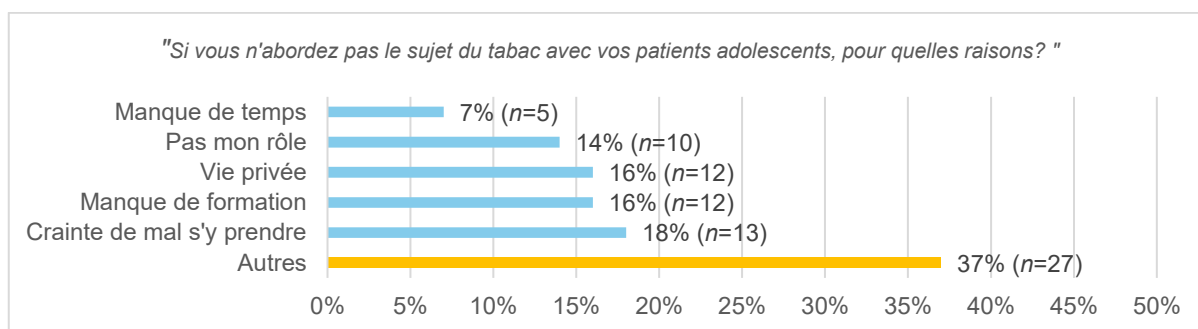


Figure 14: graphique représentant la répartition des freins associés au non-abord à l'évocation du tabac chez l'adolescent (choix multiples)

La modalité « autre » est sélectionnée par **37%** des MK ($n=27$). Les réponses libres ont été classées par thématique, présenté dans le tableau VII.

Tableau VII: regroupement thématique des freins issus des réponses libres (« autres »).

Thèmes identifiés	Illustration (exemple de verbatims)
Absence de réflexe systématique	« Je n'y pense pas » ; « Cela ne me vient pas à l'esprit » ; « Pas toujours le réflexe » ; « Je n'y ai jamais pensé » ; « Je n'y pense pas régulièrement »
Abord conditionné aux signes cliniques	« Si je ne vois aucun signal » ; « S'il n'y a pas de pathologie respiratoire » ; « Je me concentre sur d'autres signes cliniques » ; « Si rien ne me fait penser qu'il fume »
Crainte d'altérer la relation	« Je crains d'altérer la relation de confiance » ; « Je crains de mal m'y prendre » ; « Sujet délicat »
Vie privée du patient	« Cela relève de la vie privée du patient »
Inadéquation avec le motif	« Je ne vois pas l'intérêt dans ce contexte »
Contraintes structurelles et contextuelles de la prise en charge	« Cigarette interdite dans la structure » ; « Ce sont souvent des adolescents sportifs, je ne les imagine pas fumeurs » ; « Âge < 10 ans, sinon je demande si les parents fument »

3.6. Sentiment de légitimité professionnelle à aborder le tabac

Cette section décrit le **sentiment de légitimité professionnelle** des MK à aborder la le tabac auprès de leurs patients adolescents et son lien avec les **pratiques déclarées d'évocation du tabac**, en explorant les freins et leviers associés, en particulier le rôle de la formation complémentaire et de la relation thérapeutique (hypothèses H2 et H3).

3.6.1. Lien entre rôle préventif et sentiment de légitimité perçue par les masseurs-kinésithérapeutes

Les MK ont été interrogés sur leur perception de leur rôle professionnel dans la prévention tabagique chez les adolescents (Fig.15).

Une majorité des répondants déclarent estimer que le MK tient un rôle dans ce type de prévention auprès d'une patientèle jeune, soit **87%** des répondants ($n=67$). Une proportion plus restreinte indique ne pas savoir si cette démarche

relève de leur compétence professionnelle, représentant **12%** des répondants ($n=9$), tandis que **1%** ($n=1$) répond par la négation.

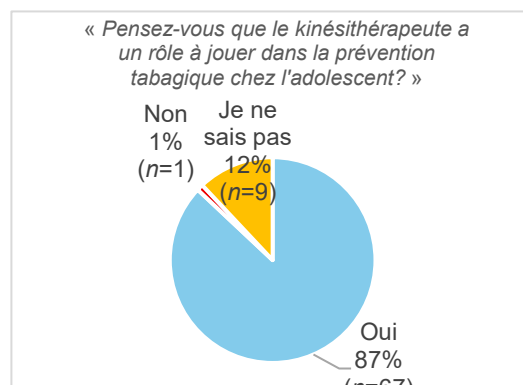


Figure 15: Graphique représentant la perception du rôle du MK dans la prévention tabagique chez l'adolescent ($n=77$)

Le sentiment de légitimité professionnelle à aborder la question du tabac auprès des adolescents a ensuite été évalué à l'aide d'une échelle de type Likert à cinq modalités ($n=77$) (Fig.16). Les résultats semblent montrer qu'une large majorité des répondants déclarent un sentiment de légitimité modéré à élevé. Ainsi, **80%** des MK ($n=62$) se positionnent sur les **modalités intermédiaires à élevées** de l'échelle (scores 3 à 5).

La modalité la plus fréquemment sélectionnée correspond au score **3 intermédiaire** (« *moyennement légitime* »), citée par **32%** des répondants ($n=25$). Les scores élevés (score **5** : *très légitime*) sont également largement représentés, avec **29%** ($n=22$) des répondants et **19%** ($n=15$) pour le score **4** (« *plutôt légitime* »). A l'inverse, les scores faibles sont moins fréquemment rapportés : **17%** des répondants ($n=13$) se positionnent sur le score **2** (« *peu légitime* ») et **3%** des répondants ($n=2$) sur le score **1** (« *pas du tout* »).

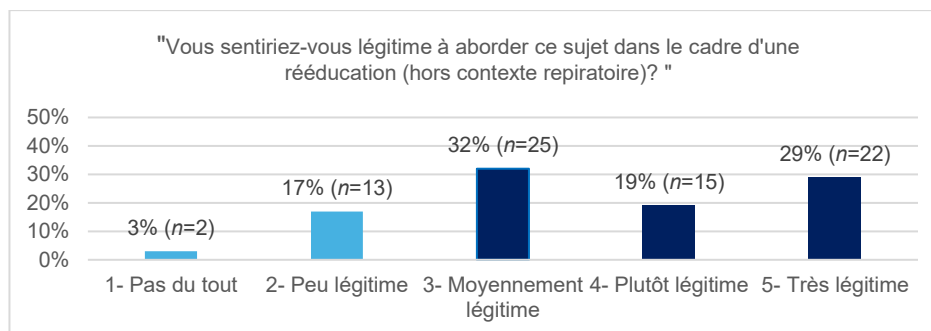


Figure 16: graphique représentant la répartition du sentiment de légitimité professionnelle à aborder le tabac chez les adolescents (échelle de Likert ; n=77)

3.6.2. Légitimité perçue et pratiques d'abord du tabac

Une analyse croisée descriptive a été réalisée afin de décrire la **répartition des pratiques d'évocation du tabac selon le niveau de légitimité professionnelle perçue par les MK** (Fig.17).

Parmi les répondants se déclarant très légitimes (score 5) pour aborder le tabac auprès des adolescents (n=22), **42%** (n=8) **déclarent aborder le tabac**, tandis que **58%**, (n=14) indique ne pas l'aborder. Chez les MK se déclarant plutôt légitimes (score 4 ; n=15), **36%** (n=5) **déclarent aborder le tabac**, contre 64% (n=10) indiquant ne pas l'aborder.

Pour les répondants se positionnant comme moyennement légitimes (score 3 ; n=25), **11%** (n=3) **déclarent aborder le tabac**, tandis que 89% (n=22) indiquent ne pas l'aborder.

Parmi les MK se déclarant peu légitimes (score 2 ; n=13), **12%** (n=2) **rapporte aborder le tabac auprès des adolescents**, contre 88% (n=11) déclarant ne pas l'aborder. Enfin, **aucun des répondants se déclarant comme pas du tout légitime (score 1) n'indique aborder le tabac auprès des adolescents.**

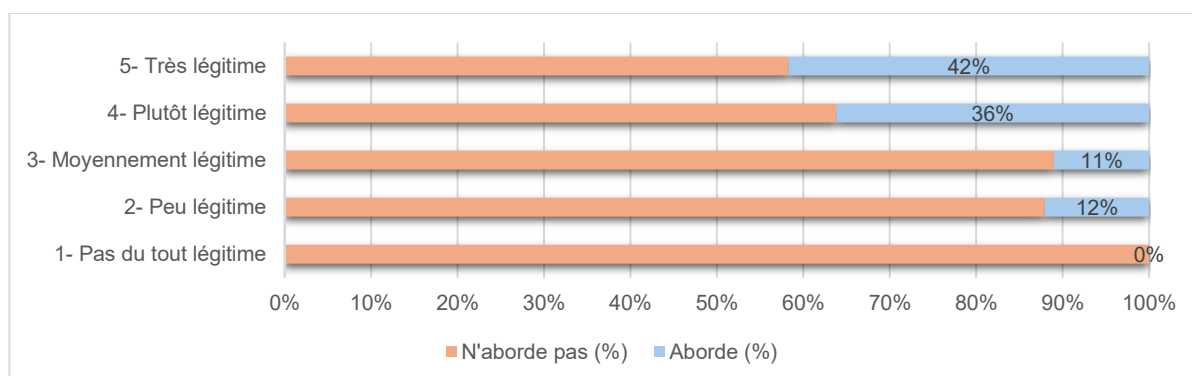


Figure 17: graphique représentant la relation entre le sentiment de légitimité professionnelle et l'évocation du tabac chez les adolescents

3.6.3. Formation complémentaire des masseurs-kinésithérapeutes

Dans cette sous-section, l'intérêt porte sur la formation des MK en lien avec l'accompagnement du tabagisme chez l'adolescent. Les MK ont été interrogés sur leur connaissance de **la formation FAST** ainsi que sur le suivi de **formations complémentaires** dans différents domaines en lien avec leur pratique professionnelle.

Premièrement, sur l'ensemble des répondants ($n=77$), une large minorité des répondants déclarent **ne pas en connaître l'existence** (84%, $n=65$). Seuls 8% des MK indiquent avoir suivi cette formation ($n=6$), tandis que 8% ($n=6$) déclarent la connaître sans l'avoir suivie (Fig.8).

Par la suite, ils ont été interrogés sur les formations complémentaires suivies après l'obtention du diplôme d'Etat, à travers une question à choix multiples (Fig.19).

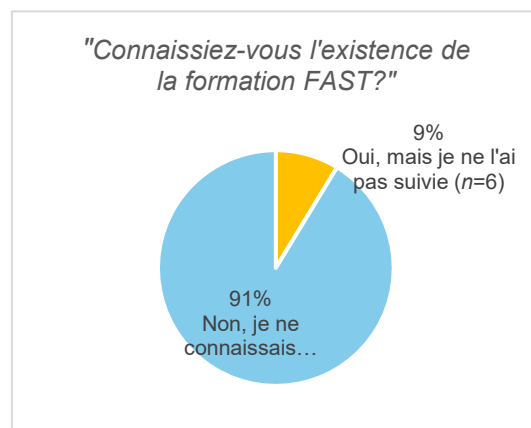


Figure 18: graphique représentant la connaissance et suivi de la formation FAST par les répondants ($n=77$)

Les formations les plus fréquemment déclarées concernent le **domaine musculosquelettique**, cité par 49% des répondants ($n=38$), ainsi que la **kinésithérapie respiratoire** par 38%, ($n=29$). D'autres formations sont également représentées, notamment la **pédiatrie** (32%, $n=25$) et la **thérapie manuelle** (30%, $n=23$) ainsi que les **formations en sport** (26%, $n=20$).

Les domaines de la **neurologie** (18%, $n=14$) et en **éducation thérapeutique du patient** (16%, $n=12$) sont également mentionnées. Les formations en santé mentale sont mentionnées par 12% ($n=9$) des répondants.

Une proportion plus faible des répondants déclare avoir suivi **une formation spécifiquement dédiée au tabagisme**, représentant 3% de l'échantillon ($n=2$). Enfin, 8% des répondants ($n=6$) déclarent n'avoir suivi aucune des formations proposées.

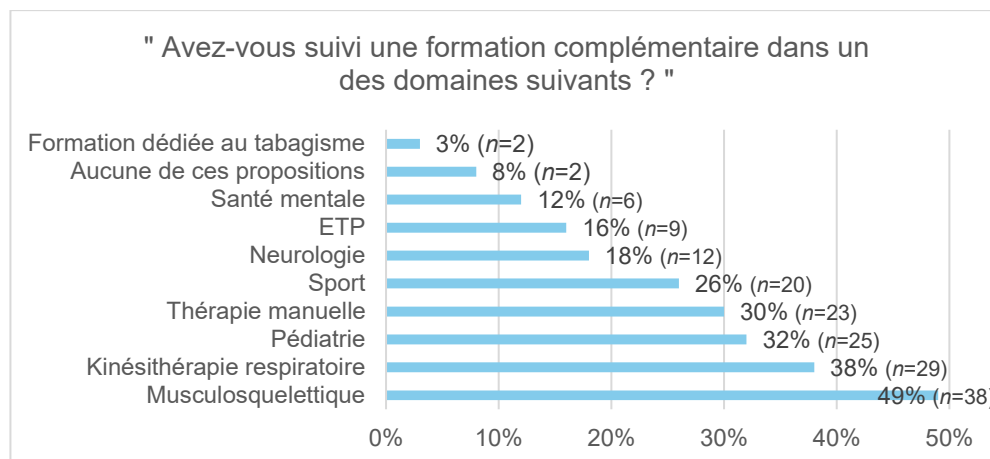


Figure 19: graphique représentant la répartition des formations complémentaires suivies par les masseurs-kinésithérapeutes

3.6.4. Formation complémentaire et pratique d'abord du tabac

Une analyse croisée descriptive a été réalisée afin de décrire la **répartition des pratiques d'évocation du tabac** auprès des adolescents selon le suivi, ou non, d'au moins une **formation** susceptible de renforcer des compétences transversales mobilisables dans l'abord du tabac.

Parmi les MK n'ayant pas suivi de formation dite « pertinente » dans ce contexte ($n=31$), **26% ($n=8$) déclarent aborder le tabac au moins occasionnellement**, tandis que 74% ($n=23$) indique ne pas l'aborder ou rarement.

Parmi les MK déclarant avoir suivi au moins une formation dite « pertinente » ($n=46$), **22% ($n=10$) rapportent aborder le tabac au moins occasionnellement**, contre 78% ($n=36$) indiquant ne pas l'aborder ou rarement (*Tab. VIII*).

Tableau VIII : croisement entre formation complémentaire et pratiques d'abord du tabac auprès des adolescents ($n=77$).

Formation pertinente	N'aborde pas ou peu	Aborde au moins occasionnellement	Total
N'a pas suivi de formation dite « pertinente » pour ce contexte	74% ($n=23$)	26% ($n=8$)	100% ($n=31$)
Au moins 1 formation « pertinente »	78% ($n=36$)	22% ($n=10$)	100% ($n=46$)
Total	77% ($n=59$)	23% ($n=18$)	100% ($n=77$)

Afin de compléter l'analyse du rôle de la formation complémentaire dite « pertinente », une analyse croisée a également été réalisée entre la formation et le **sentiment de légitimité professionnelle** à aborder la question du tabac dans la sous-partie suivante.

3.6.5. Formation complémentaire et sentiment de légitimité professionnelle

Dans la continuité de l'analyse du sentiment de légitimité professionnelle, nous avons réalisé une analyse croisée afin de décrire la **répartition du sentiment de légitimité professionnelle** à aborder le tabac chez l'adolescent selon le suivi, ou non, d'au moins une **formation** susceptible de renforcer des compétences transversales mobilisables dans l'évocation du tabac (Tab.IX).

Parmi les MK n'ayant pas suivi de formation dite « pertinente » ($n=31$), **32%** ($n=10$) se positionnent comme **moyennement légitimes**. Les niveaux de légitimité plus élevés sont également représentés, avec **29%** ($n=9$) des répondants se déclarant **très légitimes** et **26%** ($n=8$) se positionnant comme **plutôt légitimes**. A l'inverse, **13%** ($n=4$) se déclarent peu légitimes, et aucun répondant ne se positionne comme **pas du tout légitime**.

Parmi les MK déclarant avoir suivi au moins une formation dite « pertinente » ($n=46$), **33%** ($n=15$) se positionnent comme **moyennement légitimes**. Les niveaux de légitimité élevés sont également fréquemment rapportés, avec **28%** ($n=13$) des répondants se déclarant **très légitimes** et **15%** ($n=7$) se positionnant comme **plutôt légitimes**. Les niveaux de légitimité plus faibles concernent **20%** ($n=9$) des répondants se déclarant **peu légitimes** et **4%** ($n=2$) se positionnant comme pas du tout légitimes.

Tableau IX: répartition du sentiment de légitimité à aborder le tabac selon la formation complémentaire déclarée.

Formation pertinente	Légitimité					Total
	1 Pas du tout	2 Peu légitime	3 Moyennement légitime	4 Plutôt légitime	5 Très légitime	
Non formé	0%	13% ($n=4$)	32% ($n=10$)	26% ($n=8$)	29% ($n=9$)	100% ($n=31$)
Ayant au moins 1 formation pertinente	4% ($n=2$)	20% ($n=9$)	33% ($n=15$)	15% ($n=7$)	28% ($n=13$)	100% ($n=46$)
Total	3% ($n=2$)	17% ($n=13$)	32% ($n=25$)	19% ($n=15$)	29% ($n=22$)	100% ($n=77$)

3.7. Facteurs individuels, relationnels et contextuels associés à l'abord du tabac

Des analyses complémentaires ont été menées afin d'explorer certains facteurs individuels, relationnels et contextuels susceptibles d'être associés à l'abord du tabac, sans constituer des hypothèses principales de l'étude.

3.7.1. Profil tabagique du masseur-kinésithérapeute et abord du tabac

Une analyse croisée descriptive a été réalisée afin de décrire la proportion de MK abordant le tabac auprès des adolescents selon leur propre profil tabagique (Fig.20).

Parmi les MK se déclarant non-fumeurs ($n=52$), **19% ($n=9$) déclaraient aborder le tabac au moins occasionnellement**, tandis que **81% ($n=43$)** n'abordent pas le tabac. Chez les anciens fumeurs ($n=13$), **60% ($n=7$)** déclaraient aborder le tabac avec l'adolescent en séance, contre **40% ($n=6$)** indiquant ne pas l'aborder ou rarement. Enfin, parmi les fumeurs actuels ou occasionnels ($n=11$), **24% ($n=2$) déclaraient aborder la question du tabac**, tandis que **76% ($n=10$)** ne l'abordent pas.

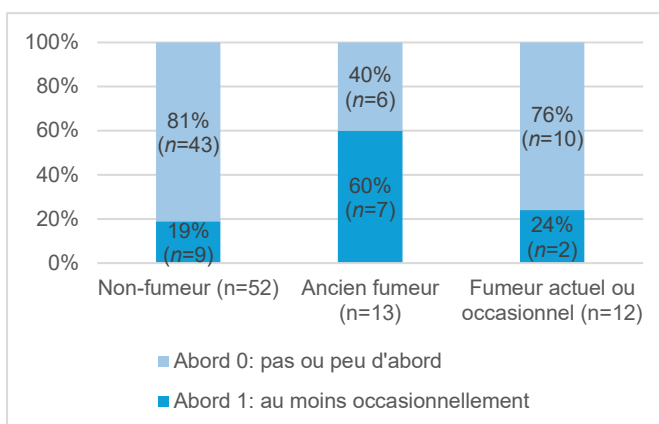


Figure 20: graphique représentant la proportion de masseurs-kinésithérapeutes abordant le tabac selon leur profil tabagique ($n=77$)

3.7.2. Formation initiale et abord du tabac selon l'année et le lieu d'obtention du diplôme

Pour explorer l'influence du contexte de formation initiale sur les pratiques déclarées d'abord du tabac, une analyse croisée a été réalisée afin de décrire les pratiques d'évocation du tabac auprès des adolescents selon l'année et le pays d'obtention du diplôme. L'analyse selon l'année d'obtention du diplôme a été conduite uniquement chez les MK diplômés en **France** ($n=71$), la réforme du diplôme étant spécifique à ce contexte national (Tab.X).

Parmi les MK diplômés avant 2015 ($n=10$), **10% ($n=1$) déclarent aborder le tabac au moins occasionnellement**, tandis que 90% ($n=9$) indiquent ne pas l'aborder ou rarement. Chez les répondants diplômés entre 2015 et 2020 ($n=20$), **20% ($n=4$) déclarent aborder le tabac**, contre 80% ($n=16$) indiquant ne pas l'aborder ou rarement. Parmi les MK diplômés en 2021 ou après ($n=41$), **27% ($n=11$) rapportent aborder le tabac au moins occasionnellement**, tandis que 73% ($n=30$) déclarent ne pas l'aborder ou rarement. Par ailleurs, les MK diplômés dans un **autre pays de l'Union européenne** ($n=6$) ont fait l'objet d'une description séparée. Parmi eux, **33% ($n=2$) déclarent aborder le tabac au moins occasionnellement**, tandis que 67% ($n=4$) indiquent ne pas l'aborder ou rarement.

Tableau X: évocation du tabac auprès des adolescents selon l'année et le pays d'obtention du diplôme.

Pays d'obtention	Réforme diplôme	Abord 0	Abord 1	Total
France	Avant 2015	90% ($n=9$)	10% ($n=1$)	100% ($n=10$)
	Entre 2015 et 2020	80% ($n=16$)	20% ($n=4$)	100% ($n=20$)
	2021 ou après	73% ($n=30$)	27% ($n=11$)	100% ($n=41$)
	Total général	74% ($n=59$)	26% ($n=18$)	100% ($n=71$)
Autre pays de l'UE		67% ($n=4$)	33% ($n=2$)	100% ($n=6$)

3.7.3. Type d'exercice professionnel et abord du tabac

Une analyse croisée descriptive a été réalisée afin de décrire l'abord du tabac auprès des adolescents selon le type d'exercice professionnel des MK (Tab.XI).

Parmi les MK exerçant en établissements de santé ($n=8$), **22%** ($n=2$) **déclarent aborder le tabac au moins occasionnellement**, tandis que **78%** ($n=6$) ne le font pas ou rarement.

Chez les professionnels en exercice libéral ($n=66$), **27%** ($n=15$) **déclarent aborder le tabac avec l'adolescent au moins occasionnellement**, contre **73%** ($n=51$) des répondant n'abordent pas le tabac.

Enfin, parmi ceux exerçant dans un autre mode d'exercice (mixte, EHPAD ; $n=4$), **29%** ($n=2$) déclaraient aborder la question du tabac, alors que **71%** ($n=2$) ne l'abordent pas.

Tableau XI : type d'exercice professionnel abord du tabac auprès des adolescents.

Type d'exercice	N'aborde pas ou peu	Aborde au moins occasionnellement	Total
Etablissement de santé	78% ($n=6$)	22% ($n=2$)	100% ($n=8$)
Libéral	73% ($n=51$)	27% ($n=15$)	100% ($n=66$)
Autre (EHPAD, mixte)	71% ($n=2$)	29% ($n=1$)	100% ($n=3$)
Total	74% ($n=59$)	26% ($n=18$)	100% ($n=77$)

3.7.4. Facteurs perçus comme facilitant l'alliance thérapeutique avec l'adolescent

Les MK ont été interrogés ($n=77$), via une question ouverte, sur les éléments qu'ils estiment faciliter l'instauration d'une alliance thérapeutique avec un adolescent. Les réponses ont fait l'objet d'une analyse thématique qualitative. Plusieurs thèmes ont été identifiés à partir des réponses recueillies (Fig.21). Le détail des thèmes ainsi que des exemples de verbatims correspondants sont présentés en annexe 7.

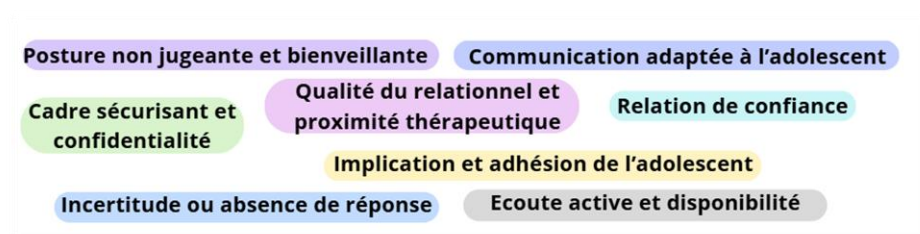


Figure 21: thématiques issues de l'analyse qualitative des réponses libres à la question : "qu'est-ce qui facilite une bonne alliance avec un adolescent ?"

3.7.5. Alliance thérapeutique perçue et abord du tabac actif

Dans cette analyse croisée descriptive, nous y décrivons l'association entre l'**alliance thérapeutique perçue comme un levier** et les **pratiques déclarées d'abord du tabac actif** auprès des adolescents. Cette analyse s'inscrit dans l'hypothèse selon laquelle la qualité de la relation thérapeutique pourrait influencer la capacité du MK à aborder un sujet sensible tel que le tabac (Tab.XII).

Parmi les répondants déclarant que l'alliance thérapeutique constitue un levier (« oui » ; $n=72$), **25%** ($n=18$) déclarent aborder le tabac au moins occasionnellement, tandis que **75%** ($n=54$) déclarent ne pas ou peu l'aborder. A l'inverse, parmi les répondants ne considérant pas l'alliance thérapeutique comme un levier (« non » ; $n=1$), aucun ne déclare aborder le tabac. Les répondants indécis (« ne sait pas », $n=4$) n'évoquent pas non plus le tabac en pratique.

Tableau XII: association entre l'alliance thérapeutique comme levier et l'abord du tabac actif chez l'adolescent.

Perception de l'alliance thérapeutique comme levier	N'aborde pas ou peu	Aborde au moins occasionnellement	Total
0 (non)	100% ($n=1$)	0%	100% ($n=1$)
1 (oui)	75% ($n=54$)	25% ($n=18$)	100% ($n=72$)
2 (ne sait pas)	100 ($n=4$)	0%	100% ($n=4$)
Total	77% ($n=59$)	23% ($n=18$)	100% ($n=77$)

3.7.6. Alliance thérapeutique et évocation du tabagisme passif

Une nouvelle analyse croisée descriptive a été réalisée afin de décrire l'association entre la perception de l'**alliance thérapeutique** comme levier et les **pratiques d'abord du tabagisme passif** cette fois-ci chez l'adolescent. Le tabagisme passif pouvant être perçu comme un sujet plus acceptable et moins stigmatisant, notamment lorsqu'il peut être abordé par l'intermédiaire de l'entourage familial (Tab.XIII).

Parmi les répondants déclarant que l'alliance thérapeutique constitue un levier ($n=72$), **41%** ($n=27$) **déclarent aborder le sujet** et **46%** ($n=31$) déclarent ne pas aborder le tabagisme passif tandis que **13%** ($n=14$) disent parfois l'aborder. Aucun des répondants déclarant que l'alliance thérapeutique ne constitue pas un levier ($n=1$) ni de ceux se déclarant indécis ($n=4$) ne rapport aborder le tabagisme passif. Lorsque l'alliance est perçue comme un levier, **plus de la moitié (54 %, $n=41$) abordent au moins parfois le tabagisme passif**.

Tableau XIII : perception de l'alliance thérapeutique comme levier et l'abord du tabagisme passif.

Alliance levier	Abord 0 tabagisme passif	Abord 1 : oui	Abord 2 : parfois	Total
Non	100% ($n=1$)	0%	0%	100% ($n=1$)
Oui	46% ($n=31$)	41% ($n=27$)	13% ($n=14$)	100% ($n=72$)
Ne sais pas	100% ($n=4$)	0%	0%	100% ($n=4$)
Total général	50% ($n=36$)	38% ($n=27$)	12% ($n=14$)	100% ($n=77$)

La figure 22 présente une comparaison entre l'abord du tabagisme actif et du tabagisme passif chez les adolescents, au moins une fois, par les MK interrogés. Parmi les répondants, **26%** ($n=18$) déclarent aborder le tabagisme actif au moins occasionnellement, tandis que **54%** ($n=41$) indiquent aborder le tabagisme passif au moins une fois.

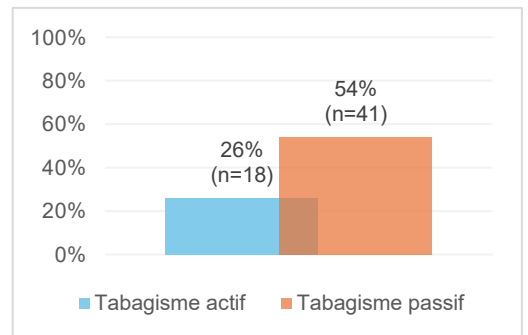


Figure 22: graphique représentant la comparaison entre l'abord du tabagisme actif et passif chez les adolescents (au moins une fois)

3.8. Perspectives professionnelles perçues et reconnaissance de l'évocation du tabac

Les MK ont été interrogés sur leur perception de la reconnaissance de l'évocation du tabac comme un acte valorisable, en termes de temps ou de reconnaissance financière (Fig.23).

Parmi les répondants, **69%** ($n=53$) estiment que l'évocation du tabac auprès des adolescents devrait être reconnue comme un acte valorisable, tandis que **31%** ($n=24$) ne partagent pas cet avis. Une synthèse descriptive des principales tendances observées est proposé en annexe 8. Ils ne permettant pas d'établir de relation causale, mais visent à faciliter la lecture transversale des résultats en vue de la Discussion

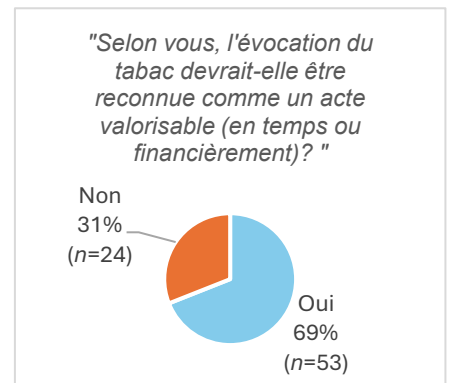


Figure 23: perception de la reconnaissance de l'évocation du tabac comme acte valorisable en kinésithérapie

L'ensemble de ces résultats met en évidence les modalités d'évocation du tabac auprès des adolescents par les MK, ainsi que les principaux facteurs contextuels, relationnels et individuels qui y sont associés. Ces éléments seront discutés en croisant les données de la littérature et des hypothèses de recherche dans la Discussion.

4. DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif d'explorer les pratiques d'abord du tabac auprès des adolescents par les MK de la région Grand-Est, dans un contexte de soins de rééducation. A travers un questionnaire auto-administré, elle visait à répondre à la question de recherche initiale : *quel abord est proposé par les masseurs-kinésithérapeutes de la question du tabac auprès de leur patientèle adolescente, et quels sont les freins ou leviers identifiés ?*

Les résultats mettent en évidence plusieurs axes de réflexion structurant cette discussion : le rôle et la légitimité du masseur-kinésithérapeute dans la prévention tabagique, le décalage entre reconnaissance théorique du rôle préventif et pratiques effectives, les freins et leviers identifiés, ainsi que l'influence de facteurs individuels et relationnels. Ces éléments sont discutés à la lumière de la littérature scientifique et des recommandations institutionnelles, afin d'examiner les hypothèses initialement formulées.

4.1. Rôle et légitimité des masseurs-kinésithérapeutes dans la prévention du tabagisme adolescent

4.1.1. Une reconnaissance du rôle préventif en cohérence avec les recommandations institutionnelles

Les résultats de cette étude mettent en avant un décalage marqué entre la reconnaissance du rôle préventif du MK et la réalité des pratiques d'abord du tabac en séance. En effet, une large majorité de MK interrogés ($n=77$), reconnaît **que le MK a un rôle à jouer dans la prévention tabagique auprès des adolescents (87% ; $n=67$)** traduisant une appropriation théorique des enjeux de santé publique liés au tabagisme à cet âge (Fig.15). Cette reconnaissance suggère une volonté de ne pas limiter la pratique kinésithérapique à la seule dimension rééducative.

Ce positionnement est cohérent avec les orientations institutionnelles. Le CNOMK reconnaît en effet les MK comme des **acteurs de la santé publique à part entière dans la lutte contre le tabagisme**, notamment en raison de la prise en charge fréquente de ses conséquences cliniques (pathologies respiratoires, retards de cicatrisation, fragilisation musculoux-tendineuse...) et de la relation de confiance instaurée avec les patients. Par ailleurs, la loi de modernisation du système de santé de 2016, en autorisant la prescription de substituts nicotiques par les MK, a renforcé cette reconnaissance institutionnelle (52). Le Code de déontologie des MK (art.R.4321-1) rappelle également leur mission d'éducation, de prévention et de dépistage.

Pourtant, dans la pratique, seuls **23%** des répondants ($n=18$) **déclarent aborder le tabac au moins occasionnellement** auprès des patients adolescents, tandis que **77%** ($n=59$) indiquent ne pas ou peu l'évoquer en séance (Fig.5). Ces résultats semblent montrer que l'abord du tabac auprès des adolescents reste peu fréquent, malgré les recommandations de la HAS, qui préconisent un repérage systématique du tabagisme chez tout patient, quel que soit le motif de consultation (53).

Ce décalage met en lumière l'existence d'obstacles supplémentaires, dépassant la simple adhésion aux principes de prévention, et interroge les conditions concrètes à l'abord.

4.1.2. Sentiment de légitimité professionnelle et pratiques d'abord du tabac.

La légitimité, telle qu'elle est définie, renvoie à la perception de la justesse et de la pertinence d'une intervention au regard de critères éthiques, professionnels et relationnels, acceptable dans un cadre donné (54). Elle apparaît globalement positive dans notre échantillon (Fig.16). En effet, 80% des masseurs-kinésithérapeutes interrogés se positionnent sur les modalités moyennes à élevées de l'échelle de Likert (score 3 à 5). La modalité la plus fréquente traduit un sentiment « moyennement légitime », retrouvé chez 32% des répondants. Les scores plus affirmés – « plutôt légitime » et « très légitime » – représentent ensemble près de la moitié des réponses.

Ces résultats suggèrent que, sur le plan déclaratif, une majorité de MK se sentent légitimes pour aborder la question du tabac auprès des adolescents. Toutefois, l'analyse croisée entre ce sentiment de légitimité et la pratique effective d'abord du tabac révèle un **décalage important**. Parmi les professionnels se déclarant très légitimes (score 5), seuls 42% abordent effectivement le tabac avec leurs patients adolescents. Cette proportion diminue encore pour les scores inférieurs, avec seulement 11% des kinésithérapeutes se déclarant moyennement légitimes (score 3) évoquant le tabac, et aucun parmi ceux se disant « pas du tout légitimes » (score 1). Autrement dit, un niveau de légitimité perçue élevé n'entraîne pas automatiquement une mise en pratique.

Ces résultats suggèrent que la légitimité professionnelle perçue constitue bien une **condition nécessaire**, mais **non suffisante**, pour intervenir en matière de prévention du tabagisme. Ce constat rejoint les analyses de Bloy (2015), qui soulignent que l'acte de prévention est souvent freiné par d'autres déterminants, qu'ils soient organisationnels (manque de temps, contexte non favorable), relationnels (crainte de nuire à la relation de soin), ou personnels (manque de formation, d'outils ou de confiance en soi) (55).

Ce décalage entre légitimité perçue et pratiques effectives interroge le rôle d'autres leviers, notamment celui de la formation complémentaire, dans l'activation de l'évocation du tabac en pratique clinique.

4.1.3. Effet limité de la formation complémentaire sur la légitimité et l'abord du tabac

La formation continue constitue une obligation déontologique pour les MK et vise, en théorie, à renforcer les compétences, la confiance professionnelle et l'engagement dans les pratiques de prévention, tout en offrant des opportunités d'échanges entre pairs (56,57). Dans cette perspective, l'une des hypothèses explorées était que le suivi d'une formation complémentaire pertinente puisse favoriser l'évocation du tabac et renforcer le sentiment de légitimité professionnelle.

Dans l'échantillon étudié, 46 MK déclarent avoir suivi au moins une formation complémentaire jugée pertinente au regard de la prévention ou de l'accompagnement du tabagisme. Pourtant, la fréquence d'évocation du tabac apparaît comparable entre les professionnels formés et non formés : **22% des MK formés déclarent évoquer le tabac au moins occasionnellement**, contre **26%** parmi ceux n'ayant pas suivi de formation complémentaire (Tab. VIII). Ces proportions proches suggèrent un impact limité de la formation complémentaire sur les pratiques déclarées, sans permettre toutefois de conclure à une absence d'effet.

Ce constat se retrouve dans l'analyse du sentiment de légitimité professionnelle. Dans les deux groupes, la majorité des répondants se positionne sur des niveaux de légitimité intermédiaires à élevés, sans différence nette selon le suivi d'une formation complémentaire (Tab.IX). Ainsi, la formation, telle que mesurée dans cette étude, ne semble pas associée à une augmentation marquée du sentiment de légitimité à aborder le tabac chez les adolescents.

Ces résultats suggèrent que l'acquisition de connaissances théoriques, à elle seule, ne suffit pas à modifier les pratiques cliniques. Parallèlement, le Conseil National de l'Ordre des MK souligne que l'acquisition de compétences relationnelles, notamment en entretien motivationnel, et de l'utilisation d'outils de repérage, sont souvent plus déterminantes que les connaissances physiopathologiques pour initier l'évocation du tabac (52). De manière comparable, Bodner et al. (2011) montrent que, malgré une forte reconnaissance du rôle préventif dans l'aide à l'arrêt du tabac (76,9%), proche de celle observée dans notre étude (87% ; $n=67$), les freins restent principalement liés au sentiment d'auto-efficacité plutôt qu'à un déficit de connaissances (58). Ce décalage entre formation et mise en pratique peut être éclairé par la pyramide de Miller (Fig.24), qui illustre la progression nécessaire du « savoir »

vers le « faire » clinique, soulignant la difficulté à transformer une formation théorique en compétence mobilisée systématiquement dans la pratique quotidienne.

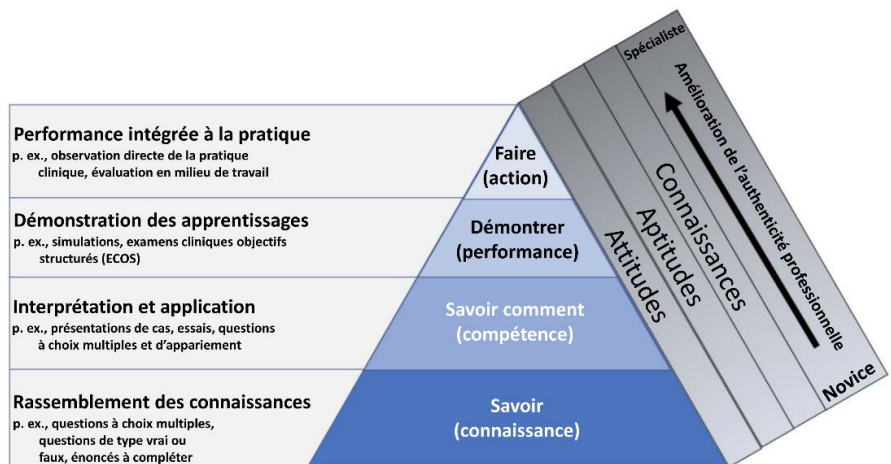


Figure 24: Pyramide de Miller montrant l'évolution de l'éducation médicale (attitudes, connaissances et habiletés)

Enfin, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, compte tenu de l'effectif limité et de l'absence d'analyse statistiques. Ils suggèrent néanmoins que la formation complémentaire, si elle constitue un levier nécessaire, n'apparaît pas suffisante à elle seule pour favoriser l'évocation du tabac auprès des adolescents.

Au-delà de la formation, les résultats invitent à s'intéresser aux conditions concrètes dans lesquelles l'évocation du tabac émerge en séance.

4.2. Modalités concrètes d'abord du tabac : une pratique majoritairement réactive.

4.2.1. Un abord principalement déclenché par le contexte clinique

Pour rappel des résultats, 77% de l'ensemble de l'échantillon ($n=59$) déclarent ne pas ou rarement aborder le sujet du tabac en séance, tandis que 23% ($n=18$) indiquent l'évoquer au moins occasionnellement (Fig.5). L'intérêt de ces données réside moins dans la fréquence d'abord que dans les conditions concrètes dans lesquelles celles-ci survient.

Lorsque le tabac est abordé, il repose principalement sur des éléments déclencheurs précis. L'**initiative spontanée de l'adolescent** constitue le déclencheur le plus fréquent (46 %, $n=35$), suivie par l'**entretien initial** et la **présence de symptômes respiratoires** (33 % ; $n=25$ chacun) (Fig.6). Cette approche opportuniste, fondée sur des éléments cliniques ou relationnels, apparaît cohérente avec les recommandations de la HAS en matière de repérage du tabagisme, notamment lors de la première consultation ou en présence de signes évocateurs (31). À l'inverse, **16 % des répondants** ($n=12$) déclarent ne **pas aborder le sujet**, traduisant la persistance de freins professionnels et relationnels déjà décrits en littérature (55).

Les réponses qualitatives semblent confirmer cette dynamique. Elles décrivent une évocation progressive du tabac, intégrée au suivi lorsque l'évolution clinique ou relationnelle s'y prête, notamment en présence de **signes cliniques ou sensoriels évocateurs** (odeur de tabac, symptômes respiratoires), ainsi que par un lien perçu entre le tabac et la prise en charge (Tab.I). Certains verbatims témoignent également d'une approche indirecte, centrée sur le **mode de vie de l'adolescent**, visant à **préserver l'alliance thérapeutique**.

L'analyse des facteurs influençant la décision d'aborder le tabac renforce ce constat (Fig.11). Les **signes cliniques respiratoires** (62%, $n=4$) et le **lien avec le motif de consultation** (56%, $n=43$) sont les principaux déclencheurs. Ces résultats indiquent que l'évocation du tabac repose avant tout sur des opportunités cliniques et relationnelles, plutôt que sur une démarche systématique.

L'attitude et les propos de l'adolescent constituent également un facteur déterminant, cités par près de la moitié des répondants (49%, $n=38$). Cette réceptivité variable peut être mise en lien avec les croyances associées au comportement tabagique, la perception des risques et les normes sociales propres à l'adolescence (59). La banalisation des risques ou les représentations associées aux nouvelles formes de consommation, notamment le vapotage, peuvent ainsi compliquer l'identification d'un moment jugé propice à l'échange (60).

La **présence des parents**, mentionnée par **39 %** des répondants ($n=30$), apparaît comme un frein notable. Comme l'ont montré Van Riel et al. (2019), l'absence de confidentialité peut limiter la liberté de parole du jeune et rendre le soignant plus hésitant à aborder des sujets sensibles. Les MK semblent ainsi adapter leur posture pour préserver l'alliance thérapeutique, quitte à différer l'évocation du tabagisme (61).

A l'inverse, les contraintes organisationnelles, telles que le temps ou la charge de travail, sont rarement évoquées citées. Cela suggère que l'absence d'évocation du tabac relève davantage de considérations clinique et relationnelles que de freins structurels.

4.2.2. Exposition à la patientèle adolescente et pratiques d'évocation du tabac

L'analyse croisée entre la part d'adolescents dans la patientèle et la fréquence d'évocation du tabac ne révèle pas de différence significative (Fig.12). Ainsi, 27% des masseurs-kinésithérapeutes dont les adolescents représentent moins de 10% de la patientèle déclarent aborder le sujet au moins occasionnellement ($n=15$), contre 22% chez ceux ayant une patientèle adolescente plus importante ($\geq 10\%$, $n=3$). Ces résultats suggèrent que la proportion d'adolescents suivis n'influence pas directement les pratiques d'évocation du tabac.

Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence, en raison des effectifs limités et de l'absence d'analyses statistiques, mais ils indiquent que la familiarité avec le public adolescent ne constitue pas un levier suffisant pour favoriser l'abord du tabac en pratique clinique. Ces éléments invitent à s'intéresser davantage aux freins et aux leviers perçus par les professionnels pour comprendre les conditions d'évocation du tabac.

4.3. Freins et leviers à l'abord du tabac

4.3.1. Freins perçus par les masseurs-kinésithérapeutes

Les résultats mettent en avant plusieurs freins perçus à l'abord du tabac chez des adolescents, relevant à la fois de dimensions individuelles, relationnelles et contextuelles (Fig.14). Le frein le plus fréquemment rapporté est la **crainte de mal s'y prendre**, citée par 18% ($n=13$) des MK. Cette appréhension renvoie à la difficulté perçue d'adopter une posture adaptée face à un sujet sensible, en particulier dans un contexte adolescent. Caractérisé par une quête d'autonomie et une forte sensibilité au regard d'autrui (62).

Le **respect de la vie privée de l'adolescent** ou de sa famille, ainsi que dans le sentiment de manque de formation, chacun cités par 16% des répondants. Par ailleurs, 14% estiment que l'abord du tabac ne relève pas de leur rôle professionnel. À l'inverse, les contraintes organisationnelles (temps, charge de travail) sont peu évoquées (7%), suggérant que les freins sont moins structurels que cliniques et relationnels.

Les réponses libres viennent renforcer cette lecture (Tab.VII). La forte proportion de la modalité « autre » (37%, $n=27$) met en évidence une absence de réflexe systématique d'aborder le tabac (« ne [leur] vient pas à l'esprit »), celui-ci n'étant envisagé que lorsqu'un lien direct avec la prise en charge est perçu, notamment en présence de signes cliniques évocateurs. Les verbatims soulignent également une crainte d'altérer la relation thérapeutique, rejoignant le frein quantitatif lié à la peur de mal s'y prendre. Le tabac est décrit comme un « sujet délicat », dont l'évocation pourrait être perçue comme intrusive ou mal reçue par l'adolescent. D'autres freins sont liés au contexte de prise en charge, notamment lorsque l'évocation est jugée peu pertinente au regard du motif de consultation ou du cadre d'exercice.

Dans l'ensemble, ces éléments suggèrent que l'évocation du tabac n'est pas intégrée comme une pratique de prévention systématique, comme les recommandations les préconisent, mais qu'elle repose sur des situations jugées cliniquement pertinentes, confirmant son caractère opportuniste. Au-delà de ces freins, la question de la reconnaissance et de la valorisation de l'acte de dépistage du tabac apparaît comme un enjeu central.

4.3.2. Valorisation de l'acte et contexte organisationnel

Au-delà des freins individuels et relationnels, les résultats questionnent la place du tabac dans l'organisation de la pratique kinésithérapique : son abord, ponctuel et non systématique, suggère une absence de formalisation et de reconnaissance institutionnelle, malgré son inscription dans le champ de compétences des MK défini par l'Ordre professionnel.

Cette lecture est renforcée par la perception des MK concernant la reconnaissance de l'acte de dépistage : 69% ($n=53$) estiment que l'évocation du tabac auprès des adolescents devrait faire l'objet d'une valorisation spécifique, tandis que 31% ($n=24$) ne partage pas cet avis (Fig.23). Cette attente traduit la reconnaissance d'un acte cliniquement pertinent mais insuffisamment intégré dans le cadre professionnel actuel. À ce jour, aucun acte de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ne permet de valoriser spécifiquement le repérage ou l'abord du tabac.

Si les contraintes organisationnelles (temps, charge de travail) sont peu citées comme freins directs, cela ne signifie pas pour autant que le cadre organisationnel soit neutre. Cette faible citation peut refléter une absence de structuration et de reconnaissance explicite de l'acte préventif. L'écart entre la reconnaissance souhaitée par une majorité de répondants et la faible fréquence d'abord du tabac en pratique (23 %) souligne un enjeu organisationnel central. La littérature montre que l'absence de cadre clair, de ressources dédiées et de reconnaissance financière constitue un frein à l'investissement des professionnels dans la prévention tabagique (48).

Ces résultats contrastent avec les recommandations de la HAS, qui promeuvent le repérage opportuniste du tabagisme et les interventions brèves comme des actes de prévention intégrés aux soins courants, accessibles à l'ensemble des professionnels de santé, y compris les non-médecins (12). Ce décalage souligne la nécessité d'une meilleure structuration et reconnaissance de l'abord du tabac en pratique kinésithérapique, en particulier dans le contexte adolescent.

4.4. Spécificité du contexte adolescent : tabagisme actif, tabagisme passif et alliance thérapeutique

4.4.1. L'alliance thérapeutique comme condition centrale de l'abord du tabac

L'analyse qualitative met en évidence le rôle central de l'alliance thérapeutique dans l'abord du tabac chez l'adolescent (annexe 7). Les répondants soulignent l'importance d'une

écoute active, d'une posture non intrusive et d'une relation de confiance pour aborder des thématiques sensibles. Cette approche est cohérente avec les recommandations de l'OMS, qui soulignent l'efficacité d'interventions brèves intégrées à une relation de soin régulière et de confiance (63). Des travaux en soins primaires montrent également que l'abord de sujets sensibles dans ce cadre favorise le sentiment d'écoute et d'attention du patient (64).

Les verbatims insistent sur la nécessité d'une posture non jugeante et bienveillante, excluant toute attitude moralisatrice, particulièrement inadaptée dans le contexte adolescent. L'adaptation du discours au niveau de compréhension et au langage du jeune est également décrite comme facilitant l'expression libre et l'adhésion thérapeutique.

Enfin, plusieurs répondants évoquent l'importance d'un cadre sécurisant et confidentiel, parfois favorisé par l'absence des parents, afin de permettre à l'adolescent de s'exprimer librement. Ces éléments rejoignent les travaux de Gentina (2016), qui décrivent l'adolescence comme une période d'autonomisation progressive, étroitement liée au cadre familial, complexifiant la relation avec les figures d'autorité (62).

Dans l'ensemble, ces résultats confirment que l'alliance thérapeutique constitue une condition centrale de l'abord du tabac chez l'adolescent, reposant sur une posture professionnelle ajustée et une communication adaptée.

4.4.2. Sensibilité des masseurs-kinésithérapeutes au tabagisme passif : regard croisé avec les données populationnelles

Les résultats mettent en lumière une sensibilité hétérogène des MK au tabagisme passif chez l'adolescent (Tab.II). Si 35% des répondants déclarent s'interroger sur l'exposition au tabagisme passif, 47% indiquent ne pas aborder cette question, et 18% ne savent pas se positionner. En revanche, 62% ($n=48$) rapportent avoir déjà identifié un adolescent exposé au tabac à domicile, suggérant un repérage a posteriori, sans questionnement systématique.

Le lien entre symptomatologie et exposition environnementale est plus rarement établi : seuls 21 % des répondants déclarent avoir déjà attribué certains symptômes à une exposition au tabagisme passif. Cette difficulté peut limiter l'intégration du tabagisme passif comme déterminant de santé dans la prise en charge.

Ce constat contraste avec les données épidémiologiques montrant une forte prévalence de l'exposition au tabagisme passif chez les adolescents (66), suggérant un sous-questionnement en pratique (65). Dans ce contexte, l'abord du tabagisme passif apparaît

comme un levier pertinent de prévention, à la fois légitime cliniquement et moins stigmatisant, susceptible de faciliter l'évocation plus globale de la question du tabac auprès des adolescents.

4.4.3. Tabagisme actif et tabagisme passif : une évocation modulée par l'alliance thérapeutique

Les analyses descriptives suggèrent que l'abord du tabac chez l'adolescent varie selon la nature de la consommation et la perception de l'alliance thérapeutique comme levier (Tab.XII et Tab.XIII). Lorsque l'alliance est perçue comme facilitante ($n=72$), seuls 25% des MK ($n=18$) déclarent aborder le **tabac actif** au moins occasionnellement, illustrant le caractère particulièrement sensible de cette thématique.

A l'inverse, le **tabagisme passif** apparaît plus fréquemment évoqué dans ce contexte relationnel : parmi les répondants percevant l'alliance comme un levier, 54% ($n=41$) déclarent l'évoquer au moins une fois. Cette différence suggère que le tabagisme passif constitue une entrée plus acceptable pour aborder la question du tabac auprès des adolescents, notamment lorsqu'il est intégré à un questionnement plus global sur l'environnement et la santé. Ces résultats sont cohérents avec la littérature. La méta-analyse de Scheffers-van Schayck et al. met en évidence que l'exposition au tabagisme passif demeure un enjeu majeur de santé publique, le domicile constituant le principal lieu d'exposition, avec près d'un demi-milliard d'enfants concernés à l'échelle mondiale. Cette exposition précoce est associée à un risque accru d'initiation au tabagisme à l'adolescence ou à l'âge adulte, et les interventions combinant sevrage parental et sensibilisation des enfants apparaissent plus efficaces à long terme (66).

Ces résultats suggèrent que l'abord du tabac chez l'adolescent dépend à la fois de la nature de la consommation et de facteurs propres au professionnel, justifiant l'analyse des caractéristiques individuelles et professionnelles des MK.

4.5. Facteurs individuels et professionnels associés

Cette section met en perspective certaines caractéristiques individuelles et professionnelles des masseurs-kinésithérapeutes susceptibles d'être associées à l'abord du tabac auprès des adolescents. Ces analyses, exclusivement descriptives, visent à dégager des tendances observées au sein de l'échantillon, sans établir de relations.

4.5.1. Profil du masseur-kinésithérapeute et pratiques d'abord du tabac

Profil tabagique

Les pratiques d'abord du tabac varient selon le profil tabagique des MK (Fig.20). Parmi non-fumeurs ($n=52$), seuls 19% ($n=9$) rapportent aborder le tabac au moins occasionnellement, contre 81% ($n=43$) qui ne l'abordent pas ou rarement. **À l'inverse, les anciens fumeurs ($n=13$) déclarent plus fréquemment aborder cette thématique, avec 60% ($n=7$) rapportant un abord au moins occasionnel.** Chez les fumeurs actuels ou occasionnels ($n=11$), l'évocation du tabac reste limitée, seuls 24% ($n=2$) déclarant l'aborder.

Ces résultats suggèrent que l'expérience personnelle du tabac, en particulier lorsqu'elle s'inscrit dans un parcours de sevrage, pourrait favoriser l'abord du tabac en pratique clinique. Ce constat rejoint la littérature, qui souligne le rôle du sentiment d'auto-efficacité et de l'empathie du professionnel dans l'abord du tabagisme (48). Ces tendances doivent toutefois être interprétées avec prudence, compte tenu des effectifs restreints dans certains sous-groupes.

Formation initiale

L'analyse selon l'année d'obtention du diplôme chez les MK diplômés en France ($n=71$) montre une tendance à une augmentation progressive de l'abord du tabac chez les professionnels les plus récemment diplômés (Tab.X). Ainsi, 10% des MK diplômés avant 2015 déclarent aborder le tabac, contre 20% chez ceux diplômés entre 2015 et 2020, et 27% chez les diplômés en 2021 ou après.

Cette évolution pourrait être mise en lien avec la réforme de la formation initiale introduite par l'arrêté du 2 septembre 2015, qui intègre explicitement les missions de prévention et de santé publique dans le référentiel de compétences. Néanmoins, les écarts observés restent modestes et la majorité des répondants, toutes périodes de diplomation confondues, déclarent ne pas ou peu aborder le tabac (67). Ces résultats suggèrent que la formation initiale, bien qu'importante, ne suffit pas à elle seule à modifier durablement les pratiques professionnelles. Concernant les MK diplômés dans un autre pays de l'Union européenne ($n=6$), un tiers déclare aborder le tabac, contre deux tiers qui ne l'évoquent pas. Ces effectifs limités ne permettent pas de dégager de tendance robuste, mais invitent à une interprétation prudente.

4.5.2. Caractéristiques professionnelles et modalités d'abord

Les pratiques d'évocation du tabac apparaissent relativement homogènes selon le type d'exercice professionnel (Tab.XI). Parmi les masseurs-kinésithérapeutes exerçant en

établissement de santé ($n=8$), 22% ($n=2$) déclarent aborder le tabac au moins occasionnellement, contre 27% ($n=15$) chez les professionnels exerçant en libéral ($n=66$). Les MK exerçant dans d'autres contextes (exercice mixte ou EHPAD ; $n=4$) présentent des proportions comparables, avec 29% ($n=2$) déclarant aborder le tabac.

Ces résultats suggèrent que le cadre d'exercice, pris isolément, n'apparaît pas comme un facteur déterminant de l'évocation du tabac auprès des adolescents. Cette relative homogénéité renforce l'hypothèse selon laquelle les pratiques d'évocation du tabac sont davantage influencées par des facteurs relationnels, contextuels ou individuels que par le seul environnement organisationnel. Cette lecture reste toutefois prudente, au regard des effectifs restreints dans certains sous-groupes, notamment en établissement de santé et dans les autres contextes d'exercice.

4.6. Limites et biais de l'étude

4.6.1. Limites méthodologiques

Cette étude présente plusieurs limites méthodologiques. Les données reposent sur des pratiques déclarées, susceptibles de différer des pratiques effectives en situation clinique. L'hétérogénéité des contextes d'exercice des MK interrogés peut également influencer les réponses et limiter la compatibilité des situations rapportées. Par ailleurs, l'analyse essentiellement descriptive ne permet pas d'établir de relations statistiques significatives entre les variables étudiées. Le recrutement volontaire des répondants peut avoir introduit un biais de sélection, les professionnels les plus sensibilisés à la thématique étant potentiellement surreprésentés. Enfin, les modalités de diffusion du questionnaire, principalement réalisées via certains réseaux et zones géographiques, peuvent limiter la représentativité régionale des pratiques rapportées.

Améliorations de l'étude et perspectives méthodologiques

Les commentaires libres recueillis en fin de questionnaire ont permis d'identifier plusieurs pistes d'amélioration pour de futurs travaux (annexe 9). Plusieurs répondants ont souligné la nécessité de mieux définir la tranche d'âge correspondant à l'adolescence, les pratiques pouvant varier selon l'âge du patient. D'autres ont relevé une orientation perçue comme majoritairement libérale du questionnaire, ainsi qu'un abord du tabac principalement centré sur les dimensions respiratoires. Ces éléments suggèrent l'intérêt, pour de futures études, de préciser l'âge ciblé, de mieux intégrer les différents contextes d'exercice et d'élargir les dimensions cliniques explorées.

4.6.2. Limites liées au recueil déclaratif et à l'interprétation des données

Le questionnaire comportait plusieurs items portant sur les actions déclarées par les masseurs-kinésithérapeutes lorsque le tabagisme actif ou passif était identifié chez un adolescent. Ces questions visaient à décrire les conduites possibles après repérage, telles que l'abord du sujet avec l'adolescent ou son entourage, l'orientation vers un autre professionnel ou une structure spécialisée, l'utilisation éventuelle d'outils d'aide au sevrage, ou l'absence d'action spécifique. D'autres items exploraient la nature des actions engagées lorsque le tabac était abordé, notamment la sensibilisation aux effets du tabac sur la santé, la proposition d'un échange approfondi ou l'orientation vers un médecin ou un tabacologue. Des questions ouvertes permettaient également aux répondants de préciser librement leurs pratiques. Ces items n'ont pas été exploités dans l'analyse principale, le mémoire étant centré sur le dépistage et l'abord du tabac chez l'adolescent.

La construction du questionnaire a bénéficié d'une phase de relecture a été réalisée auprès de trois personnes tests, dont deux ayant remplis le QAS-99 afin d'améliorer la clarté, la compréhension et la pertinence des items. Bien que la phase de relecture ait contribué à améliorer la qualité du questionnaire, elle introduit une part de subjectivité liée à la diversité des suggestions formulées. Par ailleurs, le recours à des pratiques déclarées expose l'étude à un biais de désirabilité sociale. Malgré deux relances via des canaux professionnels, le faible nombre de réponses supplémentaires recueillies peut s'expliquer par un manque d'intérêt, de disponibilité ou de visibilité de l'enquête.

Enfin, l'importance des réponses qualitatives (8 questions) suggère les limites d'une approche exclusivement quantitative et plaide en faveur d'une méthodologie mixte, combinant questionnaire et entretiens, pour approfondir la compréhension des pratiques professionnelles.

4.7. Ouverture et perspectives

4.7.1. Pistes d'amélioration des pratiques professionnelles

Les réponses libres, recueillies en fin de questionnaire, mettent en évidence plusieurs pistes d'amélioration des pratiques professionnelles concernant l'évocation du tabac chez l'adolescent (annexe 9). Plusieurs MK soulignent l'intérêt d'un repérage plus systématique du statut tabagique dès l'interrogatoire initial, indépendamment du motif de consultation, afin de mieux anticiper ses effets sur la prise en charge. Ils insistent également sur la nécessité d'adapter l'abord aux spécificités de l'adolescence, en privilégiant une approche progressive,

non jugeante et ajustée à la relation thérapeutique. Les verbatims mettent en lumière l'importance de renforcer les compétences relationnelles et motivationnelles des masseurs-kinésithérapeutes, en complément des connaissances théoriques. Enfin, la complexité du contexte familial et social de l'adolescent et la clarification du rôle du kinésithérapeute dans le repérage, l'accompagnement et l'orientation apparaissent comme des leviers essentiels pour une intégration plus durable de l'évocation du tabac dans la pratique.

4.7.2. Perspective de recherche

Les résultats de ce travail ouvrent des perspectives de recherche centrées sur le développement et l'évaluation d'actions de prévention du tabagisme en milieu scolaire, en articulation avec les infirmières scolaires, reconnues comme des actrices centrales de la promotion de la santé et du repérage précoce des conduites à risque chez les adolescents. Les documents institutionnels de Santé Publique France soulignent leur rôle pivot dans la prévention des conduites addictives, et l'intérêt d'approches coordonnées, pluridisciplinaires et inscrites dans des projets de santé scolaire structurés (70).

Dans ce cadre, le masseur-kinésithérapeute pourrait intervenir en tant que prestataire extérieur, au sein de dispositifs coordonnés par les infirmières scolaires, afin de mobiliser son expertise spécifique en santé respiratoire et en éducation à la santé. À l'image des programmes de type « école du dos », ce positionnement s'inscrirait dans un cadre institutionnel légitime et interprofessionnel. Des travaux futurs pourraient ainsi évaluer l'impact de telles interventions sur les connaissances, représentations et intentions comportementales des adolescents vis-à-vis du tabac et vapotage, ainsi que sur les modalités de collaboration entre infirmières scolaires et masseurs-kinésithérapeutes.

5. CONCLUSION

Ce travail de recherche a exploré la place du masseur-kinésithérapeute dans le repérage et la prévention du tabagisme chez l'adolescent, période charnière pour l'initiation des conduites addictives. Menée auprès de 77 professionnels de la région Grand Est, cette étude a permis de confronter les représentations professionnelles aux pratiques cliniques déclarées.

Les résultats mettent en évidence un décalage entre la reconnaissance du rôle préventif des MK et l'intégration effective de l'abord du tabac. Bien que la majorité des répondants se reconnaisse légitime, l'abord du tabac reste peu fréquent et rarement systématique, confirmant l'hypothèse principale de l'étude d'un dépistage peu intégré aux

pratiques courantes de rééducation. Lorsqu'il est abordé, cette évocation s'inscrit majoritairement dans une démarche réactive et opportuniste, déclenchée par des signes cliniques, le lien avec le motif de consultation ou l'initiative de l'adolescent, et reste rarement anticipée, malgré les recommandations de santé publique.

Les freins identifiés relèvent principalement de dimensions relationnelles et cliniques, telles que la craint d'altérer l'alliance thérapeutique, la peur de mal s'y prendre ou le manque de formation spécifique, que de contraintes organisationnelles. Ces éléments soulignent que la légitimité professionnelle, ne suffit pas à garantir une mise en pratique effective de la prévention. De manière concordante, l'hypothèse d'un effet favorable de la formation n'est que partiellement étayée, aucune différence nette n'étant observée selon le suivi d'une formation ou l'année de diplomation, malgré une légère tendance chez les diplômés récents.

L'étude souligne également le rôle central de l'alliance thérapeutique dans l'abord du tabac chez l'adolescent, confirmant hypothétiquement la qualité de la relation soignant-soigné comme un levier déterminant. Une posture non jugeante, une communication adaptée et un cadre sécurisant apparaissent comme leviers pour aborder des thématiques sensibles. Dans ce contexte, le tabagisme passif semble plus fréquemment évoqué que le tabagisme actif, constituant une entrée jugée plus acceptable et moins stigmatisante, bien que son repérage reste hétérogène.

Enfin, l'analyse des facteurs professionnels montre que ni le type d'exercice ni la proportion d'adolescents suivis ne constituent, à eux seuls, des déterminants majeurs de l'évocation du tabac, suggérant un poids prépondérant des dimensions relationnelles, contextuelles et individuelles. L'absence de reconnaissance institutionnelle formalisée de l'acte de dépistage apparaît également comme un frein potentiel à son intégration durable.

En conclusion, ce travail met en évidence un rôle encore peu formalisé du masseur-kinésithérapeute dans la prévention et l'accompagnement du tabagisme chez l'adolescent, malgré une légitimité reconnue en matière d'éducation à la santé et de santé respiratoire. Les perspectives ouvertes suggèrent l'intérêt d'actions de prévention en milieu scolaire, coordonnées par les infirmières scolaires et intégrant le MK comme intervenant extérieur, dans une approche pluridisciplinaire, dont l'évaluation apparaît essentielle pour renforcer leur efficacité et leur reconnaissance dans les stratégies de santé publique

Bibliographie

- [1]. ARS Grand Est. Le Programme de lutte contre le tabac 2023-2027 (National/Régional) [Internet]. 2025 [cité 2 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/le-programme-de-lutte-contre-le-tabac-2023-2027-nationalregional>
- [2]. OFDT. Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 [Internet]. Paris; 2018 [cité 10 sept 2025]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-1334-eftxssy2.pdf
- [3]. WHO. Selon un rapport de l'OMS, le tabagisme reste un défi majeur pour la santé des enfants et des adolescents [Internet]. 2020 [cité 13 janv 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/europe/fr/news/item/05-06-2020-smoking-still-a-core-challenge-for-child-and-adolescent-health-reveals-who-report>
- [4]. Légifrance. JORF n°0168. 2025 [cité 12 sept 2025]. Arrêté du 21 juillet 2025 fixant les périmètres et les modèles de signalisation prévus respectivement aux articles R. 3512-2 et R. 3512-7 du code de la santé publique. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=q6rhC61_3kZuWb-DJoVE9Dj6UFbgHwXsc1xpBHveUmo=
- [5]. Légifrance. JORF n°0149. 2025 [cité 12 sept 2025]. Décret n° 2025-582 du 27 juin 2025 relatif aux espaces sans tabac et à la lutte contre la vente aux mineurs des produits du tabac et du vapotage. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=odbizKsjpIXHuGUoq6RDXTvytpTEMRDHxfRZ7iYE1vA=>
- [6]. CNOMK. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2024 [cité 12 sept 2025]. Communiqué de presse – Rapport de la démographie des kinésithérapeutes 2024 : état des lieux et enjeux pour l'avenir de la kinésithérapie en France. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/communique-de-presse-rapport-de-la-demographie-des-kinesitherapeutes-2024-etat-des-lieux-et-enjeux-pour-lavenir-de-la-kinesitherapie-en-france/>
- [7]. HAS. Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents [Internet]. 2004 sept [cité 12 sept 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272363/fr/recommandations-pour-le-suivi-medical-des-patients-asthmatiques-adultes-et-adolescents
- [8]. HAS. Entorse du ligament collatéral latéral (ligament latéral externe) de cheville: diagnostic, rééducation et reprise de l'activité physique et de la pratique sportive [Internet]. 2025 mai [cité 2 sept 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-05/_reco475_entorse_cheville_recommandation.pdf
- [9]. WHO. Santé des adolescents [Internet]. [cité 15 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health>
- [10]. Lannegrand-Willems L. La construction identitaire à l'adolescence : quelle place pour les émotions ? Cah Dyn. 16 nov 2017;71(1):60-6.

- [11]. Cottin M, Catellin M, De Guiran E, Miliani K, Josseran L, Gautier S. Understanding adolescent consumption patterns and attitudes towards the “puff” on the path to a smoke-free generation: a 2022 French perspective. *Front Public Health*. 20 sept 2024;12:1411099.
- [12]. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l’abstinence en premiers recours- Actualisations [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3452901/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premiers-recours-actualisation-note-de-cadrage
- [13]. OFDT. Les usages de drogues en Europe à 16 ans [Internet]. 2025 [cité 13 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/communiquede-presse/les-usages-de-drogues-en-europe-16-ans-2609>
- [14]. Harvey J, Chadi N. Preventing smoking in children and adolescents: Recommendations for practice and policy. *Paediatr Child Health*. mai 2016;21(4):209-14.
- [15]. Brissot A, Le Nézet O, Spilka S. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2023 [cité 12 sept 2025]. L’usage de tabac chez les jeunes de 17 ans: résultats de l’enquête Escapad. Disponible sur: https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/9-10/2023_9-10_3.html
- [16]. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Philippon A, Brissot A, Eroukmanoff V. Les drogues à 17 ans, analyses régionales - enquête ESCAPAD 2022 [Internet]. 2024 févr. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2024-05/ofdt_epfxss2e2.pdf
- [17]. Bryazka D, Reitsma MB, Abate YH, Magied AHAAA, Abdelkader A, Abdollahi A, et al. Forecasting the effects of smoking prevalence scenarios on years of life lost and life expectancy from 2022 to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Public Health*. 1 oct 2024;9(10):e729-44.
- [18]. Assurance Maladie. Ameli. Paris; 2025 [cité 14 sept 2025]. Le vapotage et le PTC chez les jeunes : un phénomène inquiétant aux risques méconnus. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/moselle/assure/actualites/le-vapotage-et-le-ptc-chez-les-jeunes-un-phenomene-inquietant-aux-risques-meconnus>
- [19]. Santé Publique France. Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la santé ? [Internet]. Saint-Maurice; 2023 [cité 13 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
- [20]. Elatfy A, Vrahimis S, Conti A, Baldacchino A. Chronic tobacco smoking and neurocognitive impairments in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* [Internet]. 23 avr 2024 [cité 15 sept 2025];15. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2024.1384408/full>

- [21]. INSERM. Nicotine : l'exposition pendant l'adolescence perturbe le développement cérébral chez la souris [Internet]. 2025 [cité 13 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/nicotine-lexposition-pendant-ladolescence-perturbe-le-developpement-cerebral-chez-la-souris/>
- [22]. WHO. Ne laissez pas le tabac vous couper le souffle [Internet]. Genève; 2019. Report No.: WHO/NMH/PND/2019.3. Disponible sur: <https://www.who.int/docs/default-source/tobacco-hq/world-no-tobacco-day/6188-whontd19-brochure-fr-meo20190522.pdf>
- [23]. Kaur G, Pinkston R, Mclemore B, Dorsey WC, Batra S. Immunological and toxicological risk assessment of e-cigarettes. Eur Respir Rev [Internet]. 28 févr 2018 [cité 3 oct 2025];27(147). Disponible sur: <https://publications.ersnet.org/content/errev/27/147/170119>
- [24]. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 12 sept 2025]. Recommandations concernant l'usage des produits de vapotage / cigarette électronique. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/produits-de-vapotage-cigarette-electronique/article/recommandations-concernant-l-usage-des-produits-de-vapotage-cigarette>
- [25]. CNOMK. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Paris; 2019 [cité 12 sept 2025]. La lutte contre le tabagisme est l'affaire de tous! Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/patients/la-lutte-contre-le-tabagisme-est-laffaire-de-tous/>
- [26]. ANSES. Les produits du tabac et produits connexes [Internet]. 2024 [cité 15 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/les-produits-du-tabac-et-produits-connexes>
- [27]. Ministère de la Santé et de la Prévention. Les produits de vapotage / cigarette électronique [Internet]. 2024 [cité 12 sept 2025]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/produits-de-vapotage-cigarette-electronique/article/les-produits-de-vapotage-cigarette-electronique>
- [28]. ANSES. Produits du tabac, produits connexes et arômes: bilan des cas rapportés aux centres antipoison du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2022 [Internet]. [cité 15 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/system/files/Toxicovigilance2023AUTO0121Ra.pdf>
- [29]. Dadras O, Abio A. Predictors of cigarette smoking frequency among European adolescents aged 13–15: the critical role of parental smoking and age of initiation. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2025;34:3577-86.
- [30]. Thomas RE, Baker PR, Thomas BC, Lorenzetti DL. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. 27 Février 2015 [Internet]. [cité 8 sept 2025]; Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004493.pub3/full>

- [31]. HAS. Arrêt de la consommation de tabac: du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2014 oct [cité 15 sept 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
- [32]. Bargaoui Z, Mzoughi K, Zairi I, Aouina O. L'aide au sevrage tabagique : la pratique du conseil minimal par les résidents en médecine. *Rev Mal Respir*. 1 janv 2022;39(1):13-25.
- [33]. Lecrique J marc. Évaluation d'Unplugged dans le Loiret, programme de prévention de l'usage de substances psychoactives au collège. [Internet]. Santé publique France; 2019. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/wp-content/uploads/2022/06/synthese-resultats-evaluation.pdf>
- [34]. 34. Santé Publique France. Tabado, un programme pertinent d'accompagnement des lycéens professionnels et apprentis à l'arrêt du tabac développé en milieu scolaire [Internet]. 2021 [cité 15 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/tabado-un-programme-pertinent-d-accompagnement-des-lyceens-professionnels-et-apprentis-a-l-arret-du-tabac-developpe-en-milieu-scolaire>
- [35]. Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Prévention des conduites addictives [Internet]. [cité 15 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/prevention-des-conduites-addictives-11840>
- [36]. Gardner LA, Rowe AL, Newton NC, Egan L, Hunter E, Devine EK, et al. A Systematic Review and Meta-analysis of School-Based Preventive Interventions Targeting E-Cigarette Use Among Adolescents. *Prev Sci*. 1 oct 2024;25(7):1104-21.
- [37]. Fortin F, Roche S, Dupouy J, Bernard P, Lachal J, Lambert C, et al. Barriers and Expectations of Adolescents Regarding the Identification and Management of Their Psychoactive Substance Use by Their General Practitioner. *Int J Environ Res Public Health*. oct 2022;19(20):13231.
- [38]. Theis RP, Malik AM, Thompson LA, Shenkman EA, Pbert L, Salloum RG. Considerations of Privacy and Confidentiality in Developing a Clinical Support Tool for Adolescent Tobacco Prevention: qualitative Study. *JMIR Form Res*. 28 avr 2019;3(2):e12406.
- [39]. WHO. Making Health Services Adolescent Friendly: Developing National Quality Standards for Adolescent-friendly Health Services. Geneva: World Health Organization; 2012. 52 p.
- [40]. Fanshawe TR, Halliwell W, Lindson N, Aveyard P, Livingstone-Banks J, Hartlann-Boyce J. Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 17 nov 2017;(11):CD003289.

- [41]. Légifrance. Code de la santé publique, art. L4321-1 [Internet]. 2023 [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000047568490
- [42]. CNOMK. Le référentiel de la profession [Internet]. Paris; 2013. Disponible sur: <https://ordremk.fr/wp-content/uploads/2012/12/le-referentiel-2013.pdf>
- [43]. CNOMK. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la Loire. Saint-Etienne; 2018 [cité 15 sept 2025]. Droit de prescription des masseurs-kinésithérapeutes: dispositifs médicaux, substituts nicotiniques. Disponible sur: <https://loire.ordremk.fr/2018/04/03/droit-de-prescription-des-masseurs-kinesitherapeutes-dispositifs-medicaux-substitus-nicotiniques/>
- [44]. CNOMK. Focus sur la kinésithérapie respiratoire : le souffle c'est la vie ! [Internet]. 2024 [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/kines/focus-sur-la-kinesitherapie-respiratoire-le-souffle-cest-la-vie/>
- [45]. ARS Grand Est. Les programmes d'Education thérapeutique du patient (ETP) [Internet]. Nancy; 2025 [cité 15 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/les-programmes-deducation-therapeutique-du-patient-etp>
- [46]. Comité national contre le tabagisme. Génération sans tabac. 2024 [cité 14 sept 2025]. FAST, une formation gratuite sur le sevrage tabagique pour les professionnels de santé dans le Grand Est. Disponible sur: <https://www.generationsanstabac.org/fr/actualites/grand-est-lancement-dune-formation-gratuite-fast-sur-le-sevrage-tabagique-pour-les-professionnels-de-sante/>
- [47]. Visser JEM, Nur FA, Rozema AD, Kunst AE, Kuipers MAG. Facilitators and barriers to smoking cessation support among professionals in social and community service settings: a systematic review and thematic synthesis. Health Educ Res [Internet]. 1 oct 2025 [cité 15 sept 2025];40(5). Disponible sur: <https://academic.oup.com/her/article/40/5/cyaf030/8232687>
- [48]. C, Mechili EA, Papadakis S, Nikitara K, Demin A, Trofor A, et al. Current practices and perceived barriers to tobacco treatment delivery among healthcare professionals from 15 European countries. The EPACTT Plus project. Tob Prev Cessat. 21 janv 2020;6(January):6.
- [49]. Jafari A, Mahdizadeh M, Peyman N, Gholian-Aval M, Tehrani H. Exploration the role of social, cultural and environmental factors in tendency of female adolescents to smoking based on the qualitative content analysis. BMC Womens Health. 11 févr 2022;22(1):38.
- [50]. Blain T. L'entretien motivationnel en kinésithérapie. Brétigny-sur-Orge; 2023. 144 p.
- [51]. Willis GB, Lessler JT. Question Appraisal System: QAS-99 [Internet]. Rockville; 1999. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/267938670_Question_Appraisal_System_QAS-99_By

- [52]. CNOMK. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. 2025 [cité 20 janv 2026]. Kinésithérapeutes et lutte contre le tabagisme : une mission de santé publique à notre portée. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/kinesitherapeutes-et-lutte-contre-le-tabagisme-une-mission-de-sante-publique-a-notre-portee/>
- [53]. HAS. Arrêter de fumer et ne pas rechuter : la recommandations 2014 de la HAS [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2014 [cité 28 janv 2026]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/question_reponse_sevrage_tabagique.pdf
- [54]. CNRTL. Portail Lexicographique. 2012 [cité 29 janv 2026]. Légitimité. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/l%C3%A9gitimit%C3%A9>
- [55]. Bloy G. Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale. *Sci Soc Santé*. 2015;33(4):41-66.
- [56]. Professional Seminars. Professional Seminars Ltd. 2025 [cité 29 janv 2026]. Lifelong Learning: why continuing Education Matters. Disponible sur: <https://www.professionalseminars.com/post/lifelong-learning-why-continuing-education-matters>
- [57]. CNOMK. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes. [cité 29 janv 2026]. La formation continue. Disponible sur: <https://www.ordremk.fr/je-suis-kinesitherapeute/formation/la-formation-continue/>
- [58]. Bodner ME, Miller WC, Rhodes RE, Dean E. Smoking Cessation and Counseling: Knowledge and Views of Canadian Physical Therapists. *Phys Ther*. 1 juill 2011;91(7):1051-62.
- [59]. Roscoät ED, Cogordan C, Guignard R, Wilquin JL, Beck F. Déterminants des intentions de rester non-consommateur ou de réduire ses consommations d'alcool, de tabac ou de cannabis chez les 15-25 ans. *Santé Publique*. 31 déc 2015;27(5):641-51.
- [60]. Reynolds LM, Faure P, Barik J. Adolescent nicotine exposure and persistent neurocircuitry changes: unveiling lifelong psychiatric risks. *Mol Psychiatry*. 2025;30(11):5534-45.
- [61]. Van Riel B, Ambresin AE, Takeuchi YL. La confidentialité dans les soins aux adolescents ? Le point de vue des adolescents et de leurs parents. *Paediatrica*. 2019;30(4):22-6.
- [62]. Gentina É. Chapitre 1. L'adolescent, sujet et acteur ambivalent de la consommation. In: *Marketing et Génération Z: Nouveaux modes de consommation et stratégies de marque* [Internet]. Dunod. Paris: Dunod; 2016 [cité 21 août 2025]. p. 15-46. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/marketing-et-generation-z--9782100738519-page-15>
- [63]. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: raising awareness of tobacco industry tactics [Internet]. Genève; 2025 [cité 23 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240112063>

- [64]. Brown JD, Wissow LS. Discussion of sensitive health topics with youth during primary care visits: Relationship with youth perceptions of care. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* janv 2009;44(1):48-54.
- [65]. HAS. Référentiel de pratiques : Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premiers recours [Internet]. Saint-Denis La Plaine; 2016 [cité 28 janv 2026]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf
- [66]. Scheffers-van Schayck T, Mujcic A, Otten R, Engels R, Kleinjan M. The Effectiveness of Smoking Cessation Interventions Tailored to Smoking Parents of Children Aged 0–18 Years: A Meta-Analysis. *Eur Addict Res.* juin 2021;27(4):278-93.
- [67]. Légifrance. JORF n°0204. 2015 [cité 22 janv 2026]. Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031127778/>

ANNEXES

Table des annexes :

Annexe 1 : usages de tabac parmi les adolescents âgés de 17 ans selon le sexe, la situation scolaire, la PCS du ménage et la taille d'agglomération, en 2022 (source : enquête ESCAPAD 2022) (17)	59
Annexe 2 : liste des substituts nicotinique pris en charge par l'Assurance Maladie au 19/03/2018	60
Annexe 3 : questionnaire réalisé dans le cadre de ce mémoire.	63
Annexe 4 : remplissage questionnaire QAS-99 avec observations personnelles et participants au pré-test.....	73
Annexe 5 : tableau récapitulatif des codages utilisés pour l'analyse des données. ..	74
Annexe 6 : tableau des compétences transversales pour le sevrage tabagique	75
Annexe 7 : analyse thématique des réponses à la question « qu'est-ce qui facilite une bonne alliance thérapeutique avec un adolescent ? ».....	76
Annexe 8 : synthèse descriptive des facteurs associés à l'évocation du tabac chez l'adolescent (n=77).....	77
Annexe 9 : tableau regroupant les commentaires libres à la fin du questionnaire (n=18).....	78
Annexe 10 : Mail pour la diffusion du questionnaire du 06/10/2025.....	79

Annexe 1: usages de tabac parmi les adolescents âgés de 17 ans selon le sexe, la situation scolaire, la PCS du ménage et la taille d'agglomération, en 2022 (source : enquête ESCAPAD 2022) (17)

	Tabac (cigarette)				Chicha		Tabac + chicha	
	Expérimentation (%)	Mois	Quotidien (%)	Quotidien >10 cigarettes (%)	Expérimentation (%)	Mois	Expérimentation (%)	Mois
Total								
Ensemble	46,5	25,1	15,6	3,7	33,3	10,6	52,5	28,6
Sexe								
Garçons	46,2	25,5	17,0	5,0	37,0	13,1	53,4	29,7
Filles	46,9	24,6	14,2	2,3	29,3	7,9	51,5	27,5
Sex ratio	0,99	1,03	1,20	2,19	1,26	1,66	1,04	1,08
Situation scolaire								
Elèves	44,7	23,0	13,3	2,6	31,6	9,2	50,8	26,4
Lycéen GT	42,8	20,6	10,1	1,3	28,4	6,7	48,1	23,3
Lycéen PRO	49,9	29,3	22,1	6,0	40,1	15,9	57,8	34,9
Apprentissage	67,3	48,1	38,4	13,4	50,5	24,2	71,2	52,1
Autre situation	65,2	48,7	43,5	17,4	54,6	27,2	71,2	55,4
PCS du binôme parental								
À dominante cadre	49,4	26,4	12,8	1,5	29,6	7,3	52,9	28,8
À dominante intermédiaire	49,3	25,3	14,2	2,8	33,0	9,0	53,9	28,7
À dominante employée	46,7	24,1	14,8	3,5	33,0	10,0	52,9	27,4
À dominante petit indépendant	50,9	28,3	18,5	5,2	36,3	12,0	58,0	32,0
À dominante ouvrière	46,5	25,7	17,7	4,5	35,8	12,4	53,2	29,7
Monoactif employé ou ouvrier	39,9	23,1	17,8	5,4	33,9	13,0	47,8	27,5
Inactif	38,3	21,5	16,4	5,1	35,1	16,1	47,6	27,5
Taille d'agglomération								
<2 000 habitants	52,2	26,7	16,9	4,4	31,3	9,9	55,4	29,5
≥2 000 et <20 000 habitants	49,5	27,3	17,5	4,4	33,9	11,2	54,5	30,3
≥20 000 et <200 000 habitants	46,4	26,1	17,7	4,1	34,6	10,8	51,6	29,5
≥200 000 habitants	42,2	22,2	12,7	2,6	33,2	10,3	50,4	26,7

PCS : Professions et catégories socioprofessionnelles.

Annexe 2: liste des substituts nicotinique pris en charge par l'Assurance Maladie au 19/03/2018

CIP	LIBELLE CIP	GROUPE	âge minimal supérieur ou égal
3400937679725	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE EUCALYPTUS PASTILLES (B/12)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400937679954	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE EUCALYPTUS PASTILLES (B/36)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400937680554	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE EUCALYPTUS PASTILLES (B/96)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936447615	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE MENTHE FRAICHEUR PASTILLES (B/12)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936447844	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE MENTHE FRAICHEUR PASTILLES (B/36)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936498990	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE MENTHE FRAICHEUR PASTILLES (B/96)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400922031965	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE MENTHE FRAICHEUR PASTILLES (B/144)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400921939835	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE REGLISSE MENTHE PASTILLES (B/144)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936499072	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE REGLISSE MENTHE PASTILLES (B/12)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936499362	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE REGLISSE MENTHE PASTILLES (B/36)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400936499881	NICOPASS 1,5 MG SANS SUCRE REGLISSE MENTHE PASTILLES (B/ 96)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938729993	NICOPASS MENTHE FRAICHEUR 2,5 MG SANS SUCRE PASTILLES (B/12)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938730135	NICOPASS MENTHE FRAICHEUR 2,5 MG SANS SUCRE PASTILLES (B/36)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938730715	NICOPASS MENTHE FRAICHEUR 2,5 MG SANS SUCRE PASTILLES (B/96)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938728873	NICOPASS REGLISSE MENTHE 2,5 MG SANS SUCRE PASTILLES (B/12)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938729016	NICOPASS REGLISSE MENTHE 2,5 MG SANS SUCRE PASTILLES (B/36)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938729535	NICOPASS REGLISSE MENTHE (NICOTINE) 2,5 MG SANS SUCRE PASTILLES (B/96)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938380576	NICOPATCH 14 MG/24 H (35 MG/20 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMiques (B/28)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938380286	NICOPATCH 14 MG/24 H (35 MG/20 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMiques (B/7)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938381009	NICOPATCH 21 MG/24 H (52,5 MG/30 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMiques (B/28)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938380637	NICOPATCH 21 MG/24 H (52,5 MG/30 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMiques (B/7)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938380118	NICOPATCH 7 MG/24 H (17,5 MG/10 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMiques (B/28)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400938379808	NICOPATCH 7 MG/24 H (17,5 MG/10 CM2) DISPOSITIFS TRANSDERMiques (B/7)	PIERRE FABRE MEDICAMENT	15
3400937099578	NICORETTE FRUITS 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937098977	NICORETTE FRUITS 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/30)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937100731	NICORETTE FRUITS 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937631129	NICORETTE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937631297	NICORETTE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/210)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937630986	NICORETTE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/30)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400935273635	NICORETTE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/36)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400935273574	NICORETTE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/96)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400927609794	NICORETTE 2 MG, COMPRIMES A SUCER (B/20)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	18
3400927609855	NICORETTE 2 MG, COMPRIMES A SUCER (B/80)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	18
3400934805325	NICORETTE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/96)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937630757	NICORETTE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937630528	NICORETTE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/30)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400933570569	NICORETTE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/36)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937100151	NICORETTE FRUITS 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/30)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400934839153	NICORETTE INHALEUR 10 MG, CARTOUCHES POUR INHALATION BUCCALE (B/18)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400934839214	NICORETTE INHALEUR 10 MG, CARTOUCHES POUR INHALATION BUCCALE (B/42)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400934838903	NICORETTE INHALEUR 10 MG, CARTOUCHES POUR INHALATION BUCCALE (B/6 + 1 ETUI)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15

	PROTECTEUR)		
3400936741010	NICORETTE MENTHE FRAICHE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/12)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400936549661	NICORETTE MENTHE FRAICHE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/30)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400936549722	NICORETTE MENTHE FRAICHE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/36)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400936550261	NICORETTE MENTHE FRAICHE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/96)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937631358	NICORETTE MENTHE FRAICHE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937631419	NICORETTE MENTHE FRAICHE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/210)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937631587	NICORETTE MENTHE FRAICHE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400936741300	NICORETTE MENTHE FRAICHE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/12)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400936550551	NICORETTE MENTHE FRAICHE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/36)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400936550902	NICORETTE MENTHE FRAICHE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/96)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400936550490	NICORETTE MENTHE FRAICHE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/30)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937096966	NICORETTE MENTHE GLACIALE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939003368	NICORETTE MENTHE GLACIALE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/210)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937096218	NICORETTE MENTHE GLACIALE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/30)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937098397	NICORETTE MENTHE GLACIALE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/105)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937097628	NICORETTE MENTHE GLACIALE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/30)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937576956	NICORETTE MENTHOLEE FRUITS 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/210)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400937992398	NICORETTE MICROTAB 2 MG, COMPRIME SUBLINGUAL (B/100, AVEC ETUI)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	18
3400934932564	NICORETTE MICROTAB 2 MG, COMPRIME SUBLINGUAL (B/105, AVEC DISTRIBUTEUR)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	18
3400937992459	NICORETTE MICROTAB 2 MG, COMPRIME SUBLINGUAL (B/150, AVEC ETUI)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	18
3400937991919	NICORETTE MICROTAB 2 MG, COMPRIME SUBLINGUAL (B/20, AVEC ETUI)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	18
3400934932335	NICORETTE MICROTAB 2 MG, COMPRIME SUBLINGUAL (B30, AVEC DISTRIBUTEUR)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	18
3400937992169	NICORETTE MICROTAB 2 MG, COMPRIME SUBLINGUAL (B30, AVEC ETUI)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	18
3400937992220	NICORETTE MICROTAB 2 MG, COMPRIME SUBLINGUAL (B90, AVEC ETUI)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	18
3400937986946	NICORETTE MICROTAB CITRON 2 MG, COMPRIME SUBLINGUAL (B/100)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	18
3400937986717	NICORETTE MICROTAB CITRON 2 MG, COMPRIME SUBLINGUAL (B/30)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	18
3400939650579	NICORETTESKIN 10 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMiques (B/28)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939650340	NICORETTESKIN 10 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMiques (B/7)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15

source : Ministère de la Santé/DSS - CNAMTS/DDGOS

3400939650920	NICORETTESKIN 15 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMiques (B/28)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939650630	NICORETTESKIN 15 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMiques (B/7)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939651231	NICORETTESKIN 25 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMiques (B/28)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400939651002	NICORETTESKIN 25 MG/16 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMiques (B/7)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	15
3400922410678	NICORETTESPRAY 1 MG/DOSE, SOLUTION POUR PULVERISATION BUCCALE (B/2)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	18
3400922410500	NICORETTESPRAY 1MG/DOSE, SOLUTION POUR PULVERISATION BUCCALE (B/1)	JOHNSON & JOHNSON SANTE BEAUTE	18
3400926893071	NICOTINE EG FRUIT 2 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/108)*	EG LABO LABORATOIRES EUROGENERICS	18
3400926896492	NICOTINE EG FRUIT 4 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/108)*	EG LABO LABORATOIRES EUROGENERICS	18
3400926899745	NICOTINE EG MENTHE 2 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/108)*	EG LABO LABORATOIRES EUROGENERICS	18
3400926903169	NICOTINE EG MENTHE 4 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/108)*	EG LABO LABORATOIRES EUROGENERICS	18
3400926893712	NICOTINE EG FRUIT 2 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/204)	EG LABO LABORATOIRES EUROGENERICS	18

3400926891701	NICOTINE EG FRUIT 2 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/36)	EG LABO LABORATOIRES EUROGENERICS	18
3400926895082	NICOTINE EG FRUIT 4 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/36)	EG LABO LABORATOIRES EUROGENERICS	18
3400926900496	NICOTINE EG MENTHE 2 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/204)	EG LABO LABORATOIRES EUROGENERICS	18
3400926898335	NICOTINE EG MENTHE 2 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/36)	EG LABO LABORATOIRES EUROGENERICS	18
3400926901677	NICOTINE EG MENTHE 4 mg SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/36)	EG LABO LABORATOIRES EUROGENERICS	18
3400936316751	NICOTINELL FRUIT 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/36)	GSK.SGP	18
3400939395227	NICOTINELL FRUIT 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/204)	GSK.SGP	18
3400936317123	NICOTINELL FRUIT 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/96)	GSK.SGP	18
3400921796124	NICOTINELL FRUIT EXOTIQUE 2 MG GOMMES A MACHER (B/204)	GSK.SGP	18
3400921796063	NICOTINELL FRUIT EXOTIQUE 2 MG GOMMES A MACHER (B/96)	GSK.SGP	18
3400938919912	NICOTINELL MENTHE 1 MG, COMPRIMES A SUCER (B/144)	GSK.SGP	18
3400936408982	NICOTINELL MENTHE 1 MG, COMPRIMES A SUCER (B/36)	GSK.SGP	18
3400936409064	NICOTINELL MENTHE 1 MG, COMPRIMES A SUCER (B/96)	GSK.SGP	18
3400939395456	NICOTINELL MENTHE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/204)	GSK.SGP	18
3400936315341	NICOTINELL MENTHE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/96)	GSK.SGP	18
3400938924473	NICOTINELL MENTHE 2 MG, COMPRIMES A SUCER (B/144)	GSK.SGP	18
3400936868489	NICOTINELL MENTHE 2 MG, COMPRIMES A SUCER (B/36)	GSK.SGP	18
3400936868540	NICOTINELL MENTHE 2 MG, COMPRIMES A SUCER (B/96)	GSK.SGP	18
3400936316232	NICOTINELL MENTHE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/96)	GSK.SGP	18
3400936314979	NICOTINELL MENTHE FRAICHEUR 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/36)	GSK.SGP	18
3400936315860	NICOTINELL MENTHE FRAICHEUR 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/36)	GSK.SGP	18
3400933468392	NICOTINELL TTS 14 MG/24 H (35 MG/20 CM2), DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	GSK.SGP	15
3400933467913	NICOTINELL TTS 14 MG/24 H (35 MG/20 CM2), DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	GSK.SGP	15
3400933468453	NICOTINELL TTS 21 MG/24 H (52,5 MG/30 CM2), DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	GSK.SGP	15
3400933468743	NICOTINELL TTS 21 MG/24 H (52,5 MG/30 CM2), DISPOSITIFS STRANSDERMIQUE (B/28)	GSK.SGP	15
3400933467852	NICOTINELL TTS 7 MG/24 H (17,5 MG/10 CM2), DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	GSK.SGP	15
3400933467562	NICOTINELL TTS 7 MG/24 H (17,5 MG/10 CM2), DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	GSK.SGP	15
3400937956321	NIQUITIN 14 MG/24 HEURES DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	OMEGA PHARMA	15
3400937956260	NIQUITIN 14 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/14)	OMEGA PHARMA	15
3400937956031	NIQUITIN 14 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	OMEGA PHARMA	15
3400937955898	NIQUITIN 21 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/14)	OMEGA PHARMA	15
3400937955959	NIQUITIN 21 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	OMEGA PHARMA	15
3400937955720	NIQUITIN 21 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	OMEGA PHARMA	15
3400935719676	NIQUITIN 7 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/28)	OMEGA PHARMA	15
3400937956550	NIQUITIN 7 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/14)	OMEGA PHARMA	15
3400937956499	NIQUITIN 7 MG/24 HEURES, DISPOSITIFS TRANSDERMIQUES (B/7)	OMEGA PHARMA	15
3400935752383	NIQUITIN MENTHE DOUCE 2 MG SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/36)	OMEGA PHARMA	18
3400935752444	NIQUITIN MENTHE DOUCE 2 MG SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/72)	OMEGA PHARMA	18
3400934702846	NIQUITIN MENTHE DOUCE 2 MG SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/96)	OMEGA PHARMA	18
3400935752673	NIQUITIN MENTHE DOUCE 4 MG SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/36)	OMEGA PHARMA	18
3400935752734	NIQUITIN MENTHE DOUCE 4 MG SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/72)	OMEGA PHARMA	18
3400934702785	NIQUITIN MENTHE DOUCE 4 MG SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/96)	OMEGA PHARMA	18
3400935960450	NIQUITIN MENTHE FRAICHE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/24)	OMEGA PHARMA	15
3400935960689	NIQUITIN MENTHE FRAICHE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/96)	OMEGA PHARMA	15
3400935960801	NIQUITIN MENTHE FRAICHE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/24)	OMEGA PHARMA	15
3400935961051	NIQUITIN MENTHE FRAICHE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/96)	OMEGA PHARMA	15
3400930096635	NIQUITIN MENTHE GLACIALE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/100)	OMEGA PHARMA	15
3400930096628	NIQUITIN MENTHE GLACIALE 2 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/30)	OMEGA PHARMA	15
3400930096796	NIQUITIN MENTHE GLACIALE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/100)	OMEGA PHARMA	15
3400930096789	NIQUITIN MENTHE GLACIALE 4 MG SANS SUCRE, GOMMES A MACHER (B/30)	OMEGA PHARMA	15
3400938672190	NIQUITINMINIS 1,5 MG, SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/20)	OMEGA PHARMA	18
3400938672312	NIQUITINMINIS 1,5 MG, SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/60)	OMEGA PHARMA	18
3400938672541	NIQUITINMINIS 4 MG, SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/20)	OMEGA PHARMA	18
3400938672770	NIQUITINMINIS 4 MG, SANS SUCRE, COMPRIMES A SUCER (B/60)	OMEGA PHARMA	18
	* TNS des laboratoires EG LABO qui vont être inscrits prochainement au remboursement mais sont encore inclus dans cette liste jusqu'à parution de l'arrêté d'inscription au Journal Officiel. source : Ministère de la Santé/DSS - CNAI/MS/DDGOS		

Annexe 3 : questionnaire réalisé dans le cadre de ce mémoire.

Informations générales

Bonjour,

Je m'appelle Loren Frayssinet, je suis étudiante en dernière année de masso-kinésithérapie à l'ILFMK de Nancy.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une étude sur le **dépistage du tabagisme chez les adolescents (moins de 18 ans) lors des séances de rééducation**, quel que soit le lieu d'exercice (cabinet libéral, centre de rééducation, hôpital...).

L'objectif de ce questionnaire est de mieux comprendre les pratiques actuelles, les freins éventuels et les leviers qui favoriseraient la **prévention du tabac par les kinésithérapeutes** en contact avec des adolescents. Les résultats permettront d'identifier les besoins en recommandations pédagogiques pour la formation initiale ou continue des kinésithérapeutes sur cette thématique encore peu explorée chez les sujets jeunes.

Pour des raisons de clarté et de fluidité, le terme « tabagisme » sera utilisé de manière large tout au long de ce questionnaire. Il désigne non seulement la consommation de tabac fumé (cigarettes industrielles ou roulées, narguilé...), mais aussi les produits de vapotage, tels que les cigarettes électroniques, les puffs ou les dispositifs de tabac chauffé ainsi que le tabac à chiquer.

Ce questionnaire est totalement anonyme (aucune donnée nominative n'est collectée). Il est à destination de tous les kinésithérapeutes diplômé(e) exerçant en libéral, en établissement de santé ou activité mixte, dans la **région Grand Est**. Toutes les réponses seront traitées de manière confidentielle et utilisées uniquement dans le cadre de ce travail de recherche, conformément au **Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)**. Vous pouvez interrompre le questionnaire à tout moment.

Votre participation est précieuse. Je vous remercie d'avance pour votre temps et votre contribution à une meilleure compréhension de la place du masseur-kinésithérapeute dans la prévention du tabagisme chez l'adolescent.

Durée: moins de 10 minutes.

Si vous souhaitez me contacter ou suivre les résultats de cette recherche (y compris recevoir le mémoire final), vous pouvez m'écrire à : lorenfrayssinet9@gmail.com.

*** Indique une question obligatoire**

1) Êtes-vous masseur-kinésithérapeute diplômé(e) d'Etat exerçant dans la région Grand Est ? *

Une seule réponse possible.

☐

Oui

☐

Non (fin du questionnaire)

2) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ? *

Une seule réponse possible.

☐

Avant 2015

☐

Entre 2015 et 2020

☐

2021 ou après

3) Dans quel pays avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ France
- ☐ Autres pays de l'Union européenne (UE)
- ☐ Hors Union européenne

4) Avez-vous déjà pris en charge un ou plusieurs adolescents (moins de 18 ans) en séance de rééducation ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non (fin du questionnaire)

5) Vous êtes : *

Une seule réponse possible.

- ☐ Une femme
- ☐ Un homme
- ☐ Autre : _____

6) Avez-vous des enfants ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne préfère pas répondre

7) Etes-vous actuellement fumeur ou consommez-vous un produit contenant de la nicotine ou du tabac (cigarette, chicha, e-cigarette, puff, sachet de nicotine, etc.)? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, tous les jours
- ☐ Oui, de manière occasionnelle
- ☐ Non, j'ai arrêté
- ☐ Non, je n'ai jamais consommé

8) Dans quel type de structure exercez-vous? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Exercice libéral
- ☐ Etablissement de Santé (public/privée)
- ☐ Structure mixte (libéral + salariat)
- ☐ Autre : _____

Contact avec des adolescents fumeurs ou vivant dans un environnement de fumeur

1) Quelle est approximativement la part de votre patientèle constituée d'adolescents (moins de 18 ans) ? *

(Merci d'estimer approximativement sur une semaine-type de prise en charge) Une seule réponse possible.

- ☐ Moins de 5%
- ☐ 5 à 10%
- ☐ 10 à 20%
- ☐ Plus de 20%

2) Lors de vos séances avec des adolescents, abordez-vous spontanément le sujet du tabac ? *

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	
Jamais	☐	☐	☐	☐	☐	Toujours ou presque

3) Avez-vous déjà pris en charge un adolescent fumeur (ou vapoteur) ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

4) Dans quels contextes parlez-vous du tabac avec un adolescent ? * (1 ou plusieurs réponses sont possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Interrogatoire à l'entretien initial : est-ce que vous fumez ?
- ☐ Le jeune en parle spontanément
- ☐ Présence de symptômes respiratoires
- ☐ Je n'en parle pas
- ☐ Autre : _____

5) Si vous n'abordez pas le sujet du tabac avec vos patients adolescents, pour quelles raisons ?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Je manque de formation sur le sujet
 - ☐ Je crains de mal m'y prendre
 - ☐ Je considère que ce n'est pas mon rôle
 - ☐ Cela relève de la vie privée du patient
 - ☐ Manque de temps/ charge de travail
 - ☐ Autre :
-

6) Quels éléments influencent votre décision d'aborder, ou non, le sujet du tabac avec un adolescent ? * (1 ou plusieurs réponses sont possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ La présence des parents pendant la séance
 - ☐ L'âge du patient
 - ☐ Son attitude ou ses propos
 - ☐ Des signes cliniques associés (ex: toux, essoufflement...)
 - ☐ Le motif de consultation
 - ☐ Temps/ charge de travail
 - ☐ Aucun de ces éléments n'influence ma décision
 - ☐ Autre :
-

7) Vous apprenez que votre jeune patient est fumeur actif. Quelles sont les actions que vous mettriez en place ? * (1 ou plusieurs réponses sont possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ J'aborde les effets sur la santé
 - ☐ Je propose un accompagnement ou une discussion plus poussée Je
 - ☐ conseille une orientation vers un médecin/ tabacologue ?
 - ☐ Je n'interviens pas
 - ☐ Autre :
-

Section 2 bis: environnement tabagique

8) Parmi ces modes de consommation de tabac/nicotine, cochez ceux que vous connaissez * (1 ou plusieurs réponses sont possibles)

Plusieurs réponses possibles.



☐ Cigarette manufacturée ou roulée ☐ Tabac chauffé



☐ Cigarette électronique ☐ Substitut nicotinique nasale



☐ Patch cutanée ☐ Cigare/ cigarillos



☐ Pipe



☐ Snus



☐ Chique



☐ Sachet de nicotine



☐ Substitut nicotinique buccale



☐ Puff



☐ Perle de nicotine

9) Dans votre pratique, vous arrive-t-il de vous interroger sur l'exposition au tabagisme passif chez un adolescent ? * *Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Parfois

10) Avez-vous déjà identifié un adolescent exposé au tabac à domicile (parents, fratrie) ? *
Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

11) En cas d'exposition passive suspectée ou connue, que faites-vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ J'en parle
- ☐ J'oriente
- ☐ Je ne fais rien
- ☐ Autre :

12) Avez-vous déjà été confronté(e) à un jeune dont les symptômes étaient liés à un environnement tabagique ? * *Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Ressenti, connaissances et légitimité

1) Pensez-vous que le kinésithérapeute a un rôle à jouer dans la prévention tabagique chez l'adolescent ?

* *Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

2) Vous sentiriez-vous légitime à aborder ce sujet dans le cadre d'une rééducation (*hors contexte respiratoire*) ? * *Une seule réponse possible.*

1 2 3 4 5

Pas du tout ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Plutôt oui

3) Concernant l'**environnement tabagique familial**, pensez-vous que le kinésithérapeute peut intervenir dans un objectif de prévention ? *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

Pas du tout ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Plutôt oui

Formation et reconnaissances

La formation **FAST (Formation des Acteurs de Santé au Sevrage Tabagique)** est une formation courte, souvent proposée par les **Agences Régionales de Santé (ARS)** ou soutenue par des organismes comme la **HAS** ou l'**INCa**, destinée aux professionnels de santé, dont les kinésithérapeutes.

Elle vise à:

- Comprendre les mécanismes de la dépendance au tabac (physique, psychologique et comportementale),
- Développer les compétences en **entretien motivationnel**,
- Adapter la communication et le suivi des patients fumeurs, notamment les adolescents,
- Identifier le rôle spécifique de chaque soignant dans un **parcours coordonné de sevrage tabagique**.

C'est un levier reconnu pour renforcer l'engagement et l'efficacité des professionnels dans l'accompagnement au sevrage. Cette formation est souvent **gratuite ou prise en charge** dans le cadre du DPC.

1) Connaissez-vous l'existence de la formation FAST ? *

Fast

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, je l'ai suivie
- ☐ Oui, mais je ne l'ai pas suivie
- ☐ Non, je ne connaissais pas.

2) Avez-vous suivi une formation complémentaire dans un des domaines suivants ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Sport
- ☐ Kinésithérapie respiratoire
- ☐ Neurologie
- ☐ Education thérapeutique du patient
- ☐ Pédiatrie
- ☐ Thérapie manuelle
- ☐ Musculo-squelettique
- ☐ Santé mentale
- ☐ Formation dédiée au tabagisme
- ☐ Aucune de ces propositions

3) Seriez-vous intéressé(e) par une formation spécifique sur le tabac (dépistage, accompagnement au sevrage...) ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je suis déjà formé(e)

4) Selon vous, l'évocation du tabac devrait-elle être reconnue comme un acte valorisable (en temps ou financièrement) ? * *Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non

L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique, dans le contexte de la kinésithérapie, désigne la qualité de la relation de confiance, d'écoute et de collaboration construite entre le professionnel et le patient. Lorsqu'il s'agit d'un adolescent fumeur, cette alliance peut constituer un **levier central pour favoriser la prise de conscience, l'engagement et le changement de comportement** face au tabac.

1) Selon vous, l'alliance thérapeutique peut-elle être un levier pour faire évoluer le comportement d'un adolescent fumeur ? * *Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

2) Qu'est-ce qui facilite une bonne alliance avec un adolescent ? *

3) Utilisez-vous des outils qui aide au sevrage tabagique ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Oui (précisez dans la réponse "autre")
- ☐ Non
- ☐ Autre :

26. 4) Parmi les outils suivants, lesquels vous sembleraient utiles pour aborder ou accompagner le sujet du tabac avec un adolescent dans votre pratique ? * (1 ou plusieurs réponses sont possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Brochure à remettre à l'adolescent pendant la séance
- ☐ Plaquette d'information à disposition dans la salle d'attente
- ☐ Affichage ou visuel éducatif destiné aux parents
- ☐ Outil numérique interactif ou application mobile
- ☐ Référentiel ou grille d'entretien pour structurer l'échange
- ☐ Support vidéo ou média visuel à montrer au patient Autre :

Souhaitez-vous ajouter quelque chose sur votre expérience ou votre point de vue concernant ce sujet ?

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe 4 : remplissage questionnaire QAS-99 avec observations personnelles et participants au pré-test

Étape et description	Analyse des réponses et commentaires apportés par les pré-tests et modifications réalisées	
	Personne 1	Personne 2
Étape 1 : « Déterminez s'il est difficile pour les enquêteurs de lire la question de manière uniforme à tous les répondants »	Certaines tournures de questions rendent la lecture moins fluide (double négation) Section 1 : questions faciles à lire, parfois un peu longues mais compréhensibles = reformulation	Lecture simple Syntaxe lourde sur certaines questions (plutôt préférer 1 ou plusieurs réponses).
Étape 2 : « Recherchez les problèmes liés aux introductions, instructions ou explications du point de vue de la personne interrogée »	Options bien listées Mot « tabagisme » regroupe quoi exactement ? peut-être éclairé que ça regroupe tous les dispositifs de manière globale. « Fumeur » mais exclusion des autres dispositifs : rajout de la notion de « vapoteur »	Echelle claire Dernière question : pas vraiment d'instructions mais on comprend que c'est à titre facultatif. Certaines questions peuvent être jugé sensible : ajouter une réponse qui permet de ne pas répondre si besoin s'en ressentait. Insister sur la notion anonyme en introduction
Étape 3 : « Identifiez les problèmes liés à la communication de l'intention ou du sens de la question au répondant »	Réorganisation en rubrique plus définies Reformulation de certaines questions jugées répétitives Certaines questions orientées très libérale.. ajouter des propositions de réponse en lien avec le fonctionnement d'une activité salariale.	Répétitions de certaines questions = regrouper quand c'est possible sans faire de double interrogation. Notion abstraite de concept de mot : ajout de note explicative
Étape 4 : « Déterminez s'il y a des problèmes avec les hypothèses formulées ou avec la logique sous-jacent	Simplification de certaines réponses pour améliorer à posteriori l'analyse des résultats.	Regrouper des questions qui amènent presque aux mêmes tendances de réponses (redondance)
Étape 5 : « Vérifiez si les personnes interrogées ne connaissent pas ou ont du mal à se souvenir des informations »	Difficile de se souvenir de l'année d'obtention du diplôme quand ça fait longtemps...	Ajout d'image illustrant les réponses de la question pour améliorer le choix de cochage
Étape 6 : « Évaluez les questions en fonction de leur nature ou de leur formulation délicate et de leur partialité »	Modifications du type de question (préférez des pourcentages à cocher, échelle de Likert plus claires pour la section du ressenti	Ajouter une troisième possibilité de réponse aux questions binaires actuelles Question de l'alliance : préférer une question à réponse courte que du quantitatif (permet d'alimenter la « discussion »).
Étape 7 : « Évaluez l'adéquation de la gamme de réponses à enregistrer »	Reformulation réponse, trop descriptive parfois Harmoniser les activités : libéral OU établissement de santé OU mixte	Reformulation de certaines réponses
Étape 8 : « Recherchez les problèmes non identifiés aux étapes 1 à 7 »	Réorganiser certaines questions car redondances dans une section puis dans une autre Risque de ne pas avoir de réponses à toutes les questions jusqu'à la fin du questionnaire : les rendre obligatoire, complété par la question ouverte d'un « avis » à la fin du questionnaire Correction de fautes	Répétition de thématique d'une question à l'autre Ajout question si le répondant fume aussi Corrections de fautes d'accord.

Annexe 5 : tableau récapitulatif des codages utilisés pour l'analyse des données.

Variable analysée	Codage retenu	Modalité/ signification
Abord du tabac	Abord 0	N'aborde pas ou rarement le tabac (score 1-2)
	Abord 1	Aborde le tabac au moins occasionnellement (score >3).
Sentiment de légitimité professionnelle	1	Pas du tout légitime
	2	Peu légitime
	3	Moyennement légitime
	4	Plutôt légitime
	5	Très légitime

Annexe 6 : tableau des compétences transversales pour le sevrage tabagique

Domaine de formation	Compétences transversales mobilisables	Justifications bibliographique
Kinésithérapie respiratoire	Anatomie/ physiologie appliquée : expliquer l'impact immédiat du tabac sur les cils vibratiles et l'encombrement. Evaluation de l'endurance : utiliser le lien entre souffle et performance physique (sport).	URPS Normandie- rôle du MK dans le sevrage
Pédiatrie	Position unique du MK pour aborder le tabac lors de soins pédiatriques (ex : bronchiolite). Implication de l'entourage : savoir aborder la santé environnementale (tabagisme passif) avec les parents.	Ordre des MK- lutte contre le tabagisme est l'affaire de tous
ETP	Entretien motivationnel : explorer l'ambivalence (le « pour » et le « contre » de la cigarette). Compétences psychosociales : aider l'ado à gérer son stress et la pression du groupe sans fumer	HAS- recommandations ETP Développement de l'esprit critique et stratégies de coping (faire face au manque)
Formation FAST/ sevrage tabagique	Conseil minimal : savoir poser les 2 questions clés (« Fumez-vous »/ « Voulez-vous arrêter ? ») Orientation : connaître le réseau (Tabac Info Service, médecins) pour un relais médical si besoin	FAST- Université de Lorraine Acquisition du repérage systématique et des connaissances sur la dépendance nicotinique

Annexe 7 : analyse thématique des réponses à la question « qu'est-ce qui facilite une bonne alliance thérapeutique avec un adolescent ? ».

Thème identifié	Exemple de verbatims
Ecoute active et disponibilité	« Une bonne écoute » ; « L'écoute active » ; « Prendre le temps » ; « Être à l'écoute sans être intrusif »
Relation de confiance	« La confiance » ; « Une relation de confiance » ; « Le lien de confiance » ; « La relation créée »
Posture non jugeante et bienveillante	« Non jugement » ; « Ne pas être donneur de leçons » ; « Approche non accusatrice » ; « Bienveillance et écoute »
Communication adaptée à l'adolescent	« Parler son langage » ; « Un langage à leur niveau » ; « Adapter sa communication »
Qualité du relationnel et proximité thérapeutique	« Le relationnel » ; « La proximité » ; « Le contact » ; « Une bonne relation soignant-soigné »
Posture professionnelle	« Ne pas s'imposer en adulte moralisateur et le laisser venir au conclusion par lui-même » ; « Posture horizontale »
Implication et adhésion de l'adolescent	« Son adhésion » ; « L'accroche patient-soignant » ; « Objectifs communs »
Cadre sécurisant et confidentialité	« Confidentialité » ; « Absence de parents dans la pièce »
Incertitude ou absence de réponse	« Je ne sais pas »

Annexe 8 : synthèse descriptive des facteurs associés à l'évocation du tabac chez l'adolescent (n=77).

Axe analysé	Modalité	Evocation tabagisme actif	Evocation tabagisme passif	Description
Evocation globale	Ensemble de l'échantillon	26% (n=18/77)	54% (n=41/77)	Evocation tabagisme passif > actif
Profil tabagique du MK	Non-fumeur	19% (n=9/52)	X	Evocation moins fréquente
	Ancien fumeur	60% (n=7/13)	X	Evocation plus fréquente
	Fumeur actuel/ occasionnel	24% (n=2/12)	X	Evocation peu fréquente
Exposition à la patientèle adolescente	< 10% d'adolescents	27% (n=15/60)	X	Evocation présente malgré faible exposition
	≥10% d'adolescents	22% (n=3/17)	X	Evocation comparable
Formation initiale – France	Diplôme < 2015	10% (n=1/10)	X	Evocation peu fréquente
	Diplôme 2015-2020	20% (n=4/20)	X	Evocation faible
	Diplôme ≥ 2021	27% (n=11/41)	X	Evocation plus fréquente
Formation initiale – UE	Diplôme UE (hors France)	33% (n=2/6)	X	(effectif réduit)
Formation complémentaire	≥1 formation pertinente	22% (n=10/46)	X	Pas de différence marquée
	Aucune formation pertinente	26% (n=8/31)	X	
Type d'exercice professionnel	Etablissement de santé	22% (n=2/8)	X	Evocation peu fréquente
	Libéral	29% (n=1/3)	X	Evocation la plus fréquente
	Autre (EHPAD, mixte)	29% (n=1/3)	X	(effectif réduit)
Éléments décisionnels déclarés pour l'abord ou non	Signes cliniques associés (toux, essoufflement...)	62% (n=48/77)*	X	Élément décisionnel le plus fréquemment cité
	Motif de consultation (lien symptôme)	56% (n=43/77)*	X	Décision liée à la pertinence clinique
	Attitude/ propos de l'adolescent	49% (n=38/77)*	X	Influence relationnelle
	Présence des parents	39% (n=30/77)*	X	Facteur contextuel
	Âge de l'adolescent	31% (n=24/77)*	X	Ajustement au stade développemental
Alliance thérapeutique	Alliance = levier	25% (n=18/72)	38% (n=27/72) + 13% parfois (n=14/72)	Tous les abordants appartiennent à ce groupe
	Alliance ≠ levier	0% (n= 0/5)	0% (n=0/5)	Aucun abord déclaré
	Pas d'avis	0% (n=0/5)	0% (n=0/5)	Aucun déclaré
Reconnaissance professionnelle perçue	Reconnaissance souhaitable	69% (n=53/77)	X	Attente majoritaire de valorisation
	Reconnaissance non souhaitable	31% (n=24/77)	X	Minoritaire

* questions à réponses multiples

Annexe 9 : tableau regroupant les commentaires libres à la fin du questionnaire (n=18)

Légende			
Alliance thérapeutique/ relation soignant-soigné	Approche clinique	Spécificité adolescence	Environnement tabagique (passif)
Crainte et légitimité professionnelle	Rôle préventif et dépistage	Limites et élargissement du sujet	Hors analyse

	Souhaitez-vous ajouter quelque chose sur votre expérience ou votre point de vue concernant ce sujet?
	Je pense que chaque patient doit être demandé si il est fumeur ou non et les risques qu'il prut avoir
	Le sujet est intéressant car nous sommes bien souvent le psychologue de nos patients adolescents qui sont pour la plus part à cette période en opposition avec leurs parents. Notre influence peut aider.
	Je n'y avais jamais spécialement trop pensé hors pathologies respiratoires mais il est vrai que c'est à prendre en compte je ferai plus attention à ce paramètre
	Questionnaire très biaisé libéral et très orienté respiratoire alors que le tabac à d'autres méfaits (exemples mauvaise cicatrisation tendineuse ou cutanée)
	Le sevrage tabagique, comme tout autre sujet à aborder avec un jeune de -18 ans ne doit pas être fait comme avec un adulte. Il nécessite une approche plus délicate, moins formelle. Un lien de confiance permet une meilleure relation et donc de meilleures écoute et prévention.
	Sujet diffiile a aborder sans lien avec la pathologie a traiter
	Beau et vaste programme chez l'adolescent qui pour moi est compliqué de dissocier de l'impact des parents dans le comportement de fumeur, le tabagisme passif ou de la reproduction sociale par l'entourage amical Je pense qu'il est difficile de faire de la prévention avec des adolescents sans passer pour un « vieux » et être catégorisé comme has been des qu'on aborde ce genre de sujet. Mais c'est ma croyance , ce que j'aurais pensé en tant d'adolescente à l'époque. Je n'ai jamais vécu le cas en soin
	Ces patients sont souvent issus de milieu défavorisé, il manque peut être de connaissance sur l'impacte réel à court/moyen/long terme
	Il faudrait mieux définir l'âge à partir duquel on parle ici d'adolescent. Est-ce entrée du collège (10 ans) ou bien 13 ans ? L'attitude adoptée en séance change beaucoup entre un jeune de 10 ans et un de 17 ans, je trouve donc difficile de répondre à votre questionnaire. Par ailleurs, je trouve le sujet du tabagisme passif beaucoup plus présent et urgent chez les enfants en bas âge, j'évoque souvent cela en séance avec les parents, pour éviter que l'enfant ne subisse justement 10-18 ans de tabagisme passif.
	Non
	sujet intéressant pour le kiné ; dépistage / accompagnement (+/-suivi) / quid de la prescription de substitue ? quelle évolution en % du nombre d'adolescent consommateur régulier face à l'augmentation des prix
	Merci pour votre travail, il est important de souligner l'existence de cette problématique.
	(Bon courage à toi, sujet très intéressant !!) je suis à ce jour encore remplaçante donc p-e un bail dans mon questionnaire et dans la contenu des échanges avec les patients
	Merci pour ton mémoire qui est très pertinent et effectivement la question des addictions devrait être systématiquement demandée à l'interrogatoire
	Je n'ai jamais rencontré d'adolescents présentant des troubles respiratoires liés au tabac, cependant le temps de cicatrisation étant influencé par la consommation de tabac, je demande presque systématiquement dans mon interrogatoire si le patient fume afin d'anticiper les retards de cicatrisation/consolidation
	Les puffs sont normalement maintenant interdites. Il existe aussi les buses qui sont beaucoup utilisées.
	Bravo pour ce sujet de mémoire et le fait de parler du FAST c'est top ! A très vite en tant que collègues !

Annexe 10 : Mail pour la diffusion du questionnaire du 06/10/2025

Bonjour,

Je m'appelle Frayssinet Loren et je suis étudiante en 4^{ème} année de kinésithérapie à l'ILFMK de Nancy.

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. J'ai créé un questionnaire à destination des **kinésithérapeutes exerçant dans la région Grand Est** (activité libérale, mixte ou salariale), qui **prennent en charge de jeunes adolescents (moins de 18 ans)**.

Durée : moins de 10 minutes.

 **Lien du**

questionnaire : <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfQmbazkqm37fEj7O3kf2ft7pQa-goEHWUqwpc7H2PslMofdBg/viewform?usp=dialog>

Ou via ce **QR code** : <image.png>

Votre participation est précieuse pour donner de la visibilité à notre profession sur des enjeux de santé publique peu explorés.

N'hésitez pas à transmettre ce questionnaire à des confrères de la région concernés.

Je vous remercie sincèrement pour votre temps et votre contribution à ce travail.

Bien cordialement,

FRAYSSINET Loren

Étudiante en 4^e année de masso-kinésithérapie
ILFMK de Nancy