



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire 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 : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

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

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY-METZ
UNIVERSITE HENRI POINCARÉ - NANCY 1
FACULTE D'ODONTOLOGIE

ANNEE 2011

N°

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Par

Emmeline ZAMPOL

Née le 02 Septembre 1985

A Creutzwald (Moselle)

**LE ROLE DU CHIRURGIEN DENTISTE DANS
LE SEVRAGE TABAGIQUE**

Présentée et soutenue publiquement le 25 Octobre 2011

Membres du Jury :

Pr. P. AMBROSINI

Dr. N. MILLER

Dr C. BISSON-BOUTELLIEZ

DR. J. BEMER

Professeur des Universités

Maître de conférences des Universités

Maître de conférences des Universités

Assistant hospitalier universitaire

Président

Juge

Juge

Juge

A notre Président :

Pascal AMBROSINI

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy I

Vice-doyen au budget et aux affaires hospitalières

Habilité à diriger des Recherches

Professeur des Universités

Responsable de la sous-section : Parodontologie

Nous vous exprimons tous nos remerciements pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Pour votre enseignement et votre gentillesse, permettez nous de vous témoigner notre profonde gratitude et notre respect le plus sincère. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profonde admiration.

A notre juge et directeur de thèse :

Neal MILLER

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur d'Etat en Odontologie

Maître de Conférences des Universités

Sous-section : Parodontologie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse. Vous nous avez guidés et encouragés afin de réaliser au mieux ce travail. Vous nous avez consacrés beaucoup de temps, et nous vous remercions profondément pour votre disponibilité, votre aide et vos conseils. Nous espérons que vous trouverez dans ce travail autant de satisfaction que nous en avons eu à travailler avec vous.

A notre juge :

Catherine BISSON-BOUTELLIEZ

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré, Nancy I

Maître de Conférences des Universités

Sous-section : Parodontologie

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Nous vous remercions sincèrement pour votre enseignement et la pédagogie dont vous avez fait preuve tout au long de nos études. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.

A notre juge :

Julie BEMER

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant hospitalier universitaire

Sous-section : Prothèses

Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail. Nous connaissons votre intérêt pour ce sujet. Nous vous sommes reconnaissants pour votre implication, votre aide et vos conseils lors de la réalisation de ce travail. Pour votre gentillesse, votre pédagogie et votre enseignement en clinique, nous vous exprimons notre plus profond respect et notre gratitude la plus sincère.

A ma famille

A Philippe : c'est vers toi que va naturellement ma première pensée, j'aurai tellement voulu que tu sois là. Tu resteras toujours près de nous, tu nous manques tellement.

A mes parents : parce que sans vous rien n'aurait jamais été possible. Merci pour vos conseils et les valeurs que vous nous avez transmises, merci d'avoir toujours fait passer vos enfants avant tout le reste et d'avoir toujours voulu notre bonheur. Je voudrai vous le rendre au centuple si c'était possible (Pas d'inquiétudes je tiens le carnet à jour, tout est noté !) Vous resterez toujours un modèle pour nous deux. Je ne vous le dit jamais, mais qu'est ce que je vous aime !!!!

A mon frère : je sais que je pourrai toujours compter sur toi, comme tu pourras toujours compter sur moi. Il n'y en a pas beaucoup des frères et sœurs comme nous, jamais de prise de tête et toujours là pour protéger l'autre. Rien ne vaudra jamais nos virées en tracteur, nos combats de boxe sur le lit et nos parties de street of rage ! Je t'aime fréro (mais tu pues quand même...)

A ma très chère tata Renée, Claudie, Bénédicte et Martial : ma deuxième famille, je vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour moi. Tellement de bons souvenirs de tous ces moments passés avec vous.

A Corinne : merci d'avoir accepté de relire ma thèse ! Et parce que j'admire ton franc-parler, ton honnêteté et ton courage. Je vous souhaite vraiment le meilleur pour l'avenir, à toi et à Victor.

A Jacqueline : parce que tu es un exemple de courage et de force pour nous tous. Tu n'as jamais baissé les bras et tu n'as jamais rien lâché dans toutes ces épreuves auxquelles la vie t'a confronté. Je te souhaite les meilleures choses à venir parce que tu le mérites plus que tout, ainsi qu'a Elodie et Gaëtan.

A mon David : Merci pour ton amour, ton attention, ta gentillesse, ta générosité et tant d'autres qualités encore (et la correction des fautes d'orthographe.....) Pour m'avoir aidé à reprendre confiance quand j'en avais plus. Pour tous les magnifiques moments passés, présents, et surtout futurs. Je t'aime mon chéwwwi.

A mes amis

A Zarie et Stephanouille : mes deux amies les plus chères. Impossible de vous dissocier toutes les deux, c'était les 3 mousquetaires pendant toutes ces années riches en souvenirs auprès de vous. Pour tous ces fous rires, ces soirées, ces virées shopping, ces vacances (enfin

bon je garde un souvenir quand même mitigé du ski...), pour tous ces moments partagés, les rires comme les larmes, pour avoir été là dans les bons et les moins bons moments, pour avoir su m'écouter et me conseiller quand il le fallait, je n'ai qu'une chose à dire : merci les filles !!!! J'espère partager encore beaucoup de choses avec vous. Je vous bisoute les filles, je vous aime plein plein plein, et je vous souhaite plein de belles choses pour le futur parce que vous le méritez, c'est vous les meilleures !!!

A Myriam : une rencontre que je n'oublierai pas de ces quelques années de fac, beaucoup de très bons souvenirs avec toi, les répêts gala, les soirées « l'amour est dans le pré », et bien sur les plus importantes, les soirées ragots ! Et parce que tu as la plus jolie polaire que je n'ai jamais vu.... Désolé de t'avoir donné « encore une thèse à corriger »....Je te dis à dans 3 mois, comme d'habitude !!! Plein de bonheur a toi et ton homme !

A Mylène : 1ere rencontre : allongées en sous-vêtements, séparées par une passoire...Avec une rencontre comme ça on ne pouvait que s'entendre ! Bizarrement je ne me rappelle pas souvent des fins de soirées passées avec toi, mais ça veut forcément dire que c'était bien non ? Merci d'avoir égayé toutes mes journées de Brabois de tes péripéties, et de tes histoires surnaturelles permanentes !!

A Bobette : je crois qu'il n'y a rien besoin de dire, Bobette c'est Bobette, il n'y en a qu'une ! Il n'y a que toi pour arriver en sang et pleine de cassoulet en TP... La fille la plus surprenante, la plus surexcitée, et la plus drôle que je connaisse !!!

A Fanny et Claire : pour ces soirées lapins crétins et les autres, en espérant vous retrouver très bientôt près de ce magnifique pays qu'est le Luxembourg....

A Dany : merci de m'avoir souvent filé tes cours... et surtout parce que Guitar hero c'est vachement moins marrant sans toi !!!!! Le rythme dans la peau ce Dany...

A Nico : mon voisin de glandouille de TP, et surtout mon fidèle partenaire de danse pour tous ces galas ! Encore navré de t'avoir imposé ça toutes ces années... Plein de bonheur dans ton couple.

A Amélie, Jess, Emilie, Olive, Arnaud, Vincent, Cecouf, et tous les autres que j'oublie : en souvenir de toutes ces soirées mémorables (enfin quand on s'en souvient en tout cas), à Nancy ou ailleurs, du voyage de promo et de toutes ces années passées à vos cotés.

A tous les dentaires : pour toutes ces mémorables années passées à vos cotés.

A Denis Jeandel et Catherine : Merci de votre gentillesse, de m'avoir donné ma première chance et de m'avoir toujours fait confiance.

A Julie, Virginie et Valérie : la fine équipe, je ne pouvais pas tomber mieux je pense... (et puis en même temps vous pouviez pas trouver mieux que moi non plus...hum hum). Parce que le boulot avec vous c'est tous les jours une nouvelle aventure.... Et je me sens un peu moins poissarde quand je suis à vos cotés... Vive le boulot !!!

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	6
I. POURQUOI ENGAGER LES CHIRURGIENS-DENTISTES DANS LA LUTTE ANTI-TABAGIQUE ?	8
1.1 UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE A TRAVERS LE MONDE	8
1.1.1 Un fléau mondial.....	8
1.1.2 La fumée de cigarette : une bombe à retardement	11
1.1.2.1 Phase gazeuse et particulaire.....	11
1.1.2.2 Les 4 groupes de substances principales retrouvées dans la fumée.....	12
1.1.3 Une prévalence tabagique toujours accrue malgré des risques sanitaires bien connus	14
1.1.3.1 Une stratégie marketing efficace	14
1.1.3.2 De nombreux pays encore trop vulnérables	17
1.1.3.3 Une dépendance forte et rapide.....	18
1.1.3.3.1 L'action de la nicotine.....	19
1.1.3.3.2 La dépendance comportementale.....	20
1.1.3.3.3 La dépendance psychologique	20
1.1.3.3.4 La dépendance physique	21
1.2 LES CHIRURGIENS-DENTISTES CONFRONTES AUX MEFAITS DU TABAC DANS LEUR PRATIQUE QUOTIDIENNE.....	23
1.2.1 Les manifestations sans gravité	24
1.2.2 Les manifestations parodontales	25
1.2.3 Les lésions pré-cancéreuses et cancéreuses	26
II. PRISE EN CHARGE GENERALE D'UN PATIENT TABAGIQUE	28
2.1 ASK : EVALUER LE STATUT TABAGIQUE DU PATIENT.....	30
2.1.1 Dépister les fumeurs	30
2.1.2 Evaluer la dépendance : le test de Fagerström	30
2.1.3 Rechercher des co-dépendances.....	33
2.1.3.1 L'alcool.....	33
2.1.3.2 Le cannabis.....	34
2.1.3.3 Les médicaments.....	34
2.1.3.4 La consommation excessive de café	34
2.1.4 Repérer les situations à risques	35
2.1.4.1 La grossesse ou l'allaitement	35
2.1.4.2 Les pathologies cardio-respiratoires.....	36
2.1.4.3 Les troubles psychiatriques	36
2.1.4.4 Avant une intervention chirurgicale programmée.....	37

2.1.4.5	<i>Autres situations</i>	37
2.2	ADVISE : CONSEILLER L'ARRET	38
2.2.1	Le discours	38
2.2.2	Les risques	39
2.2.3	Les bénéfices à l'arrêt	40
2.3	ASSESS : EVALUER LA VOLONTE ET LA MOTIVATION A L'ARRET	42
2.3.1	Evaluation de la motivation à l'arrêt.....	42
2.3.2	Détermination du stade de préparation au changement du patient	44
2.3.2.1	<i>Les six étapes</i>	44
2.3.2.2	<i>Evaluation du stade de préparation au changement</i>	46
2.3.3	Prise en charge d'un patient non motivé.....	46
2.3.3.1	<i>Le conseil minimal</i>	47
2.3.3.2	<i>Faire naître une dissonance : la règle des « 5 R »</i>	47
2.3.4	Prise en charge d'un patient hésitant.....	49
2.3.4.1	<i>Le bilan des avantages et des inconvénients</i>	49
2.3.4.2	<i>Stratégie de réduction de la consommation</i>	51
2.3.5	Prise en charge d'un patient motivé à l'arrêt	52
2.4	ASSIST : AIDER DANS LA DEMARCHE D'ARRET	52
2.4.1	Préparer le patient à l'arrêt.....	52
2.4.1.1	<i>Un mot d'ordre : la motivation</i>	52
2.4.1.2	<i>Rompre avec les automatisme</i>	53
2.4.2	Rassurer le patient sur ses craintes habituelles	54
2.4.3	Prévenir des difficultés	57
2.4.4	Prévenir les rechutes	58
2.4.5	Etablir une stratégie avec le patient	59
2.4.5.1	<i>Fixer une date d'arrêt</i>	59
2.4.5.2	<i>Envisager une prescription médicamenteuse</i>	60
2.4.5.2.1	Les substituts nicotiniques	60
2.4.5.2.2	Le bupropion (Zyban ®)	67
2.4.5.2.3	La varénicline (Champix®)	69
2.4.5.3	<i>Les thérapeutiques non-médicamenteuses</i>	71
2.4.5.3.1	Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	71
2.4.5.3.2	Les autres thérapeutiques non validés.....	72
2.5	ARRANGE : ORGANISER LE SUIVI DU PATIENT	73
III.	PLACE DU CHIRURGIEN DENTISTE DANS CETTE STRATEGIE	75
3.1	LES CHIRURGIENS-DENTISTES EN PREMIERE LIGNE	75
3.2	LES RECOMMANDATIONS ACTUELLES	76
3.3	LA POSITION ACTUELLE DES DENTISTES DANS LE MONDE FACE A CETTE RESPONSABILITE	78
3.3.1	Une invitation à la mobilisation à travers le monde.....	78
3.3.2	Une action encore trop limitée des praticiens	79
3.3.3	Les obstacles rencontrés.....	81
3.4	L'EFFICACITE DES DIFFERENTES INTERVENTIONS AU CABINET DENTAIRE	85

3.4.1	Efficacité des différents éléments du sevrage tabagique	85
3.4.2	Les études menées auprès des chirurgiens dentistes, des étudiants en chirurgie dentaire ou des cliniques dentaires.....	90
IV.	MISE EN PRATIQUE AU CABINET DENTAIRE.....	92
4.1	L'ORGANISATION DU CABINET.....	92
4.1.1	Affiches et brochures anti-tabac	92
4.1.2	Signalisation de l'interdiction de fumer.....	93
4.1.3	Utilisation d'outils supplémentaires	94
4.2	UNE METHODE DES « 5 A » SIMPLIFIEE ET ADAPTEE AU CABINET DENTAIRE.....	96
4.2.1	Identifier le fumeur	97
4.2.2	Agir face à un patient non motivé.....	99
4.2.3	Agir face à un patient motivé.....	100
4.2.3.1	<i>L'encourager</i>	100
4.2.3.2	<i>Prise en charge du sevrage tabagique au cabinet dentaire</i>	102
4.2.3.3	<i>Le suivi du patient</i>	103
4.3	UN CAS PARTICULIER : L'ABSTINENCE TEMPORAIRE	105
4.3.1	Conduite du traitement d'arrêt temporaire (Dautzenberg, 2010).....	105
4.3.2	Le tabagisme péri-opératoire (OFT et AFC, 2005)	105
4.3.3	Tabac et implants	106
4.3.4	Tabac, parodontite et cicatrisation (Balaji, 2008)	107
4.4	SAVOIR REpondre AUX FAUX ARGUMENTS DES PATIENTS.....	109
4.5	SE FORMER	111
4.5.1	Les formations accessibles.....	111
4.5.2	Les sites internet utiles.....	112
4.5.3	Les publications utiles.....	114
	CONCLUSION.....	115
	ANNEXES.....	118
	BIBLIOGRAPHIE.....	123

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : **Quelques publicités en faveur du tabac dans les années 1950.**
- Figure 2 : **Evolution de la vente de cigarette en France [37]**
- Figure 3 : **Seulement deux ans et déjà 40 cigarettes par jour !**
- Figure 4 : **Les récepteurs nicotiniques chez le fumeur et le non-fumeur [38]**
- Figure 5 : **Mécanismes concourant à la prise d'une cigarette [85]**
- Figure 6 : **Cas d'un fumeur présentant coloration alvéolyse et récession gingivale**
- Figure 7 : **Parodontite chronique généralisée chez un fumeur**
- Figure 8 : **Gingivite ulcéro nécrotique et mélanose chez un patient de 24 ans, fumant 30cig/jour**
- Figure 9 : **Exemple d'atteinte tumorale de la langue**
- Figure 10 : **Leucoplasie située au niveau du plancher de la bouche et de la langue**
- Figure 11 : **Schéma de la méthode des « 5A » [38]**
- Figure 12 : **Le questionnaire DETA**
- Figure 13 : **Exemple d'échelle visuelle analogique [85]**
- Figure 14 : **Le cercle de préparation au changement proposé par Prochaska et Diclemente**
- Figure 15 : **Détermination du stade du cycle de Prochaska [108]**
- Figure 16 : **Evolution du patient jusqu'à l'arrêt**
- Figure 17 : **Les formes galéniques des substituts nicotiniques**
- Figure 18 : **Taux veineux nicotinique après la consommation d'une cigarette et des différents substituts nicotiniques [85]**
- Figure 19 : **Mode d'action du timbre transdermique [38]**
- Figure 20 : **Le Zyban®**
- Figure 21 : **Le champix®**

- Figure 22 : **Proposition d'ajustage des doses des TSN[38]**
- Figure 23 : **Brochure de l'OFT sur le tabagisme et la santé bucco-dentaire**
- Figure 24 : **Affichage obligatoire de l'interdiction de fumer dans les lieux publics**
- Figure 25 : **Le tabataba de FIM**
- Figure 26 : **Le piCO de Bedfont**
- Figure 27 : **Le Micro CO de Micromedical**
- Figure 28 : **Echec d'une reconstitution fixe sur implants chez une patiente fumeuse**
- Figure 29 : **Illustration d'un cas d'alvéolite, deux jours après l'extraction**

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : **Bénéfices de l'arrêt sur la santé à long terme [38, 102]**
- Tableau 2 : **Bénéfices de l'arrêt sur la santé à court terme [37]**
- Tableau 3 : **Autres bénéfices à l'arrêt [99]**
- Tableau 4 : **Equivalence des patchs 16h et 24h**
- Tableau 5 : **Doses initiales des substituts nicotiniques proposées par l'INPES**
- Tableau 6 : **Efficacité des interventions en fonction du type de cliniciens concernés [43]**
- Tableau 7 : **Efficacité des interventions en fonction du nombre de cliniciens concernés [43]**
- Tableau 8 : **Intervention des cliniciens et taux d'arrêt à un an en fonction de l'identification du statut tabagique [43]**
- Tableau 9 : **Taux d'arrêt à un an en fonction de la durée des interventions [43]**
- Tableau 10 : **Taux d'arrêt à un an en fonction du nombre d'interventions [43]**
- Tableau 10 : **Efficacité des traitements de substituts nicotiniques [119]**
- Tableau 11 : **Efficacité du bupropion par rapport au placebo [6]**
- Tableau 12 : **Efficacité de la varénicline dans le sevrage tabagique [26]**
- Tableau 13 : **Les faux arguments classiques des patients [38, 76]**

INTRODUCTION

5,4 millions de morts par an, 8 millions d'ici à 2030, 66 000 morts en France par an, 100 millions de morts au XXème siècle, 1 milliard au XXIème, il tue un adulte sur 10, et un consommateur sur deux en meurt... Voilà des chiffres plus qu'effrayants. Pourtant nous ne parlons pas là d'une maladie incurable, mais bien du tabac. Aujourd'hui le tabac est la première cause de mortalité évitable dans le monde.

La lutte anti-tabagique s'est mise en place depuis des dizaines d'années dans de nombreux pays, mais cette épidémie fait encore d'énormes ravages dans le monde. Chacun a un rôle à jouer dans ce combat, à commencer par les professionnels de santé, qui se doivent de mettre en garde leurs patients sur les nombreux risques qu'ils encourent à fumer. Ils se doivent d'agir en tant que praticiens éclairés et se doivent d'avertir leurs patients sur les conséquences dramatiques générées par le tabac.

Les chirurgiens-dentistes sont particulièrement concernés, du fait du caractère médical de leur profession et des conséquences considérables du tabac sur la cavité buccale. Le tabac est effectivement un facteur essentiel dans l'apparition des cancers de la cavité buccale et des voies aéro-digestives supérieures. Le pronostic de survie à cinq ans des cancers buccaux est inférieur à 40%. Ils font près de 7500 nouveaux cas et 1875 décès chaque année en France.

Notre profession a considérablement évolué au cours du temps. Il ne s'agit plus uniquement de soigner ou extraire des dents, de soulager et supprimer les douleurs. Aujourd'hui notre rôle s'est considérablement élargi et s'est beaucoup tourné vers la prévention. En résumé, le but n'est plus de soigner des caries, mais d'éviter qu'elles apparaissent, ce qui modifie totalement l'approche des patients. Nous connaissons très bien l'impact de l'état dentaire sur la santé générale du patient, sur les pathologies cardiaques ou les femmes enceintes par exemple, c'est pourquoi le patient doit être pris en charge de façon globale et générale. On ne s'intéresse plus uniquement à ses dents. Nous donnons des conseils hygiéno-diététiques et nous nous intéressons également aux addictions néfastes pour notre patient comme l'alcool ou les drogues.

C'est pourquoi le tabac, ayant non seulement des conséquences bucco-dentaires désastreuses, mais en plus des conséquences sur la santé générale gravissimes, doit immédiatement

interpeler et concerner le dentiste. Nous devons prévenir au maximum les méfaits du tabac sur la cavité buccale, et donc inciter nos patients à arrêter de fumer.

Seulement la dépendance au tabac est l'une des plus compliquée à vaincre. Le sevrage est très difficile pour les patients, les rechutes sont nombreuses, ils doivent donc être soutenus et aidés au maximum dans leur tentative d'arrêt. En tant que chirurgien-dentiste, nous ne devons donc pas seulement inciter nos patients à arrêter, mais nous devons surtout les aider dans leur démarche. Le but de ce travail est d'apporter aux chirurgiens-dentistes les connaissances nécessaires sur le tabac, de les aider à trouver leur place dans cette lutte anti-tabagique, et de les aider à mettre en place ce sevrage tabagique facilement au cabinet dentaire, pour qu'il puisse à l'avenir faire partie intégrante de notre profession.

« On commence à fumer pour montrer qu'on est un homme. Vingt ou trente ans plus tard, c'est pour la même raison qu'on essaie de s'arrêter »

Mark TWAIN

I. POURQUOI ENGAGER LES CHIRURGIENS-DENTISTES DANS LA LUTTE ANTI-TABAGIQUE ?

Le tabagisme est aujourd'hui un fléau mondial. Après avoir été banalisé pendant des dizaines d'années, le changement des mentalités reste très difficile. C'est pourquoi de nombreux pays s'impliquent très activement à lutter contre ce problème.

La relation entre le dentiste et le sevrage tabagique n'est pas forcément une évidence à première vue. Bon nombre de praticiens ou de patients associent ce rôle à celui du médecin ou du tabacologue uniquement. Pourtant, afin de lutter au mieux face à cette épidémie mondiale, tous les professionnels de santé quels qu'ils soient sont vivement appelés à se mobiliser auprès de leurs patients. De plus, le tabac peut avoir de nombreuses conséquences bucco-dentaires, anodines ou gravissimes, ce qui concerne donc le dentiste avant tout.

Nous allons voir dans cette partie l'étendue des dégâts dans le monde dus au tabac puis l'influence de celui-ci sur la pratique quotidienne des chirurgiens-dentistes. La consommation de tabac se faisant dans 90% des cas sous forme de cigarette, nous allons diriger notre approche vers ce mode d'utilisation.

1.1 Un problème de santé publique à travers le monde

1.1.1 Un fléau mondial

➤ Historique

Consommé et considéré comme une plante sacrée en Amérique du Sud et en Amérique centrale depuis plus de 2000 ans, le tabac est ramené en Europe en 1492 par Christophe Colomb lors de son expédition. Il sera d'abord utilisé sous différentes formes pour ses vertus thérapeutiques, alors unanimement reconnues et multiples : vomitif, purgatif, soin des maladies de peau, des migraines, de la toux, de l'asthme et bien d'autre (Martinet et Bohadana, 2001).

La notion de fumer pour le plaisir est introduite par Sir Walter Raleigh en 1586 dans la haute société britannique (Julliard, 2008). Fumer est un signe de distinction et de richesse. Ce privilège est donc d'abord réservé aux sociétés aristocrates et bourgeoises puis se répand petit

à petit dans toutes les classes. Le théâtre puis la télévision, la publicité ou le cinéma participent à démocratiser cet usage, à le rendre attractif et moderne, tour à tour symbole de virilité puis de féminité. Comme disait Molière dans *Dom Juan* : «*Il n'est rien d'égal au tabac: c'est la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac n'est pas digne de vivre* ». La fabrication industrielle de cigarette à grand débit a débuté autour des années 1880, ce qui a contribué à sa large diffusion. Le tabac est alors totalement banalisé, fumer devient « normal » au point de faire parti de la ration journalière des soldats, en temps de guerre comme de paix. Les professionnels de santé font même de la publicité pour certaines marques de cigarettes, comme en témoigne les affiches ci-dessous (figure 1).

Figure 1: quelques publicités en faveur du tabac, dans les années 1950



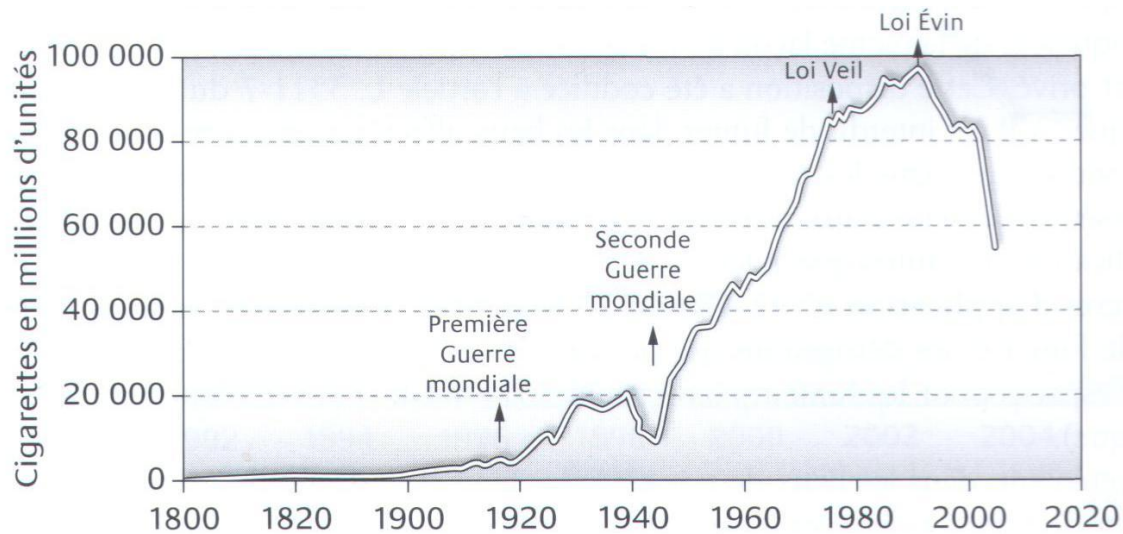
Seulement ses conséquences gravissimes sur la santé se précisent. Elles sont déjà évoquées dès le milieu du XVII^{ème} siècle par l'anatomiste Theodore Kerckring. Il réalise une autopsie d'un fumeur et décrit les organes comme carbonisés de l'intérieur. En 1809, Nicolas Vauquelin isole la nicotine et évoque une potentielle toxicité. C'est Claude Bernard en 1857 qui étudie plus précisément les caractéristiques toxiques de la nicotine. En 1950, R. Doll montre le lien établi entre cancer du poumon et tabac. Le tabac commence à être dénoncé comme un poison contre lequel les institutions vont tenter de lutter.

➤ Epidémiologie

Les dernières sources de l'OMS estiment à plus d'un milliard le nombre de fumeurs dans le monde. Le tabac tue environ un fumeur sur deux, fait 5,4 millions de morts par an et pourrait en faire 8 millions en 2030 si aucune mesure n'est prise. Cela représente plus que le taux de mortalité du VIH, de la tuberculose et du paludisme réunis. Les pays en développement représentent 70% de cette mortalité. Nous pouvons considérer qu'un décès sur 10 d'adultes est lié au tabac, alors que ce facteur pourrait être totalement supprimé (OMS, 2009). N'oublions pas les ravages du tabagisme passif, puisqu'un un décès lié au tabac sur dix est dû à celui-ci.

En France, le tabac reste la première cause de mortalité évitable, faisant environ 66 000 décès chaque année, dont la moitié par cancers du poumon, et plus de 5000 morts de tabagisme passif. La moitié des décès dus au tabac ont lieu entre 35 et 69 ans. Tour à tour admirée puis reniée, la consommation de tabac en France a beaucoup fluctué au cours du temps (figure 2). En 2010, 28,7% de la population française se déclare fumeuse, dont 30,3% d'hommes et 23,8% de femmes (INPES, 2010). La mise en place de loi anti-tabac comme la loi Veil de 1976, la loi Evin de 1991, et le décret Bertrand de 2006 ont fortement participé à diminuer cette prévalence en changeant l'image du tabac. Ces lois reposent sur l'interdiction de publicité en faveur du tabac, la hausse des prix des paquets, la mise en place d'avertissements sanitaires et la protection des non-fumeurs (Dautzenberg, 2007).

Figure 2: Evolution de la vente de cigarette en France (Dautzenberg, 2007)



1.1.2 La fumée de cigarette : une bombe à retardement

La combustion d'une cigarette entraîne la formation d'un nuage de fumée composé d'une phase gazeuse et particulaire. On y dénombre plus de 4000 composés différents dont la concentration varie en fonction du tabac, du type de séchage ou encore des additifs présents. Certaines substances sont inoffensives comme la vapeur d'eau, cependant on y décèle plus d'une soixantaine de substances cancérogènes et plusieurs centaines de composés toxiques responsables des conséquences désastreuses du tabac (Perriot, 2003).

1.1.2.1 *Phase gazeuse et particulaire*

➤ La phase gazeuse

Elle contient approximativement 60% d'azote, 15% d'oxygène, 15% de dioxyde de carbone, et 6% de monoxyde de carbone. A ces composés principaux s'ajoutent également d'autres composés organiques volatiles tels l'ammoniac, des cétones ou autres aldéhydes.

➤ La phase particulaire

Le diamètre des particules est compris entre 0,1 et 1µm, ce qui permet donc leur passage à travers les alvéoles pulmonaires. Les principaux toxiques retrouvés dans cette phase sont :

- **les substances cancérigènes** : hydrocarbures aromatiques (benzopyrènes), nitrosamines, cétones, aldéhydes
- **Les irritants** : acroléine, acide cyanhydrique
- **Les métaux** : nickel, cadmium, polonium
- **Les radicaux libres**
- **Les alcaloïdes** : nicotine, anabasine

1.1.2.2 Les 4 groupes de substances principales retrouvées dans la fumée

Parmi les milliers de substances contenues dans la fumée de cigarette, on distingue 4 groupes principaux de composés:

➤ Le monoxyde de carbone (CO)

Le monoxyde de carbone pénètre dans le sang par les alvéoles pulmonaires. Il possède une affinité pour l'hémoglobine 240 fois supérieure à celle de l'oxygène. Il se forme alors de la carboxyhémoglobine (HbCO) responsable d'une hypoxie tissulaire. Le taux d'HbCO chez un non fumeur est compris entre 1 et 2%, et passe au dessus des 5% chez le fumeur. C'est pourquoi le corps s'essouffle rapidement, faute de carburant. Le CO a également un effet irritant sur l'endothélium et favorise la formation d'athérosclérose.

➤ Les substances cancérigènes

Elles sont très nombreuses .On y retrouve principalement les goudrons représentés entre autre par les benzopyrènes. Les goudrons correspondent au condensat de fumée brut sans eau et exempt de nicotine. Ces substances ont un rôle cancérigène et mutagène car ils peuvent provoquer des mutations du gène P53 (gène inhibiteur de tumeur). Mais les goudrons participent également à la paralysie du tapis ciliaire bronchique, à l'endommagement des alvéoles pulmonaires, et diminuent l'efficacité du système immunitaire (Perriot, 2003).

En plus des goudrons, les substances irritantes également favorisent l'apparition de lésions pré cancéreuse et ont une action pro carcinogène. Elles peuvent avoir un rôle d'initiateur, de promoteur ou d'accélérateur de tumeur.

➤ Les substances irritantes

Elles sont également très nombreuses et peuvent être divisés en 3 groupes.

- **Les irritants tels l'acroléine, les aldéhydes, les cétones ou les nitrosamines**

Ils agressent directement l'épithélium bronchique, entraînant une inflammation chronique de la muqueuse respiratoire responsable d'une hyperplasie épithéliale, d'une hypertrophie, d'une hypersécrétion des cellules et des glandes bronchiques et d'une paralysie des cils bronchiques et entraînant alors des pathologies respiratoires chroniques.

- **Les enzymes protéolytiques**

L'activation par la fumée des polynucléaires neutrophiles et des macrophages alvéolaires avec libération d'enzymes protéolytiques modifie le rapport protéases/anti protéases, ce qui entraîne une destruction progressive du parenchyme pulmonaire.

- **Les radicaux libres oxydants**

Ils agressent directement les cellules bronchiques.

➤ Les alcaloïdes

Nous y retrouvons quelques alcaloïdes mineurs (cotinine, anabasine) mais 90% de ces alcaloïdes sont représentés par la nicotine. Elle est présente naturellement dans la feuille de tabac. C'est un composé volatile et sans couleur mais qui acquiert une coloration brune (retrouvée sur les filtres) et une odeur caractéristique du tabac au contact de l'air. On la retrouve dans la fumée sous forme de particules en suspension. Elle occupe une place centrale dans la dépendance au tabac étant la principale responsable de la dépendance psychologique et physique (détaillée dans le paragraphe suivant).

1.1.3 Une prévalence tabagique toujours accrue malgré des risques sanitaires bien connus

Les risques sanitaires du tabac sont aujourd'hui largement connus et communiqués à la population. Pourtant la prévalence du tabagisme reste toujours très importante. Tout le monde sait aujourd'hui que fumer diminue l'espérance de vie, favorise l'apparition de nombreuses maladies, essentiellement les cancers, beaucoup de prévention est faite, surtout chez les jeunes et les femmes. Alors pourquoi malgré tout le tabac continue-t-il à faire des ravages ?

Plusieurs raisons peuvent-être évoquées. Tout d'abord, les industries du tabac redoublent sans cesse d'imagination afin d'attirer et de cibler de nouveaux consommateurs. Certains pays restent également encore très vulnérables et mal informés sur ce problème. Enfin, il ne faut pas oublier que le tabac entraîne une dépendance très forte, et le sevrage est difficile. C'est pourquoi les risques encourus ne suffisent pas toujours à motiver les fumeurs à arrêter.

1.1.3.1 *Une stratégie marketing efficace*

➤ Le rôle de l'Etat

L'Etat a joué au départ un rôle important dans cette propagation du tabagisme. Il a en effet vite compris qu'il pouvait en tirer une source de revenus non négligeable. C'est déjà en 1629 que Richelieu met en place le premier impôt sur le tabac. Dès 1635 sa vente libre devient interdite et le monopole revient à l'Etat (Perriot, 2003). C'est pourquoi il a voulu pendant longtemps cacher et dédramatiser les méfaits du tabac sur la santé à la population. L'effet psycho actif de la nicotine est connu de l'industrie de la cigarette depuis 1960, mais ce n'est que depuis une conférence de consensus à la fin des années 1980, que la nicotine est considérée comme une substance dépendante médicalement (Gonseth, 2009). Cela explique l'insuffisante application de la loi Veil de 1976, qui fût adoptée à une période où les effets du tabac étaient certes déjà largement démontrés, mais où l'Etat contrôlait totalement la compagnie d'exploitation industrielle des tabacs et des allumettes (SEITA) et ne souhaitait donc pas trop ébruiter ces méfaits ni réduire la vente de cigarette.

➤ L'attraction de nouvelles cibles

Les industries du tabac redoublent d'inventivité pour attirer en permanence de nouveaux consommateurs. La consommation de tabac chez les hommes diminuant progressivement avec le temps grâce aux avertissements sanitaires, les industries se sont attaquées aux femmes et aux jeunes, qui sont aujourd'hui la cible privilégiée des producteurs.

Le tabagisme féminin est apparu vers les années 1920 et s'est répandu considérablement dans les années 1970. La cigarette était alors un symbole d'indépendance, d'émancipation et de liberté (INPES, 2010). Pour attirer davantage les femmes, plus soucieuses de leur santé que les hommes, le développement de cigarettes plus légères a vu le jour. Ces cigarettes « légères » ou « light » attirent plus facilement les femmes, bien que cette publicité soit totalement mensongère : en effet, la façon de fumer va être adaptée, et les doses de produits toxiques tirées de ces cigarettes seront les mêmes que celles des cigarettes habituelles (Martinet et Bohadana, 2001). C'est pourquoi le 15 Mai 2001, une directive a été adoptée en France, visant à supprimer ces mentions « légères » ou « light » sur les paquets (Lemaitre et coll, 2005).

Les industriels ont également proposé des cigarettes plus « féminines », longues et fines donnant plus d' « allure ». Ils ont aussi réalisé des campagnes de publicité adressées directement aux femmes, mettant en avant l'efficacité du tabac pour garder la ligne. Aujourd'hui le tabagisme est quasiment unisexe, concernant presque autant de femmes que d'hommes.

Pour attirer les jeunes, d'autres arguments sont déployés : l'achat de paquet de cigarettes va permettre de participer à des jeux-concours, ce qui est totalement interdit en France aujourd'hui, certaines marques développent des lignes de vêtements (comme Marlboro), le design du paquet et des cigarettes est étudié, moderne et attractif, (cigarette rose ou noir), plusieurs parfums et arômes se développent (menthol, chocolat, vanille....) Tout cela a pour but de rendre les cigarettes modernes et attirantes (Martinet et Bohadana, 2001). N'oublions pas que l'adolescence est une période clé où les jeunes cherchent à se démarquer, à quitter l'enfance, à transgresser les règles... C'est donc une période très propice à l'essai du tabac. Ainsi à 15 ans, deux adolescents sur trois ont déjà essayé de fumer (INPES, Juin 2009).

➤ L'ajout de substances favorisant la dépendance

La nicotine est la principale responsable de l'installation de la dépendance au tabac. Cependant d'autres substances peuvent jouer un rôle. Les producteurs de cigarettes le savent bien et n'hésitent pas à rajouter des additifs pour renforcer ce caractère de dépendance.

- **L'ammoniaque**

L'ammoniaque a été ajoutée dès les années 1960. Il permet d'alcaliniser le pH de la fumée, ce qui augmente la fraction de nicotine libre, et permet à la nicotine d'être absorbée plus facilement et rapidement au niveau de la bouche et des voies aériennes supérieures. Le concurrent de Marlboro, R.J.Reynolds, écrivait en 1973 : « L'ajout d'ammoniaque est le secret de Marlboro. Les ventes sont liées au niveau de nicotine libre » (Lemaitre et coll, 2005).

- **Le menthol**

Le menthol se retrouve également dans la plupart des cigarettes, et pas uniquement dans celles indiquant clairement la mention « mentholée ». Il possède de nombreux avantages pour les industriels. Il permet tout d'abord de rendre la fumée moins agressive en créant une anesthésie locale, une diminution de l'irritation des voies aériennes et un adoucissement de la fumée. Cela permet donc une inhalation plus profonde et une absorption plus importante de la nicotine et des autres produits toxiques. Il favorise également l'absorption de la nicotine par augmentation de la perméabilité des muqueuses oropharyngées et un effet broncho-dilatateur. De plus, par son action en synergie avec la nicotine sur le système nerveux central, il permet de diminuer le contenu en nicotine des cigarettes sans en diminuer le pouvoir addictogène.

- **Les sucres**

L'ajout de sucre dans le tabac donne une certaine saveur et permet de diminuer l'âpreté et le mauvais goût de la fumée. De plus, leur combustion entraîne la formation d'aldéhydes, qui potentialiseraient la dépendance à la nicotine (Gonseth, 2009).

- **Les arômes**

La glycyrrhizine contenue dans la réglisse aurait un effet broncho-dilatateur et permettrait donc une pénétration facilitée de la nicotine dans le sang. De même, le cacao contient des dizaines de substances psychoactives. Elles sont présentes en quantité probablement insuffisante pour augmenter la dépendance directe à la cigarette. Mais leur pyrolyse diminue

l'activité de la monoamine oxydase (MAO), ce qui pourrait donc induire un effet antidépresseur et contribuer à la dépendance tabagique (Gonseth, 2009).

1.1.3.2 De nombreux pays encore trop vulnérables

Même si les pays développés sont aujourd'hui largement informés des méfaits du tabac, et que les mouvements politiques et associatifs mettent en place de nombreuses mesures pour lutter à la fois sur le tabagisme actif et passif, de nombreux pays restent encore trop peu protégés face à cette menace, essentiellement les pays en voie de développement.

Le dernier rapport sur l'épidémie mondiale de tabagisme (OMS, 2009) indique que seul 2% de la population mondiale vit dans des pays dotés d'une législation non-fumeur complète bien respectée. La non-protection des non-fumeurs pose un réel problème. Un jeune exposé au tabagisme passif présente une fois et demi à deux fois plus de chance de commencer à fumer. Il faut savoir que 40% des enfants dans le monde sont régulièrement exposés au tabagisme passif, et que 31% des décès imputables à celui-ci concerne des enfants (OMS, 2009). De même, l'interdiction de la publicité et de la promotion du tabac est très peu respectée, et laisse plus de 90% de la population mondiale sans protection face à l'industrie du tabac. Le prix du tabac est également bon marché dans beaucoup de pays, puisque 95% de la population vit dans des pays où les taxes représentent moins de 75% du prix de vente.

Figure 3: seulement deux ans et déjà 40 cigarettes par jour!



Nous avons pu voir par exemple la vidéo de cet enfant, âgé de seulement deux ans et fumant déjà près de quarante cigarettes par jour ! Cela se passe en Indonésie, où ce jeune garçon fait la fierté de tous, et surtout de son père qui lui a donné sa première cigarette à 18 mois (figure 3).

L'OMS a mis en place la Convention Cadre pour la Lutte Anti Tabagique (CCLAT) (OMS, 2003). Elle a permis une grande avancée dans l'éradication du tabac et constitue la première tentative mondiale visant à réduire le tabagisme. Elle est entrée en vigueur le 27 Février 2005 et a été signée par près de 170 pays. Son but est d'aider les différents pays à lutter activement contre le tabagisme, en donnant des lignes directrices. Elle précise entre autres mesures, que tous les professionnels de santé, médecins, dentistes, sages-femmes et autre doivent s'engager activement dans cette lutte. En 2008, elle lance le programme MPOWER pour aider les pays à mettre en place des mesures efficaces (OMS, 2009) :

- **M**onitor : Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention
- **P**rotect : Protéger la population de la fumée du tabac
- **O**ffer : Offrir une aide à ceux qui veulent arrêter
- **W**arn : Mettre en garde sur les dangers
- **E**nforce : Faire respecter l'interdiction de la publicité
- **R**aise : Augmenter les taxes sur le tabac

1.1.3.3 Une dépendance forte et rapide

Il est bien reconnu depuis la fin des années 1980 que la nicotine entraîne une dépendance. Un sujet commence donc à fumer pour des raisons sociales ou personnelles et continue par dépendance. En 1975, l'Organisation mondiale de la santé définit la dépendance comme « un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage). La tolérance peut être présente ou non. »

Ce mécanisme de dépendance est très puissant et très rapide. Des études montrent que des syndromes de manque peuvent apparaître après la consommation de cent cigarettes seulement (ligue suisse contre le cancer, 2010). C'est une drogue presque aussi puissante que la cocaïne et l'héroïne, et bien plus puissante que l'alcool ou le cannabis (Dautzenberg, 2007). En effet

on estime que 60% des fumeurs sont moyennement à fortement dépendants, contre 76% des consommateurs de cocaïne, 73% pour l'héroïne, 39% pour l'alcool et 33% pour le cannabis.

On distingue trois types de dépendances au tabac, intriquées chez les fumeurs : comportementale, psychologique et physique (INPES, 2007). C'est cela qui rends le sevrage si difficile, et qui explique donc que les fumeurs poursuivent leur tabagisme tout en sachant pertinemment les risques qu'ils encourent.

Même si ces dernières années d'importants progrès ont été réalisés dans la compréhension des mécanismes de dépendance au tabac, elle reste pourtant largement incomprise et de nombreuses données manquent encore. C'est un phénomène extrêmement complexe, où il apparaîtrait que la nicotine ne soit pas la seule responsable de l'addiction. D'autres composés de la fumée sembleraient impliqués mais n'ont pas encore été identifiés (INSERM, 2004).

1.1.3.3.1 L'action de la nicotine

La nicotine est la principale responsable de l'installation de la dépendance. Elle n'est pas présente dans le corps humain en temps normal, mais elle mime l'action de l'acétylcholine. L'acétylcholine joue un rôle important dans la communication entre les neurones et les muscles (moteurs, cardiaque, respiratoire ou digestif) et dans la régulation du cycle veille-sommeil. Elle est également responsable de l'activation du système de récompense, que nous décrirons plus précisément dans la partie suivante.

La nicotine se fixe sur les récepteurs cholinergiques, appelés également nicotiques du fait de leur double affinité. Ces récepteurs sont très nombreux et sont répartis partout dans le corps humain : le cerveau, les muscles, les ganglions lymphatiques et d'autres. On pourrait donc penser que la nicotine n'aura pas d'effets spécifiques ou néfastes, puisqu'elle ne fait que mimer l'action de l'acétylcholine. Seulement la nicotine va activer ces récepteurs de façon beaucoup plus intense que l'acétylcholine. En effet la quantité de nicotine dans le sang suite à la prise d'une cigarette est très grande, et sa durée de vie dans la synapse est bien plus importante que celle de l'acétylcholine qui au contraire est très vite dégradée. L'activation des récepteurs est alors plus longue et plus marquée, ce qui explique les effets ressentis lors de la consommation d'une cigarette (COROMA, 2009).

Il faut savoir que la nicotine n'entraîne pas systématiquement de dépendance, c'est son mode de consommation et d'arrivée dans l'organisme qui en est responsable. En effet, la consommation d'une cigarette libère une concentration très importante de nicotine en très peu de temps (voir figure 18). Pour réguler ces flux très irréguliers et massifs de nicotine, l'organisme va désensibiliser petit à petit les récepteurs nicotiniques et multiplier leur nombre. C'est ce phénomène qui est responsable de l'installation de la dépendance.

1.1.3.3.2 La dépendance comportementale

Elle n'est pas liée à la nicotine mais dépend seulement de la pression sociale et conviviale. Elle est liée à l'habitude du geste et aux réflexes et automatismes établis avec l'environnement social, familial et professionnel. Pour le fumeur, le tabac va être associé à des circonstances, des personnes, des lieux et des situations qui incitent à la consommation (boire un café, une pause au travail, conduire, téléphoner, en fin de repas...). Ces automatismes mis en place pendant des dizaines d'années sont très difficiles à supprimer et obligent les fumeurs voulant arrêter à modifier totalement leurs habitudes de vie (INPES, 2007).

1.1.3.3.3 La dépendance psychologique

Comme nous l'avons dit précédemment, la nicotine consommée va se fixer sur les récepteurs cholinergiques. L'activation de ces récepteurs situés partout dans le corps engendre donc de nombreuses et diverses réactions plus ou moins agréables de l'organisme : stimulation intellectuelle, amélioration de la mémoire et de l'attention, action anorexigène, effet myorelaxant... La consommation de tabac va jouer un rôle dans la régulation des émotions et de l'humeur. Ainsi pour un fumeur, la cigarette est un moyen de se faire plaisir, de gérer son stress ou son anxiété, de surmonter ses émotions, de se concentrer... Ces effets agréables sont recherchés en permanence par le fumeur et sont responsables de la dépendance psychologique. Certains fumeurs ont absolument besoin de fumer pour réfléchir, se détendre, ou simplement être bien (COROMA, 2009).

Cette dépendance psychologique est également fortement liée à l'activation par la nicotine de la zone de « récompense » du cerveau. Cette zone se situe dans le système limbique et possède de nombreux récepteurs cholinergiques. Elle est formée de l'aire tegmentale ventrale et du noyau accumbens. Ce système de récompense est à la base de la dépendance à tous les produits addictifs, puisqu'il peut être activé par le tabac mais aussi l'alcool, la cocaïne, le cannabis, les amphétamines et d'autres drogues. L'activation de cette zone entraîne une libération de dopamine qui va entraîner des effets agréables, une sensation de bien être et de plaisir (Martinet et coll, 2007) qui contribue fortement au renforcement positif du tabagisme. En effet le cerveau va définir le fait de fumer comme une sensation agréable et un comportement positif. Cependant la dopamine ne semble être qu'un maillon d'un circuit très complexe encore mal connu dans ce système de récompense (INSERM, 2004).

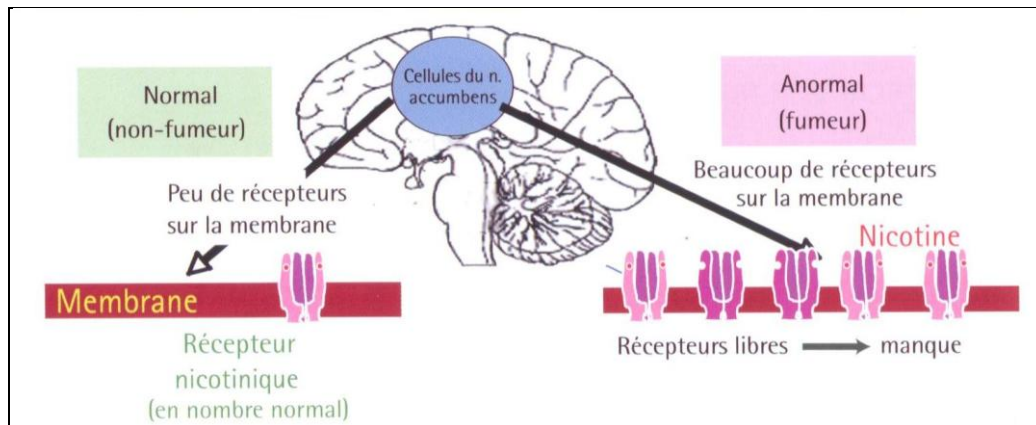
Cette dépendance psychologique varie beaucoup d'un fumeur à l'autre car les effets psychoactifs ressentis sont très variables en fonction des individus. Elle apparaît rapidement mais peut mettre beaucoup de temps à disparaître, entre 6 et 12 mois minimum (Institut de médecine sociale et préventive, 2011). Elle est à l'origine de nombreuses rechutes à long terme (INPES, 2007).

1.1.3.3.4 La dépendance physique

Elle est due à la nicotine. Cette dépendance se caractérise par une sensation de manque dès que la substance n'est plus consommée, c'est-à-dire une envie irrésistible de fumer, une irritabilité et une nervosité importante. Cela constitue un renforcement négatif du tabagisme. Le fumeur doit donc consommer régulièrement pour maintenir un taux suffisant de nicotine dans le sang et éviter cette sensation de manque.

Lors de la consommation d'une cigarette, la nicotine passe dans les poumons, puis le sang et arrive au cerveau en sept secondes sous forme de « shoot » à très haute dose et se fixe sur ses récepteurs. En réponse à ces arrivées massives, brutales et répétées de nicotine, l'organisme va désensibiliser ses récepteurs nicotiniques et va multiplier leur nombre (figure 4) (Ramseier et coll, 2007). On assiste donc à une envie de plus en plus forte de consommer la prochaine cigarette, et un besoin de consommer davantage pour en tirer les mêmes effets. Quand le taux de nicotine sera insuffisant, les récepteurs ne seront plus activés et une sensation de manque va apparaître.

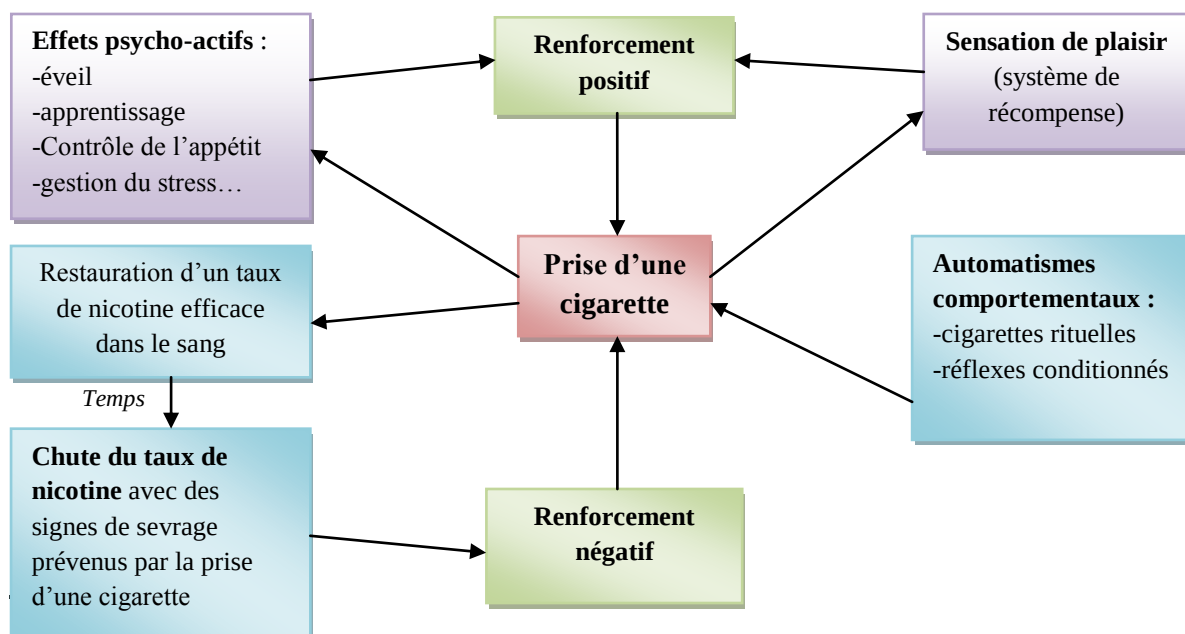
Figure 4: Les récepteurs nicotiniques chez le fumeur et le non-fumeur
(Dautzenberg, 2010)



Cette dépendance apparaît de 18 mois à 2 ans après le début du tabagisme chez 50% des fumeurs (Dautzenberg, 2007). Elle ne concerne pas tous les individus, de nombreux facteurs semblent influencer cette dépendance : la génétique, l'ethnie, le sexe, l'exercice physique, le stress... (Perriot, 2007). Elle est la cause des échecs essentielle à court terme mais peut cependant être bien maîtrisée grâce à l'utilisation de traitements médicamenteux d'aide au sevrage.

En résumé, ces trois types de dépendances participent donc à renforcer le comportement tabagique du fumeur. Il peut être résumé comme le montre la figure 5.

Figure 5: Mécanismes concourant à la prise d'une cigarette (Martinet et coll. 2007)



CONCLUSION

Nous pouvons donc constater qu'aujourd'hui le tabac est un réel problème de santé publique, concernant tous les pays, toutes les cultures et tous les âges. Mais en ayant été banalisé et dédramatisé pendant des dizaines et des dizaines d'années, le changement des mentalités ne se fera pas sans mal. C'est pourquoi une prise en charge interdisciplinaire doit se mettre en place. L'Etat joue un rôle primordial dans la mise en place de loi anti-tabac et de protection des non-fumeurs. La télévision et la publicité vont également participer à détruire l'image du tabac, alors qu'il y a quelques années encore, elles en faisaient la promotion. Et bien évidemment, il est nécessaire que tous les professionnels de la santé, qu'ils soient médecins, infirmiers, dentistes ou autre s'impliquent activement à faire de la prévention et à aider leurs patients dans leurs démarches d'arrêt, comme le précise la Convention Cadre pour la Lutte Anti –Tabagique (OMS, 2003) et de nombreuses autres recommandations actuelles (voir 3.2).

1.2 Les chirurgiens-dentistes confrontés aux méfaits du tabac dans leur pratique quotidienne.

Le tabac est un fléau pour la santé, il n'est plus besoin de le préciser : cancer du poumon, accident vasculaire, broncho-pneumopathies chroniques obstructives.... Toutes ces pathologies sont largement expliquées et connues du grand public.

Mais n'oublions pas que le premier organe en contact avec la fumée est la bouche, qu'elle est donc la première touchée et que les conséquences bucco-dentaires sont très nombreuses et peuvent se déceler très rapidement. Ces conséquences sont moins connues du grand public et beaucoup moins évoquées dans les campagnes de prévention car elles peuvent paraître plus dérisoires.

En tant que dentiste, nous sommes donc les premiers concernés par ces manifestations buccales. Nous sommes également les seuls parfaitement renseignés à ce sujet et c'est donc à nous de les expliquer, de les présenter, et de les prévenir auprès de nos patients. Il semble évident que la meilleure façon de prévenir l'apparition de lésion buccale associée au tabagisme est d'envisager très simplement un arrêt de la consommation. Voilà donc une

raison déjà suffisante en soi pour convaincre les dentistes de leur rôle inévitable dans cette lutte.

Les manifestations buccales sont très nombreuses, allant de problèmes anodins comme les colorations à des conséquences mettant en jeu le pronostic vital du patient, les cancers buccaux. La gravité des pathologies est souvent proportionnelle à l'intensité du tabagisme (Sham et coll, 2003). Il est parfois difficile de déterminer avec précision le rôle du tabac, car les fumeurs ont en général une hygiène bucco-dentaire moins bonne que les non-fumeurs, ce qui peut donc déjà favoriser et aggraver de nombreuses pathologies (Krall et coll, 1997).

1.2.1 Les manifestations sans gravité

Nous pouvons retrouver plusieurs conséquences du tabac sans grande gravité sur la cavité buccale. La fumée de cigarette entraîne bien évidemment une halitose caractéristique. La nicotine de couleur jaune entraîne aussi la formation sur les dents de taches jaunes ou brunâtres remarquables (figure 6). La mélanose du fumeur (figure 8) touchant approximativement 30% des gros fumeurs se traduit quant à elle par une accentuation de la pigmentation de la muqueuse buccale, due à une surproduction de mélanine causée par le tabac (ODQ, 2005).

Le tabac peut également entraîner une hyposialie voire une asialie. Cela pourrait être responsable de l'accumulation de plaque et de tartre plus importante observée chez les fumeurs (Bergström, 1999) et d'un développement de caries plus important (Campus et coll, 2011). Les fumeurs présentent également un risque plus prononcé de développement mycosique dû à la perturbation de la flore buccale, causée par l'hyposalivation et l'élévation de la température de la cavité buccale (ODQ, 2005).

Figure 6: Cas d'un fumeur présentant colorations, alvéololyse généralisée et récessions gingivales (www.espaceparodontax.fr)



1.2.2 Les manifestations parodontales

Au niveau parodontal, le tabac va entraîner l'apparition et l'aggravation de nombreuses pathologies. Il est un facteur aggravant et favorisant des maladies parodontales (figure 6 et 7). L'étude d'Haber et coll. en 1993 a permis de montrer un lien causal et quantitatif entre le tabac et les parodontites. Tous les patients de cette étude de 31 à 40 ans et fumant plus de 10 cigarettes par jour présentaient une parodontite. Il estime également que le risque de parodontite est quatre fois plus élevé chez les gros fumeurs que chez les fumeurs modérés. On estime que les fumeurs en général ont 2,5 à 3,5 fois plus de chances que les non-fumeurs de développer des parodontites (Sham et coll, 2003).

Le tabac augmente aussi le risque de perte prématurée des dents (Krall et coll, 1997). Il est un facteur favorisant des gingivites ulcéro nécrotiques (figure 8) (Sham et coll, 2003), un facteur majeur d'échec en implantologie (voir 4.3.3) et en chirurgie parodontale (Ramseier et coll, 2007).

Il faut cependant garder à l'idée que les fumeurs ont souvent une moins bonne hygiène bucco-dentaire que les non-fumeurs, ce qui peut être également responsable de l'accumulation plus importante de plaque et de l'aggravation des maladies parodontales (Krall et coll, 1997).

Cependant l'étude de Bergström et coll. de 1991 réalisée chez des hygiénistes, ayant donc tous une très bonne hygiène bucco-dentaire, a tout de même montré des pertes d'os alvéolaires plus grandes chez les ex-fumeurs et les fumeurs actifs que chez les non-fumeurs.

Le tabac peut également entraîner de nombreuses complications suite à des chirurgies, comme les alvéolites post extractionnelles (voir 4.3.4).

Figure 7: Parodontite chronique généralisée chez un fumeur (www.espaceparodontax.fr)



Figure 8: gingivite ulcéro nécrotique et mélanose chez un patient de 24 ans, fumant 30cig/jour (www.at-suisse.ch)



1.2.3 Les lésions pré-cancéreuses et cancéreuses

La conséquence la plus grave du tabac reste l'apparition de leucoplasies (six fois plus chez les fumeurs) (ODQ, 2005), de lésions précancéreuses qui peuvent se transformer en lésions cancéreuses dans environ 17% des cas (INCa, 2008). Les cancers buccaux peuvent être localisés au niveau de la langue (figure 9), du plancher de bouche (figure 10), des amygdales, des lèvres, du palais, des joues ou des gencives. Cela pose un vrai problème de santé publique, c'est pourquoi l'Institut National du Cancer (INCa) a mis en place le programme de détection précoce des cancers de la cavité buccale. Dans ce but, il a créé en 2008 un outil multimédia destiné à former les chirurgiens-dentistes dans cette détection précoce, disponible sur Cd-ROM ou sur le site de l'INCa (<http://www.e-cancer.fr/depistage/cancers-cavite-buccale/module-de-formation-multimedia>).

La France est très mal placée à ce sujet : on dénombre 7500 nouveaux cas par an de cancers buccaux et 1875 décès. Certaines régions françaises font partie des sites les plus touchés au monde ! Le taux de survie à 5 ans de ces cancers est inférieur à 40%. Ce sont les seuls cancers qui n'ont pas connu d'augmentation du taux de survie en trente ans. De plus, en France 70% des cancers buccaux sont diagnostiqués à un stade avancé, ce qui limite donc leur pronostic

(INCa, 2010). Les facteurs de risque principaux de ces cancers sont le tabac et l'alcool, d'autant plus s'ils sont associés, dans quel cas les risques d'apparition de cancers buccaux peuvent être multipliés par 15 ou plus !

Figure 9: Exemple d'atteinte tumorale de la langue (www.stop-tabac.ch)



Figure 10: Leucoplasie situé au niveau du plancher de la bouche et de la langue



CONCLUSION

Le tabac a de multiples répercussions sur la cavité buccale et sur la pratique quotidienne des chirurgiens-dentistes. Nous sommes souvent amenés à demander ou à conseiller à nos patients d'arrêter de fumer, pour une durée déterminée (après une extraction par exemple) ou de façon définitive, mais nous nous contentons de le dire sans les accompagner réellement dans cette démarche. Si nous voulons être efficaces et écoutés par nos patients, il est important de les aider et de les soutenir. Nous allons donc voir dans les parties suivantes comment prendre en charge un patient tabagique au cabinet dentaire.

II. PRISE EN CHARGE GENERALE D'UN PATIENT TABAGIQUE

Avant de déterminer la place possible du chirurgien dentiste dans le sevrage tabagique, il est primordial de comprendre et d'analyser la stratégie générale de prise en charge d'un patient fumeur.

On parle d'arrêt tabagique lorsque celui-ci est total et absolu, et continu depuis le début, même si des faux pas occasionnels ne remettent pas totalement en cause le caractère définitif de cet arrêt (Perriot 2003). La durée de l'abstinence définit trois types d'arrêt : récent (6 mois), persistant (12 mois), et confirmé (24 mois).

Le tabagisme doit être considéré comme un trouble chronique qui nécessite des interventions multiples, répétées et discrètes pour être vaincu. La prise en charge d'un patient tabagique doit être personnalisée et adaptée à chacun, mais il existe cependant des lignes directrices. Il n'a pas été admis de démarche unique et systématique ou encore de méthode miracle. Cette prise en charge doit être globale et toucher toutes les composantes de la dépendance :

- l'aide au sevrage dans la phase d'action
- l'aide au sevrage dans la phase de maintien
- la gestion des effets secondaires de l'arrêt.

Le *US 2000 Public Health Services Clinical Practise Guideline* propose aux professionnels de santé d'appliquer la méthode des « 5 A » à tous leurs patients fumeurs. Cette démarche est facilement réalisable, détaillée, et reconnue comme une des méthodes les plus efficaces dans l'aide au sevrage tabagique (Ramseier et coll, 2007) (*evidence base method*). De nombreuses publications y font références. Elle s'intéresse à toutes les facettes du sevrage. Elle a été publiée par le National Cancer Institute aux Etats-Unis et se retrouve déjà dans les publications du début des années 1990. (Christen et coll, 1990)

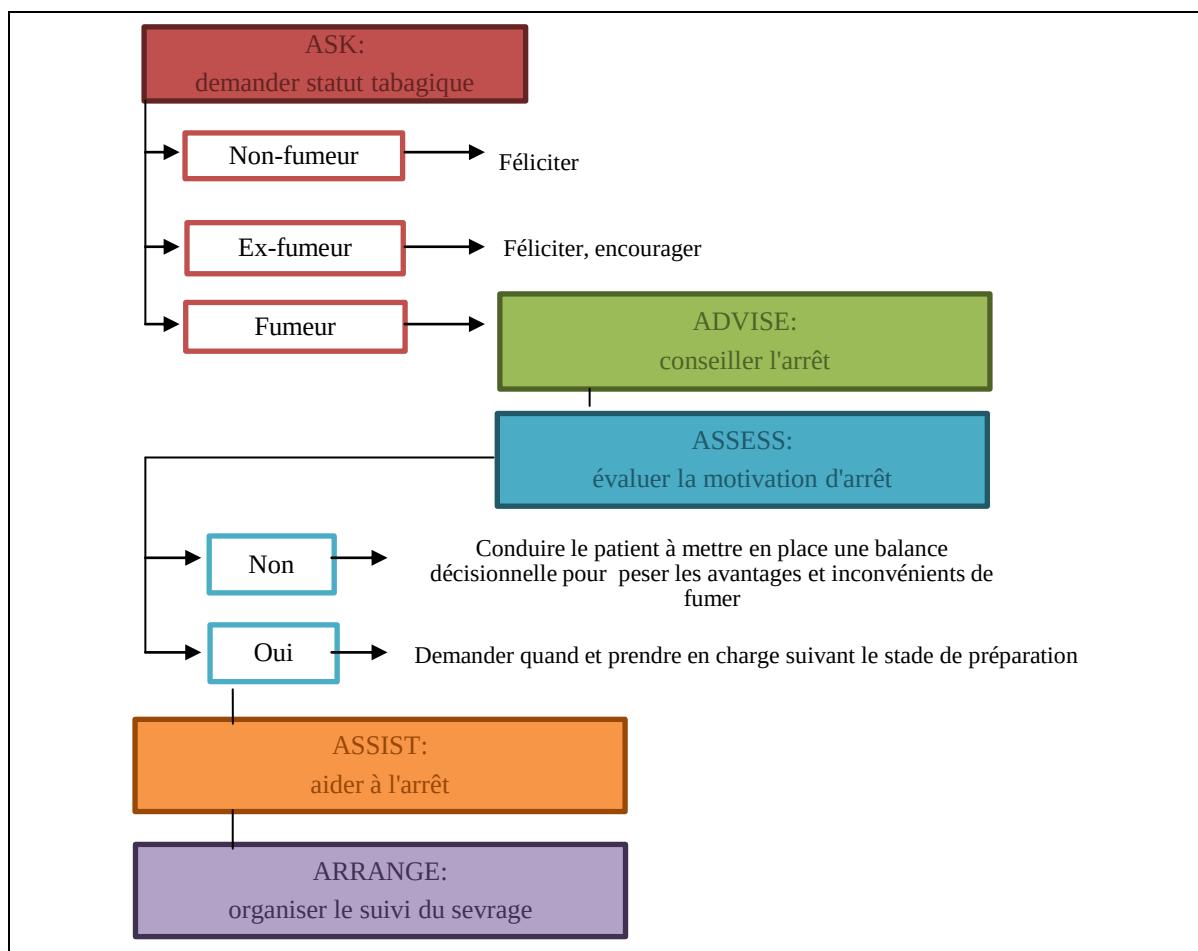
Afin de développer cette partie sur la prise en charge du patient tabagique, nous avons regroupé l'ensemble des recommandations destinés aux professionnels de santé réalisés dans différents pays (ANAES 1998 et 2004, Fiore 2000, AFSAPPS 2003, Gailly 2005, Martinet et coll 2007, Dautzenberg 2010), et les avons organisées selon la méthode des « 5 A ».

Cette méthode se base sur cinq étapes successives (figure 11). Nous mènerons ces cinq étapes à termes chez les patients désireux d'arrêter. Pour les autres, nous nous limiterons aux premières étapes afin de les encourager à modifier leur comportement.

Ces cinq étapes sont les suivantes:

- **A**sk : se renseigner sur le statut tabagique du patient
- **A**dvice : conseiller l'arrêt du tabac
- **A**ssess : évaluer la volonté et la motivation à l'arrêt
- **A**ssist : aider à l'arrêt
- **A**rrange : organiser le suivi du sevrage tabagique

Figure 11 : Schéma de la méthode des « 5 A » adapté de Dautzenberg, 2010



2.1 ASK : évaluer le statut tabagique du patient

2.1.1 Dépister les fumeurs

Le tabac est un facteur agissant non seulement sur la santé de nos patients en déclenchant ou aggravant de nombreuses pathologies, mais influençant également les thérapeutiques qui peuvent être envisagées ainsi que leurs résultats. C'est pourquoi tout professionnel de santé, qu'il s'agisse de médecin, de chirurgien-dentiste, de sage femme ou autre, se doit systématiquement de demander à chacun de ses patients s'il est fumeur ou non. Cette information doit figurer dans le dossier médical avec les autres signes vitaux. Plusieurs études menées dans divers groupes ont montré qu'une fois sur trois le médecin ne connaît pas le statut tabagique de son patient, ce qui paraît choquant étant donné l'importance de cette donnée et la rapidité avec laquelle nous pouvons le savoir (Dautzenberg, 2010).

Cependant il ne faut pas se limiter à savoir si le patient est fumeur ou non, il est important de connaître son histoire tabagique, c'est-à-dire de savoir depuis combien de temps il fume, combien de cigarettes par jour, s'il a déjà essayé d'arrêter, dans quelles circonstances fume-t-il... Il faut avoir une vision globale de son tabagisme afin d'apporter une prise en charge adaptée. La durée du tabagisme est un facteur très important pour l'apparition de certaines pathologies, essentiellement les cancers du poumon. En effet, à quantité égale de tabac fumé, le risque annuel est multiplié par 20 lorsque la durée double et multiplié par 100 quand elle triple. Par contre le risque est multiplié par 3 si la quantité est multipliée par 3 (Martinet et coll. 2007, INCa Mai 2011)

Dans les recommandations de l'AFSSAPS de 2003, il est également conseillé d'évaluer en plus de la dépendance au tabac, les co-dépendances et de repérer les situations à risques, ce que nous allons décrire à la suite.

2.1.2 Evaluer la dépendance : le test de Fagerström

Il est important de déterminer la dépendance à la nicotine de chaque fumeur, afin d'évaluer la difficulté du sevrage. Il existe plusieurs tests permettant de l'évaluer, mais le plus utilisé et celui recommandé par l'AFSSAPS est le test de Fagerström publié en 1990. Il se compose de

six questions simples qui permettent en quelques secondes d'évaluer le patient. Ce test existe également en version simplifiée de deux questions afin d'être utilisé plus rapidement.

- **Le test complet**

1. Quand fumez-vous votre première cigarette après le réveil ?

- | | |
|--------------------------------|----------|
| ✓ Dans les 5 premières minutes | 3 points |
| ✓ Entre 6-30 minutes | 2 points |
| ✓ Entre 31-60 minutes | 1 point |
| ✓ Après 60 minutes | 0 point |

2. Avez-vous du mal à ne pas fumer quand c'est interdit ?

- | | |
|-------|---------|
| ✓ Oui | 1 point |
| ✓ Non | 0 point |

3. A quelle cigarette de la journée vous sera-t-il le plus difficile de renoncer ?

- | | |
|------------------------|---------|
| ✓ La première du matin | 1 point |
| ✓ Une autre | 0 point |

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

- | | |
|---------------|----------|
| ✓ 10 ou moins | 0 point |
| ✓ 11-20 | 1 point |
| ✓ 21-30 | 2 points |
| ✓ 31 ou plus | 3 points |

5. Fumez-vous davantage les premières heures après le réveil que pendant le reste de la journée ?

- | | |
|-------|---------|
| ✓ Oui | 1 point |
| ✓ Non | 0 point |

6. Fumez-vous si vous êtes malade et alité la majeure partie du jour ?

- | | |
|-------|---------|
| ✓ Oui | 1 point |
| ✓ Non | 0 point |

Résultats :

- **0 à 2** : dépendance nulle
- **3 à 4** : dépendance faible
- **5 à 6** : dépendance moyenne, une prescription médicamenteuse va augmenter les chances de réussite du sevrage
- **7 à 10** : dépendance forte, une prescription médicamenteuse est fortement recommandée, à dose suffisante et adaptée

- **Le test simplifié**

Il se limite à deux questions (n° 1 et 4 du test complet) et le résultat est calculé sur la même base que le test complet :

- ✓ Quand fumez-vous votre première cigarette après le réveil ? 0 à 3 points
- ✓ Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? 0 à 3 points

Résultats :

- **0 à 2** : peu ou pas dépendants
- **3 à 4** : moyennement dépendants
- **5 à 6** : fortement dépendants

2.1.3 Rechercher des co-dépendances

Il est très important de rechercher les co-dépendances, car celles-ci peuvent rendre plus difficile le sevrage tabagique. Il est souvent nécessaire de les prendre en charge en même temps. Lors du sevrage d'une substance addictive, il est fréquent d'observer une augmentation transitoire de la consommation d'une autre substance. (Par exemple un arrêt de la consommation de cannabis peut augmenter la consommation de cigarettes, et inversement.) (AFSSAPS, 2003).

2.1.3.1 *L'alcool*

Le lien épidémiologique est clairement établi entre ces deux dépendances. Il existe un conditionnement comportemental réciproque faisant que la consommation d'alcool est un stimulus déclencheur de l'envie de fumer. De plus la perte de vigilance du patient alcoolisé peut être une source de rechute (Martinet et coll, 2007). Le sevrage tabagique de patients alcooliques est beaucoup plus difficile, et il faut prendre en charge ces 2 dépendances. Habituellement il est conseillé de s'occuper d'abord du sevrage alcoolique puis du sevrage tabagique quelques mois plus tard, bien que les deux peuvent être réalisés en même temps. Les patients ayant réussi les deux sevrages reconnaissent que la dépendance tabagique est beaucoup plus forte que la dépendance alcoolique (Dautzenberg, 2010).

Un test simple appelé le test DETA (figure 12) permet de mettre en évidence rapidement un problème d'alcoolisme chez un patient. Ce test a été développé en 1968 sous le terme de CAGE (Cut-down Annoyed Guilty Eye-opener) dans un article d'Ewing JA puis validé en 1974 (Mayfield D et coll). Deux réponses positives sur quatre indiquent un abus ou une dépendance à l'alcool.

Figure 12: le questionnaire DETA

- a. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
- b. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?
- c. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?
- d. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ?

2.1.3.2 *Le cannabis*

L'usage du cannabis s'est considérablement répandu chez les jeunes et son usage s'est banalisé malgré sa prohibition. Il est important de dépister un usage occasionnel ou une consommation chronique. Afin de déceler un usage à risque du cannabis, nous pouvons utiliser le même test que pour l'alcool, appelé alors DETC et non DETA, en remplaçant simplement l'alcool par le cannabis. Ce test a été validé par le NIDA aux Etats-Unis (le National Institute on Drug Abuse). Une vraie dépendance au cannabis doit nécessiter une prise en charge spécialisée par un thérapeute formé à ce type de pathologie ou à un centre d'addictologie (AFSSAPS, 2003).

La présence de tabac dans les joints favorise bien évidemment la rechute du tabagisme. Plusieurs études ont été réalisées sur l'administration conjointe de nicotine et de THC (tetrahydrocannabinol : produit psychoactif du cannabis). Une étude menée sur des rats a démontrée que la nicotine majore en amplitude et en durée les effets de la THC (Valjent E. et coll, 2002). D'autres études ont également démontré dans le même ordre d'idée le pouvoir renforçateur des cannabinoïdes sur les différentes substances psychoactives, ce qui va donc dans le sens d'une facilitation de la dépendance au tabac (Spanagel R, Weiss F. 1999).

2.1.3.3 *Les médicaments*

D'après les recommandations de l'AFSSAPS de 2003, il est recommandé de dépister toutes dépendances à des médicaments (de types anxiolytiques, antidépresseurs, analgésiques,...) et de la prendre en charge avant le sevrage tabagique. Il s'agit là d'un accord professionnel.

Il faut savoir que le tabac peut interagir sur la pharmacocinétique ou la pharmacodynamique de certains médicaments. Cela va donc nécessiter dans certains cas d'adapter les doses en cas de tabagisme actif, ou au contraire lors d'un sevrage (Gaudoneix-Taieb et coll, 2001). Ces interactions sont disponibles dans les recommandations 2003 de l'AFSSAPS.

2.1.3.4 *La consommation excessive de café*

La corrélation significative entre la consommation de café et la consommation de cigarettes a été clairement démontrée dans les études, entre autre dans l'étude épidémiologique de Framingham (étude mise en place depuis 1948 par le NHLBI, l'Institut National du cœur, des

poumons et du sang). La proportion de gros buveurs de café est plus importante chez les fumeurs que chez les non fumeurs. En moyenne, les fumeurs de 20 cigarettes par jour boivent 2 fois plus de café que les non fumeurs, et cette proportion monte même jusqu'à 4 fois plus chez les fumeurs de 40 cigarettes par jour. Il semblerait que le café appelle la cigarette, grâce à certaines substances encore non identifiées, autre que la caféine. (Molinard, 1994). De plus, certains constituants du tabac augmentent le métabolisme de la caféine. (Rose et Behm, 1991)

2.1.4 Repérer les situations à risques

En tant que professionnels de santé non spécialisés en tabacologie, il est important de repérer les cas difficiles ou les situations à risques, où le sevrage tabagique est une nécessité urgente, et qui nécessiteront l'intervention de spécialistes et de personnes formées et compétentes.

2.1.4.1 *La grossesse ou l'allaitement*

Les méfaits du tabac sur l'embryon ont été largement démontrés. Ils sont nombreux et variés : augmentation des risques de grossesse extra-utérine, de fausse couches, de prématurité, mais également de naissance de bébé de faible poids, de malformations graves, de mort fœtale in utero, ou de mort subite du nourrisson (ANAES, 2004). Malgré ces conséquences gravissimes, les derniers sondages de l'INPES montrent tout de même qu'environ 24% des femmes fumeuses poursuivent leur tabagisme pendant la grossesse (INPES, 2010).

Les substances toxiques et la nicotine inhalées par la mère vont aussi se retrouver dans le lait maternel et pourront ainsi être transmises à l'enfant lors de l'allaitement. Certains cas isolés publiés ont montré une intoxication des enfants allaités chez des grandes fumeuses. Il reste malgré tout conseillé aux mères même fumeuses d'allaiter, tout en respectant certaines précautions. Il ne faut pas oublier également le risque que représente le tabagisme passif pour le nourrisson, favorisant les cas de mort subite, de pathologies respiratoires, d'asthme ou d'otites (AFSSAPS, 2003).

Dans l'idéal et pour être le plus bénéfique possible, le sevrage tabagique doit avoir lieu avant même la conception du fœtus car la future mère peut alors utiliser tous les traitements médicamenteux à dispositions sans contre indications, et cela permettra également

d'augmenter la fertilité. Dans le cas échéant, il devra être réalisé le plus tôt possible au cours de la grossesse, mais restera utile tout au long de celle-ci.

Les femmes enceintes doivent être traitées en premier lieu avec une prise en charge psychologique intensive. Toutefois en cas d'échec, des traitements par substituts nicotiniques peuvent être mis en place en respectant certaines précautions d'emploi. Les traitements par bupropion (Zyban®) ou varénicline (Champix®) sont quant à eux contre indiqués. Un suivi après l'accouchement est nécessaire car la fréquence de rechute est très élevée, étant d'environ 50% (Perriot 2003).

2.1.4.2 Les pathologies cardio-respiratoires

Les méfaits du tabac au niveau cardio-vasculaire et respiratoire ne sont plus à démontrer. Les patients ayant eu des accidents aigus tels un accident vasculaire cérébral, un infarctus du myocarde, un pneumothorax, se doivent pour leur santé d'arrêter immédiatement de fumer. Cette décision est difficile à mettre en œuvre pour eux, car elle est soudaine, ne leur laissant pas le temps de réflexion (Dautzenberg, 2010). Ces patients n'ont pas l'occasion de passer par les différentes étapes du cycle de Prochaska (voir 1.3.2), ils doivent arrêter par obligation et non par décision personnelle. C'est pourquoi les échecs sont plutôt nombreux, car la motivation dans ces situations est souvent médiocre (Perriot, 2003). Toutefois ces patients peuvent être aidés par les thérapeutiques médicamenteuses existantes sans contre indications, en utilisant des substituts nicotiniques en première intention. Pour les patients souffrant déjà de cancers, l'arrêt du tabac permettra tout de même d'augmenter le pronostic de survie, de diminuer les récives et les complications (INCa, Mai 2011).

2.1.4.3 Les troubles psychiatriques

Les fumeurs présentant des troubles psychiatriques consomment plus de tabac que ceux n'en présentant pas (OFT, 2008) sauf chez les patients atteints de troubles obsessionnels compulsifs. Cela est vrai au point que la principale cause de décès des patients psychotiques est le tabac. Pour ces patients, le fait de fumer leur permet de contrôler leurs émotions, leur anxiété, l'humeur et les troubles cognitifs.

Pourtant le tabac augmente le risque de survenue de troubles bipolaires et diminue l'efficacité des traitements par interaction. De même, il existe une double relation entre tabac et dépression : le tabac augmente le risque de dépression à long terme et la dépression augmente le risque de tabagisme. En population générale, le tabac augmente le risque suicidaire, qu'il y ait un état dépressif sous jacent ou non. C'est pour cela qu'il est important de dépister tout état dépressif chez un patient fumeur grâce au test HAD (annexe 2).

Les troubles anxieux et dépressifs diminuent donc les chances de succès et doivent être pris en charge et surveillés durant le sevrage tabagique. En effet lors du sevrage on peut observer dans certains cas un état dépressif et une augmentation de l'anxiété dans les premières semaines. Les patients ayant des antécédents d'état dépressif avéré ont plus de risques de développer une dépression au début du sevrage. Dans tous les cas, pour les patients psychiatriques lourds ou présentant des épisodes majeurs d'anxiété ou de dépression, le sevrage devra être envisagé uniquement lorsque l'état neuropsychique du patient sera stabilisé. Ces patients nécessitent l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire et d'un tabacologue pour la prise en charge de leur sevrage qui s'avère plus compliqué que pour le reste de la population. La prescription de substituts nicotiniques est tout à fait indiquée dans ce cas (OFT et FFP, 2008), ce qui n'est pas le cas du bupropion ou de la varénicline à cause du manque d'études réalisées.

2.1.4.4 Avant une intervention chirurgicale programmée

Qu'il s'agisse d'une opération de chirurgie générale ou de chirurgie dentaire, le tabac augmente considérablement les risques de complications péri ou post opératoires : complications respiratoires, cardio-vasculaires, infectieuses ou les problèmes de cicatrisation. L'AFSSAPS recommande un arrêt total du tabac ou au minimum une diminution de la consommation aidée par les substituts nicotiniques au moins six semaines avant l'intervention. (AFSSAPS, 2003)

2.1.4.5 Autres situations

Il existe d'autres situations bien moins urgentes, mais qui retiendront tout de même notre attention :

- Le tabagisme chez les seniors : un arrêt même après 70 ans est encore bénéfique et permet encore d'améliorer l'espérance de vie et la qualité de vie. Un arrêt vers de 60 ans entraîne tout de même un gain d'espérance de vie de 3 ans, contre 9 s'il a lieu avant 40 ans (INCa, 2011).
- Le tabagisme chez les adolescents : il apparaît utile d'agir le plus précocement possible, avant même de laisser la dépendance réelle s'installer.
- Présence de co-addictions (décrites dans le paragraphe précédent)
- Les patients diabétiques : le tabac interfère avec le métabolisme glucidique, favorise l'apparition de complications dans les diabètes de type 1 et 2, et favorise également la survenue de diabète de type 2 (Lamaitre, 2005).

2.2 ADVISE : conseiller l'arrêt

2.2.1 Le discours

En tant que professionnels de santé, médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou autre, nous avons le devoir de conseiller à chacun de nos patients fumeurs d'arrêter. Notre discours ne doit pas être moralisateur ou culpabilisateur et ne doit pas être ressenti comme une agression par le patient (Lemaitre et coll, 2005). Il faut développer une empathie pour le patient, savoir l'écouter, et surtout établir une relation de confiance pour être écouté. Il faut parler de façon objective, scientifique tout en s'assurant que le patient soit bien au fait des risques sanitaires encourus par le tabagisme. Un discours parfois humoristique ou décalé peut également aider à briser la glace et la carapace de certains patients.

Il ne s'agit bien évidemment pas d'obliger nos patients à arrêter de fumer mais bien de le CONSEILLER. Le message doit être clair et simple (*Je pense qu'il est important pour vous d'arrêter de fumer maintenant, tant que vous n'êtes pas encore trop malade, je peux vous aider à arrêter, fumer même peu ou occasionnellement reste dangereux pour votre santé,...*), mais doit être ferme tout de même pour être pris au sérieux (*en tant que praticien je me dois de vous dire qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour protéger votre santé*).

Il est important que le message soit personnalisé et adapté à chaque situation, en apportant des arguments qui vont impliquer le patient de façon personnelle et à d'autres niveaux que sa santé (les économies possibles, la santé de ses enfants, ...) (Fiore et coll, 2000).

Pour que le message soit bien pris en considération par le patient, il est toujours utile de rappeler brièvement les risques qu'il encoure à continuer de fumer et les bénéfices qu'il pourrait en tirer en arrêtant. Il n'est pas question ici de partir dans des considérations scientifiques trop développées, il faut rester simple, et se contenter de donner les éléments marquants pour que le patient les intègre parfaitement. Nous allons les résumer dans le chapitre suivant.

2.2.2 Les risques

Les méfaits du tabac sur la santé ne sont aujourd'hui plus à démontrer. C'est dès l'isolement de la nicotine par Vauquelin en 1809 que sa toxicité est évoquée. En 1844, le Dr Boussiron commence à en décrire ses effets sur la santé. C'est en 1950 que R. DOLL met en évidence la relation entre tabac et cancer. En résumé, nous connaissons bien aujourd'hui les risques qu'entraînent le tabac sur la santé, et ce à différents niveaux.

Nous allons rappeler brièvement dans un premier temps les effets du tabac sur la santé générale et dans un second les effets sur la cavité buccale.

➤ Conséquences du tabac sur la santé générale (d'après Perriot, 2003)

- *Cancers*

Broncho-pulmonaires (85% des cas), aérodigestifs (jusqu'à 90%), de la vessie (40%), du rein, du pancréas (30%)... 9 cancers sur 10 seraient favorisés par le tabac (Perriot, 2003).

- *Maladies cardiovasculaires*

Athérosclérose, pathologie coronarienne, artérite des membres inférieurs, infarctus du myocarde (IDM), accident vasculaire cérébral, mort subite

- *Maladies respiratoires*

Baisse de la capacité respiratoire, broncho-pneumopathies chroniques obstructives, asthme, infections du bas appareil respiratoire, pneumopathie sévère

- *Impact sur la sexualité et la reproduction*

Trouble de l'érection et de la spermogénèse chez l'homme. Chez la femme, baisse de la fécondité, complications pendant la grossesse pour la mère et le fœtus, ménopause précoce.

- *Autres*

Vieillesse cutané et teint grisâtre, retard de cicatrisation, altération des sens olfactifs et gustatifs, reflux gastro-oesophagiens, ulcères, cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge...

➤ Conséquence du tabac sur la cavité buccale (d'après Perriot, 2007 et Watt, 1999)

- Colorations dentaires, halitose, xérostomie
- Aggravation des maladies parodontales
- Mélanose du fumeur, ouranite tabagique
- Echec des thérapeutiques implantaires
- Retard de cicatrisation
- Langue villeuse noire, candidose buccale
- Leucoplasie
- Cancers buccaux

2.2.3 Les bénéfices à l'arrêt

Il peut être utile pour les patients d'insister sur les bénéfices à l'arrêt, qu'ils concernent leur santé ou non. Pour être plus clair, nous allons présenter les résultats dans plusieurs tableaux : le tableau 1 décrit les bénéfices sur la santé à long terme, le tableau 2 présente les bénéfices à court terme, et le tableau 3 présente d'autres bénéfices et avantages ne concernant pas la santé mais pouvant toutefois être décisifs pour le patient.

Tableau 1: Bénéfices de l'arrêt sur la santé à long terme (Perriot, 2003 et Dautzenberg, 2010)

Pathologie	Bénéfices de l'arrêt
Cancers broncho-pulmonaires	Baisse du risque de 50 à 90% en 15 ans dont 50% à 5ans
Cancers des VADS	Retour au risque non-fumeur en 10 ans. Risque des cancers des lèvres-bouche-pharynx égal au non-fumeur à 10 ans
Cancer du pancréas	Egal au non fumeur après 18 ans.
AVC	Retour au risque du non-fumeur en 1 an
Pathologie coronarienne	Baisse du risque d'IDM de 50% en 1an, égal au non-fumeur en 5à 20 ans.
Artérites des membres inférieurs	Baisse du risque de pontage, IDM Augmentation du périmètre de marche
BPCO	Baisse du risque de 50% en 15 ans, VEMS revient lentement à la normale
Asthme	Baisse de la fréquence et sévérité des crises, meilleure efficacité des traitements
Gynécologie	amélioration fécondité et fertilité, âge de la ménopause retardé

Tableau 2: Bénéfices de l'arrêt sur la santé à court terme (Dautzenberg, 2007)

Durée	Bénéfices
à 1 jour	Ralentissement du pouls, diminution de la pression artérielle, élimination de CO, meilleure oxygénation de corps
à 1 semaine	L'odorat et le goût reviennent, activité physique facilitée
à 1 mois	Encombrement bronchique et toux diminués, couleur de peau normale, activité physique très facilitée.

Tableau 3: Autres bénéfices à l'arrêt (ODQ, 2005)

Apparence physique	teint moins « malade », meilleure haleine, disparition de l'odeur de tabac froid, plus de colorations dentaires disgracieuses.
Financier	économie d'argent réalisée considérable pouvant être utilisée pour d'autres choses : en considérant un prix de 5,90 euros par paquet, pour un fumeur d'un paquet par jour, l'économie réalisée est de 41 euros par semaine, 180 euros par mois, et 2150 euros par an !
Social	Bonne image et bon exemple pour son entourage, sa famille et ses enfants, protection de son entourage du tabagisme passif, maison plus saine et sans odeur de tabac froid.

2.3 ASSESS : évaluer la volonté et la motivation à l'arrêt

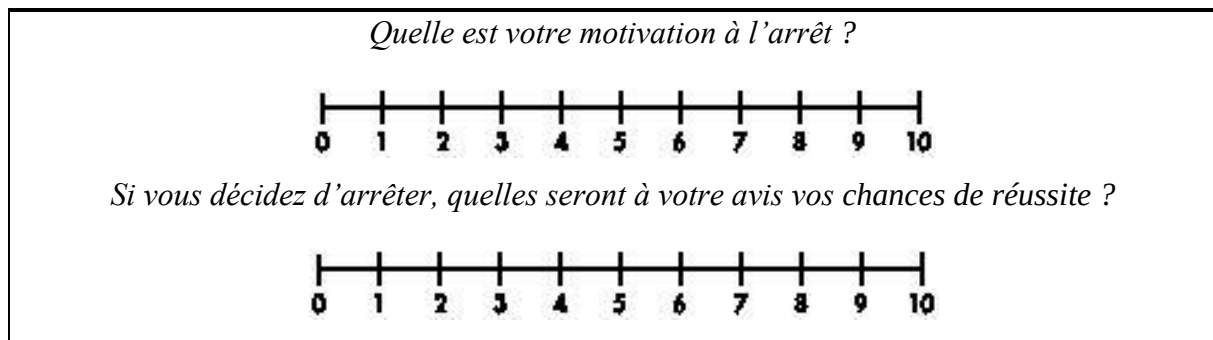
Face à un patient fumeur, il est utile de déterminer avant toute action sa position par rapport au tabac afin d'adapter notre conduite. Pour cela nous pouvons évaluer sa motivation à l'arrêt ainsi que son stade de préparation au changement d'après le cycle de Prochaska. Cela nous permettra de distinguer trois catégories de patients, qui seront alors abordées de manières différentes :

- Les patients non motivés à l'arrêt
- Les patients hésitants
- Les patients motivés

2.3.1 Evaluation de la motivation à l'arrêt

L'évaluation de la motivation peut se faire de façon très simple et rapide. Il existe pour cela différents tests. De simples échelles analogiques visuelles (figure 13) peuvent déjà permettre d'avoir une idée de cette motivation.

Figure 13: Exemple d'échelle visuelle analogique (Martinet et coll, 2007)



Il existe d'autres tests plus précis permettant d'évaluer la motivation. Un des tests le plus utilisé est le test de Légeron et Lagrue (2001). Il se présente sous forme de quatre questions rapides :

1. Pensez-vous que dans 6 mois :

- | | |
|--|---|
| ✓ Vous fumerez toujours autant | 0 |
| ✓ Vous aurez diminué un peu votre consommation | 2 |
| ✓ Vous aurez beaucoup diminué votre consommation | 4 |
| ✓ Vous aurez arrêté de fumer | 8 |

2. Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?

- | | |
|---------------|---|
| ✓ Pas du tout | 0 |
| ✓ Un peu | 1 |
| ✓ Moyennement | 2 |
| ✓ Beaucoup | 3 |

3. Pensez-vous que dans 4 semaines :

- | | |
|--|---|
| ✓ Vous fumerez toujours autant | 0 |
| ✓ Vous aurez diminué un peu votre consommation | 2 |
| ✓ Vous aurez beaucoup diminué votre consommation | 4 |
| ✓ Vous aurez arrêté de fumer | 6 |

4. Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer ?

- | | |
|----------------|---|
| ✓ Jamais | 0 |
| ✓ Quelquefois | 1 |
| ✓ Souvent | 2 |
| ✓ Très souvent | 3 |

Résultats :

- **0 à 6 points** : motivation insuffisante
- **7 à 13 points** : motivation moyenne
- **Plus de 13** : bonne ou très bonne motivation

2.3.2 Détermination du stade de préparation au changement du patient

Tout fumeur parcourt au fil des années un cycle dit « de Prochaska » (figure 14) au cours duquel la motivation évolue et se renforce peu à peu (Prochaska et Diclemente, 1998). Il convient donc de déterminer le stade auquel se situe le patient. Ce cycle a d'abord été décrit pour l'alcool, mais s'applique parfaitement au tabac.

2.3.2.1 *Les six étapes*

Ce cycle peut être parcouru dans des délais très variables. Environ deux tiers des patients passent par ce cycle, alors qu'un tiers des fumeurs s'arrête spontanément sur un coup de tête, sans suivre ce schéma (Dautzenberg, 2010). Dans ce cycle, nous retrouvons six stades qui s'enchainent :

- **La pré-intention : fumeur satisfait**

La personne n'envisage pas de changer son comportement dans les six prochains mois. Le fumeur est heureux ainsi et n'a aucune intention d'arrêter. On parle ici de fumeur consonnant, ce qui représente environ 40% de cette population (Perriot 2007).

- **L'intention : envisage de s'arrêter**

Le fumeur voit toujours des avantages à fumer mais commence à en percevoir les inconvénients. Il envisage d'arrêter un jour mais ne fixe pas encore de date. Nous arrivons ici dans une phase de tabagisme dissonant, concernant 40% des fumeurs.

- **La préparation : décide de s'arrêter**

La décision est prise et la personne se prépare au changement. Elle demande conseil, recherche des informations ...Le fumeur est prêt à l'arrêt, ce qui représente environ 20% de la population fumeuse. Il fixe une date et organise son arrêt.

- **L'action**

C'est une période au cours de laquelle la personne modifie ses habitudes. Cela lui demande beaucoup d'attention et d'énergie au quotidien.

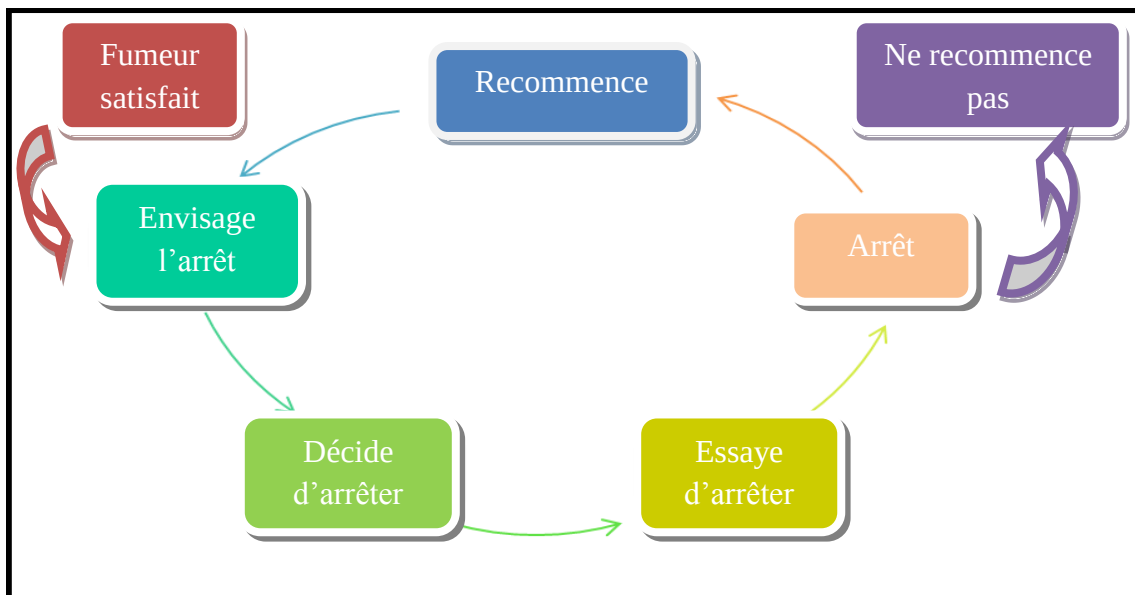
- **Le maintien**

Il s'agit alors d'éviter les rechutes. L'effort à fournir est moins intense, la personne a davantage confiance en ses capacités. Cependant les rechutes restent fréquentes. La majorité des personnes doivent faire plusieurs tentatives avant de réussir.

- **La résolution : ne recommence pas**

C'est le moment où la personne n'a plus jamais la tentation de revenir à un comportement antérieur, même quand elle est stressée, anxieuse, déprimée ou en colère. De plus, elle est tout à fait convaincue qu'elle ne rechutera pas.

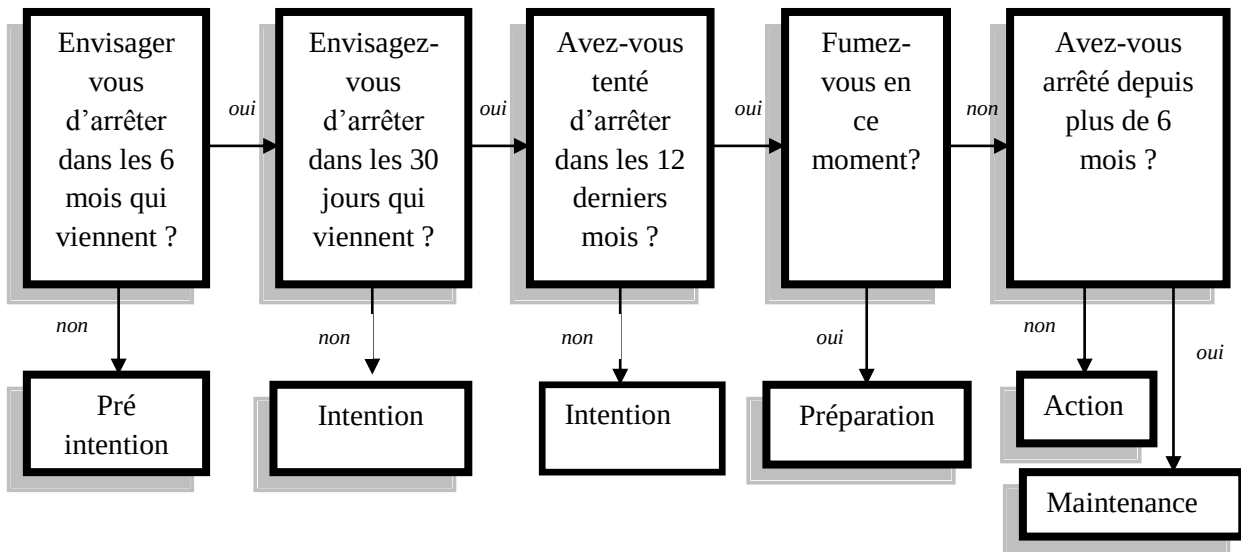
Figure 14 : Le cercle de préparation au changement (Prochaska et Di Clemente, 1998)



2.3.2.2 Evaluation du stade de préparation au changement

L'identification du stade du patient peut se faire grâce à un arbre décisionnel, une série de question en oui/non (figure 15).

Figure 15 : Détermination du stade du cycle de Prochaska (Prochaska et Di Clemente, 1998)



2.3.3 Prise en charge d'un patient non motivé

Un patient n'ayant aucune motivation à l'arrêt (environ 40% des fumeurs), ne se préoccupant pas de son tabagisme ne sera pas réceptif à nos arguments. Il est donc inutile d'entreprendre des démarches trop conséquentes car les résultats ne seront pas au rendez-vous (Martinet et coll, 2007). Bien évidemment en tant que professionnels de santé, nous avons tout de même le devoir d'en parler et de ne pas passer sous silence le tabagisme des patients. Notre démarche restera limitée.

Toutefois si ces patients font partis des catégories à risques (voir 1.1.4), nous ne pourrions pas nous contenter de brefs conseils, car il est important pour eux d'arriver à un sevrage quasi immédiat ou tout du moins à une réduction de la consommation (voir 1.3.4.2). Il est nécessaire pour cela de brûler certaines étapes.

2.3.3.1 *Le conseil minimal*

Comme son nom l'indique, le conseil minimal est l'intervention minimale qui doit être réalisée systématiquement auprès de tous nos patients fumeurs, et cela sans exception. Il repose sur deux questions très simples: *Fumez-vous ? Si oui, Avez-vous l'intention d'arrêter ?* Si la réponse est non, nous réaliserons une brève intervention pour le motiver, en lui donnant de la documentation et en lui proposant de rester à sa disposition si toutefois il change d'avis.

En général, le praticien demande uniquement à son patient s'il fume. Le fait de demander en plus de cela si un arrêt est envisagé permet déjà chez certains patients de créer un déclic. Lorsque le patient s'entend poser cette question par un professionnel de santé, il prend d'autant plus conscience que son tabagisme est un réel problème pour sa santé et qu'il devrait arrêter.

L'efficacité de ce conseil minimal a été démontrée dans plusieurs études, les patients ayant eu droit à celui-ci sont plus prédisposés que les autres à arrêter de fumer. Selon les estimations, il augmente de 2% à 5% les arrêts chez les fumeurs.

2.3.3.2 *Faire naître une dissonance : la règle des « 5 R »*

Ces patients font donc partis de la population ayant un tabagisme consonnant (voir 1.3.2). Tant qu'ils ne prennent pas conscience du problème réel que représente le tabac, ils ne montreront aucune envie d'arrêter, et sans motivation de leur part aucun sevrage ne sera réalisable. En tant que professionnel de santé notre rôle sera alors de les amener au stade d'intention et de préparation (voir cycle de Prochaska), en faisant apparaître plus rapidement cette dissonance nécessaire vis-à-vis du tabac.

En effet la motivation est l'élément clé d'un sevrage tabagique, elle doit être personnelle. Cependant le praticien peut contribuer à la renforcer au fil des consultations. Pour cela, des brefs rappels sur les méfaits, les risques ou les bénéfices d'un arrêt peuvent être faits. N'oublions pas que nous sommes en face de patients qui n'éprouvent aucun désir de sevrage, qui ne sont pas venus pour leur problème de tabagisme et qui n'ont donc pas réellement envie d'en entendre parler. C'est pourquoi il ne faut pas trop insister, donner des informations brèves, non moralisatrices, voire décalées et humoristiques.

Cet entretien motivationnel peut s'appuyer sur la règle des « 5R » développé par le *National Cancer Institute* aux USA (Fiore et coll, 2008) et adopté également par l'AFSSAPS dans ses recommandations de 2003 :

➤ **Relevance ou pertinence**

Encourager le patient à donner des raisons personnelles qui pourraient le motiver à arrêter. Les motivations et les arguments sont toujours plus pertinents lorsqu'ils sont en rapport direct avec la situation du patient.

➤ **Risks**

Aider le patient à identifier les risques et les conséquences néfastes potentielles ou avérées de sa consommation à court et à long terme. Il faudra aussi préciser que les cigarettes « légères », qu'une consommation même faible, ou que le tabac consommé autrement que les cigarettes (pipe ou cigare) ne suppriment pas ces risques. On insistera davantage sur les pathologies dues au tabac déjà présentes chez le patient.

➤ **Rewards ou récompenses**

Demander au fumeur d'identifier les bénéfices liés à l'arrêt du tabac. Le praticien peut en suggérer quelques uns, en les adaptant à la situation et en insistant sur ceux qui concernent directement le patient. Nos interventions doivent toujours être ciblées vers le patient.

➤ **Roadblocks ou résistance**

Demander au fumeur d'identifier les obstacles ou les freins à l'arrêt, ce qui permettra de déterminer une stratégie thérapeutique pouvant les pallier. Nous retrouvons généralement la crainte du syndrome de sevrage, la peur d'échouer, de prendre du poids, de la dépression...

➤ **Repetition**

Ces interventions doivent être répétées un maximum de fois pour être efficaces, dans l'idéal à chaque consultation.

2.3.4 Prise en charge d'un patient hésitant

Ces patients sont au stade d'intention dans le cycle de Prochaska. Le but est de les amener au stade de préparation. Cela concerne environ 40% des fumeurs. Ils commencent à entrevoir les inconvénients du tabagisme, mais les avantages sont encore trop présents pour envisager un sevrage imminent. Notre rôle pour ces patients va donc être de renforcer leur motivation, d'augmenter davantage cette dissonance naissante, et de faire peser la balance vers les inconvénients plutôt que vers les avantages.

Pour cela la méthode des « 5 R » décrite au paragraphe précédent est tout à fait indiquée. Nous pouvons développer davantage nos arguments car nous sommes ici en présence de patients plus réceptifs à notre discours que ceux non motivés. Un autre type d'entretien motivationnel consiste à leur demander de décrire les avantages et les inconvénients dans le fait de fumer et d'arrêter, ce que nous allons décrire au paragraphe suivant. Il est également possible de proposer à ces patients qui ne sont pas prêts à un sevrage immédiat une stratégie de réduction de la consommation.

2.3.4.1 *Le bilan des avantages et des inconvénients*

Dans cette démarche, quatre questions sont posées au patient. Nous retrouvons souvent des réponses semblables pour la majorité d'entre eux. Puis le praticien va reprendre et reformuler ce qu'a dit le patient. Nous poserons d'abord les questions qui expriment l'avantage à fumer, puis les questions exprimant l'avantage à l'arrêt (Dautzenberg, 2010).

1. Quels sont les avantages à fumer ?

Bien qu'étant un produit dangereux, le tabac peut procurer un réel plaisir. Les professionnels de santé doivent accepter ce paradoxe pour comprendre leurs patients. Les avantages décrits proviennent de la dépendance comportementale ou de l'effet pharmacologique de la nicotine sur l'organisme. Les réponses régulièrement retrouvées à cette question sont :

- La cigarette pour se détendre après une situation de stress
- La convivialité des cigarettes partagées entre amis

- La cigarette pour fêter une bonne nouvelle
- La cigarette avec le café qui est décrite comme une obligation
- La cigarette du matin, la plus importante pour les plus dépendants.

2. Quels sont les inconvénients à arrêter de fumer ?

- Prendre du poids
- Peur des effets secondaires des médicaments d'aide
- Peur de l'échec
- Peur du syndrome de manque
- Peur de ne plus savoir gérer ses émotions et son stress

3 . Quels sont les inconvénients à fumer ?

Les fumeurs doivent trouver des arguments qui leur sont propres, qui ne sont pas forcément logiques et qui ne correspondent pas forcément aux arguments standards. Mais il faut les respecter car leur argumentaire personnel sera toujours bien plus efficace.

- Odeur de tabac froid en permanence qui dérange les autres
- Ma famille n'aime pas que je fume et me demande d'arrêter
- Je suis fatigué, essoufflé
- Je dois subir une intervention chirurgicale, la cicatrisation sera difficile si je fume
- J'ai peur d'avoir un cancer ou une autre maladie liée au tabac

4. Quels sont les avantages à arrêter de fumer ?

- Améliorer sa qualité de vie
- Augmenter son espérance de vie
- Ne plus sentir le tabac
- Faire des économies
- Avoir meilleur mine
- Améliorer sa condition physique
- Se libérer d'une dépendance, être libre

Après avoir posé ces questions, le praticien va reprendre et reformuler ce qu'a dit le patient. Cela permet souvent aux patients de prendre conscience qu'il y a bien peu d'avantages à

fumer, en comparaison à la longue liste d'inconvénients qui en ressort. Cela va les amener petit à petit à s'apercevoir que le tabac n'a plus d'intérêt.

2.3.4.2 *Stratégie de réduction de la consommation* (Prignot, 2006)

Face à des patients encore très réticents à arrêter, ne se sentant pas encore prêts à sauter le pas, nous pouvons proposer une stratégie de réduction de la consommation. En effet, il est plausible que cela permette de diminuer les risques encourus, tout en gardant à l'esprit qu'une consommation même faible de tabac n'est jamais sans risque. Cependant les études actuelles sont insuffisantes pour affirmer l'existence réelle de cette diminution des risques. La réduction de la consommation n'est pas un but ultime, elle doit rester temporaire en attendant un sevrage définitif. Elle doit toujours bien être considérée comme une alternative temporaire à l'arrêt définitif.

Dans certains cas, cela peut également motiver les patients à arrêter totalement. En effet, en voyant qu'ils sont capables de limiter leur consommation sans trop de difficultés, ils prennent confiance en eux et se sentent alors prêts à envisager un sevrage total. Environ 30% des fumeurs passent par une limitation de leur consommation avant un sevrage complet (Prignot, 2006). Les chances d'arrêt ultérieur sont plus importantes chez les personnes ayant diminué leur consommation, d'autant plus si cela a été doublé d'une prescription médicamenteuse.

Classiquement on parle de réduction tabagique lorsque la consommation est au minimum divisée par deux (Dautzenberg, 2010). Quand un patient dépendant limite sa consommation de cigarettes, il aura tendance à adapter de manière consciente ou non sa façon de fumer (bloquer les pores du filtre, mégots plus courts, apnée plus longue..) et à prendre des bouffées deux ou trois fois plus profondes, en absorbant alors plus de nicotine et de produits toxiques qu'en tant normal pour pallier la sensation de manque. On parle ici de phénomène de compensation. C'est pourquoi bien souvent, même avec une réduction de la consommation de 50%, la nicotémie et la quantité de CO expirés restent identiques.

Pour faire face à ce problème, il est recommandé d'associer cette réduction à un traitement médicamenteux par substituts nicotiques pour les fumeurs dépendants (Bolliger et coll, 2000). Jusqu'en 1999, il était déconseillé de les associer, les médecins conseillaient aux patients d'enlever les patchs lorsqu'ils fumaient. Cela n'était en réalité qu'une précaution liée

au manque d'études réalisées en ce sens. Aujourd'hui il est recommandé d'associer les substituts nicotiniques à la réduction de la consommation et de préférence sous forme orale (gomme ou inhaleur) (Dautzenberg, 2010).

Cette stratégie de réduction tabagique avec substituts nicotiniques ne devra donc être proposée qu'en deuxième intention, chez les fumeurs qui ne veulent ou ne peuvent pas s'arrêter de fumer complètement. Elle peut être particulièrement utile chez les patients présentant des situations à risques, chez qui il est impératif d'agir. Mais elle doit rester une alternative temporaire, une étape intermédiaire en vue d'un sevrage ultérieur et ne doit surtout pas être perçue par les patients comme une alternative saine et équivalente à un arrêt total. Une tentative de sevrage complet doit être refaite au bout de 6 mois de réduction.

2.3.5 Prise en charge d'un patient motivé à l'arrêt

Ces patients se situent dans le stade de préparation. Ils sont déterminés et motivés, nous allons les aider et les soutenir dans leur démarche. Nous passons donc aux étapes suivantes dans la stratégie des « 5 A », c'est-à-dire Assist et Arrange, ce que nous allons développer.

2.4 ASSIST : aider dans la démarche d'arrêt

Un patient qui décide d'arrêter de fumer va devoir changer une grande partie de son mode de vie. Pour y parvenir il doit se fixer des règles et des obligations. On définit trois éléments primordiaux pour optimiser les chances de succès: la motivation du patient, la prescription médicamenteuse et l'accompagnement psychologique après l'arrêt.

2.4.1 Préparer le patient à l'arrêt

2.4.1.1 Un mot d'ordre : la motivation

La motivation personnelle du patient est l'élément central de la réussite de l'arrêt. Même si elle est très forte au départ, cette motivation peut facilement s'atténuer au fil des semaines ou des mois, à cause des difficultés résultantes du sevrage. C'est pourquoi il est très important pour les professionnels de santé de renforcer et d'entretenir continuellement cette motivation.

Les méthodes décrites en 2.3.3 et 2.3.4, la méthode des « 5R » ou le bilan des avantages et des inconvénients à fumer restent tout à fait valables dans ce cas, tout en remémorant toujours au patient les avantages que le sevrage lui procurera, et la fierté qu'il en ressentira. Il est important de féliciter et d'encourager continuellement le patient. Il peut s'avérer très utile de convaincre le conjoint d'arrêter également, car la motivation sera bien plus forte à deux.

2.4.1.2 Rompre avec les automatismes

Après des années de tabagisme, la cigarette est devenue un réel réflexe. Pour arrêter, il est nécessaire de casser ces automatismes et les rituels devenus inconscients avec le temps et de les remplacer par des nouveaux. C'est le principe même des thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Ces thérapies sont officiellement reconnues comme très efficaces et admises unanimement dans l'aide au sevrage tabagique. Ces thérapies visent à modifier les automatismes du patient pour renforcer sa motivation, en se basant sur les caractéristiques du comportement du fumeur. Elles permettent également d'élaborer des stratégies de résistance pour les situations à risques. Malheureusement ces thérapies sont encore très peu accessibles en France, cependant les professionnels de santé peuvent aisément mettre en œuvre certains éléments (Martinet et coll, 2007).

La période précédant la date d'arrêt peut être utilisée pour commencer à modifier ses habitudes. Il peut s'avérer très utile de proposer au patient d'établir un planning par écrit de sa consommation quotidienne, sur laquelle figureront l'heure et les circonstances dans lesquelles les cigarettes sont fumées. Cela lui permettra d'analyser les situations à risques où l'envie de fumer est forte ce qui lui permettra de les éviter par la suite (Lemaitre et coll, 2005). Les cigarettes peuvent être consommées dans de nombreuses situations particulières : moment de stress, de convivialité avec l'entourage, de détresse, ou simplement les cigarettes rituelles ou mécaniques. Prendre conscience de ces situations permet de les éviter, ou de les surmonter plus facilement en élaborant des stratégies de compensation.

Nous pouvons donner à notre patient plusieurs conseils simples qui lui permettront de modifier ses automatismes plus facilement et donc de rendre l'arrêt futur plus accessible :

- Retarder de quelques minutes la prise d'une cigarette lorsque l'envie se fait sentir, ce qui permet de contrôler sa consommation
- Dissocier la prise du café et de la cigarette, voire arrêter la consommation de café

- Eviter l'alcool qui favorise la consommation de tabac et qui peut entraîner des pertes de contrôles de soi
- Passer du temps dans des lieux où il est interdit de fumer
- S'interdire de fumer dans certaines situations (à la maison, dans la voiture,...)
- S'occuper les mains en exerçant des travaux manuels
- Faire du sport

2.4.2 Rassurer le patient sur ses craintes habituelles (Martinet et coll, 2008)

Un patient souhaitant arrêter de fumer estime rarement ses chances de réussite au delà de 5 à 7 sur 10. Plusieurs craintes, pour la plupart communes à tous les fumeurs en sont responsables. Il est souhaitable de repérer ces craintes pour pouvoir les surmonter et rassurer le patient.

➤ La peur de l'échec

Cette peur de l'échec est très fréquente. Elle est basée sur l'expérience passée du patient (tentative d'arrêt échouée) ou sur celle de proches. Les patients ont en effet bien conscience de la forte dépendance à la nicotine et de leurs habitudes nocives développées avec le temps qui sont très difficiles à supprimer. Il est important de leur faire comprendre que ce doute est justifié, et traduit une bonne perception du problème. Il peut être intéressant à ce moment de parler des rechutes et de les dédramatiser. (voir 2.4.4)

➤ La peur du syndrome de sevrage

Ce syndrome de manque dû à un taux insuffisant de nicotine se traduit par plusieurs signes comme une irritabilité, une agressivité, une anxiété, une envie irrésistible de fumer qui peut persister jusqu'à 6 mois ou plus... Toutefois ces signes sont très présents dans les premières semaines mais s'estompent progressivement. De plus des traitements médicamenteux adaptés peuvent considérablement réduire ces symptômes voire les rendre inexistants.

➤ Perte du plaisir de fumer

Une grande partie des fumeurs reconnaissent ressentir un réel plaisir lors de la consommation de certaines cigarettes de la journée, qui sont les plus difficiles à abandonner. Il faut savoir que ce plaisir est essentiellement dû au manque qui s'est installé après quelques heures suite à la chute du taux de nicotine, qui va être comblé par la prise d'une cigarette. Cela amène certains patients à revoir leur décision et à vouloir continuer à fumer ces quelques cigarettes « plaisir », soit deux ou trois dans la journée. Il est nécessaire alors de les mettre en garde et de leur rappeler qu'un sevrage ne peut être réussi que si un arrêt total est envisagé. Rappelons aussi qu'un tabagisme même faible reste toujours nocif, il n'y a pas de seuil en dessous duquel les dangers sont inexistantes. De plus, la durée du tabagisme plus que l'intensité est un facteur déterminant dans l'apparition des cancers du poumon. Enfin, un phénomène de compensation (voir 2.3.4.2) annule une grande partie des bienfaits associés à une réduction de la consommation.

➤ La gestion du stress

La cigarette est souvent utilisée pour aider à contrôler les sensations désagréables de stress. On observe régulièrement des automatismes mis en place, entraînant une consommation réflexe dans certaines situations pénibles. Il est important de leur faire remarquer que la cigarette n'a en rien supprimé le facteur stressant. Il est impératif d'élaborer une nouvelle stratégie de gestion du stress pour éviter des rechutes dans ces conditions : une activité manuelle, faire une marche, boire un verre d'eau, prendre des inspirations profondes, ... De plus, l'arrêt du tabac bien mené diminue le stress physiologique puisque cela va ralentir la fréquence cardiaque, améliorer le sommeil et augmenter la capacité d'utilisation de l'oxygène par l'organisme (Lemaitre et coll, 2005).

➤ La prise de poids

Cela peut présenter un problème et une crainte majeure dans la volonté d'arrêt des consommateurs. C'est un frein à l'arrêt pour 22% des fumeurs (INCa, 2011) Même si un tiers des fumeurs qui arrêtent ne prennent pas de poids, la prise de poids moyenne est de 2,8 kg pour l'homme et 3,8 kg pour la femme. Cela s'explique par l'action de la nicotine, qui majore

la lipolyse et réduit la lipogenèse, augmente les dépenses caloriques d'une dizaine de calories par cigarette et possède un effet anorexigène (INCa, 2011).

De plus les sensations de manque de nicotine peuvent déclencher des fringales et une attirance accrue pour les aliments sucrés. Le fait de manger peut également être une façon de s'occuper les mains, de passer le temps et de surmonter son envie de fumer. C'est pourquoi on peut observer des prises de poids supérieures à 13 kg pour 10% des femmes et 14% des hommes. Des conseils hygiéno-diététiques doivent être fournis au patient. Il ne s'agit pas de mettre en place un régime, mais d'apporter une alimentation saine, variée et équilibrée : ne pas sauter de repas, éviter les grignotages, limiter les boissons sucrées, les graisses et l'alcool, faire du sport...

➤ La relation avec l'entourage

L'environnement joue un rôle particulier dans l'envie de fumer. Certaines cigarettes que l'on peut nommer cigarette de convivialité sont consommées dans certaines situations festives, avec des amis, des collègues, le conjoint, et correspondent à des moments de joie pour le fumeur. Renoncer au tabac c'est aussi renoncer à ces petits moments de convivialité passés avec son entourage autour d'une cigarette. La difficulté est également très présente dans le cas de couple fumeur, lorsqu'un des deux souhaite arrêter. Il est impossible de forcer l'autre personne à arrêter si elle n'en ressent pas la motivation, mais elle devra cependant modifier quelque peu ses habitudes pour faciliter l'arrêt de son conjoint.

➤ Peur de la dépression

Comme nous l'avons vu en 2.1.4.3, il existe une relation entre tabac et dépression. La crainte de voir apparaître un épisode de dépression chez certains fumeurs est fréquente, surtout chez ceux ayant connu des passages de dépression par le passé ou actuellement. C'est pourquoi des antécédents d'épisodes dépressifs doivent toujours être recherchés chez les patients, et le sevrage doit être envisagé uniquement lorsque cette pathologie est prise en charge.

2.4.3 Prévenir des difficultés (Lemaitre et coll, 2005)

Un sevrage ne se fait pas sans difficultés et sans quelques effets secondaires, même en cas de motivation forte et de traitements adaptés. Il est important de prévenir le patient de ces situations difficiles pour lui permettre de mieux les appréhender et les gérer.

➤ La consommation d'alcool et de café

Comme nous l'avons dit plus haut, ces deux substances entraînent un fort désir de fumer. Pour faciliter le sevrage dans les premiers temps, il peut être utile de limiter très fortement leur utilisation. Cela peut aussi donner l'occasion au passage de faire un point sur sa consommation d'alcool.

➤ Les troubles de la concentration

On peut observer chez certains patients des troubles importants de la concentration, pouvant être très invalidants, allant jusqu'à créer des véritables « blancs ». Ces perturbations ne restent cependant que transitoires, de quelques jours à quelques semaines et pourraient être atténuées par la prise de vitamine C. Cela peut parfois nécessiter de revoir la date d'arrêt (en cas d'examen proche par exemple).

➤ Constipation

L'arrêt du tabac peut entraîner une modification du transit intestinal de façon passagère, essentiellement chez les personnes déjà prédisposées à ce problème. Cela peut être atténué avec des mesures hygiéno-diététique adaptées : faire du sport, manger des légumes, des fruits et des aliments riches en fibres, et boire beaucoup d'eau.

➤ Craving

Ce terme désigne une envie impérieuse de fumer pour le patient. C'est une urgence de cigarette, une pulsion irrésistible qui s'impose à l'ex fumeur. Cela s'accompagne de réactions physiques pouvant être très violentes comme des malaises, des sueurs, une sensation de boule

dans la gorge ou de nœud à l'estomac. Ces épisodes durent 2 à 3 minutes. Cependant les traitements médicamenteux adaptés diminuent fortement la fréquence et l'intensité de ces crises.

➤ Les troubles du sommeil

C'est un symptôme de sevrage classique chez le patient qui arrête seul sans traitement. On observe une diminution de la durée globale et de la qualité du sommeil, avec une augmentation des éveils nocturnes. Cela peut également être mieux vécu grâce aux traitements de substitution. Il faut tout de même savoir qu'un fumeur a un plus mauvais sommeil qu'un non-fumeur. On observe chez eux une diminution du sommeil lent profond et une augmentation du sommeil paradoxal.

2.4.4 Prévenir les rechutes

Les rechutes lors d'une tentative d'arrêt sont très fréquentes et font parties intégrantes du processus du tabagisme. Seulement 5 à 10 % des fumeurs qui entreprennent une démarche d'arrêt sans aide y parviennent. (American Psychiatric Assoc, 1996). Ce risque de rechute est très fréquent dans les premiers mois puisque 60 à 90% des fumeurs rechutent dans les 12 premiers mois. Ce risque passe de 2 à 4% dans les 2 à 6 ans suivants, puis à 1% après 10 ans. (Martinet et coll, 2007). Une grande majorité des patients doivent entreprendre plusieurs tentatives d'arrêt avant d'y parvenir, en moyenne 3 à 4 (Dautzenberg, 2010). Ces rechutes restent souvent inévitables, même avec une prise en charge adéquate. Il a été démontré que le taux de rechute est indépendant de la prise en charge. Une étude menée chez un groupe de patients parfaitement suivi et aidé dans sa démarche d'une part, et un autre n'ayant bénéficié d'aucune aide spécifique d'autre part, a montré qu'il y avait 50% de rechutes entre 3 et 12 mois dans les deux groupes (Dautzenberg, 2010).

Il est important de prévenir le patient de ces risques de rechute. Il doit en être conscient afin de dédramatiser si cela se produit, de ne pas être surpris et surtout de ne pas perdre confiance en lui, se sous-estimer ou se démotiver. Cela permet également au patient de prévenir au maximum ces récurrences et de savoir réagir lorsqu'elles se produisent. Il faut bien faire comprendre que les rechutes ne sont pas pour autant une fatalité, mais une possibilité. Elles ne doivent pas être vécues comme un échec. Rechute n'est en effet pas synonyme d'échec,

puisqu'on parle d'échec lorsque la reprise se fait avant 3 mois d'arrêt et de rechute lorsqu'elle survient plus tard (Dautzenberg, 2010).

Face à un patient ayant déjà arrêté et récidivé plusieurs fois, il est très important d'analyser et de déterminer les circonstances des rechutes, afin de les prévenir au maximum pour la suite et de ne pas refaire les mêmes erreurs. Les principales causes retrouvées sont les symptômes de sevrage, les symptômes dépressifs, le gain de poids, la perte de motivation ou encore une mauvaise adhérence au traitement.

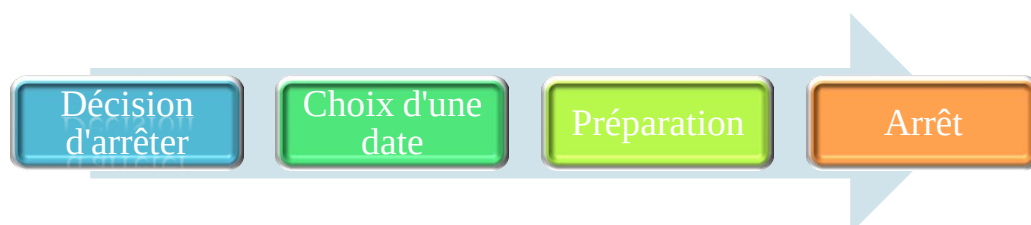
2.4.5 Etablir une stratégie avec le patient

2.4.5.1 *Fixer une date d'arrêt*

Fixer une date d'arrêt solennelle n'est pas une obligation mais peut être un élément fort pour de nombreux fumeurs. Il faut leur laisser choisir une date et la respecter. Certains préféreront un début de semaine, d'autres un début de week end, un départ en vacances ou la reprise du travail... Tout est fonction de leurs habitudes tabagiques et de ce qui sera le plus facile pour eux.

Il peut être profitable pour le patient de laisser un peu de temps s'écouler entre le jour où il décide d'arrêter et la date d'arrêt. Pendant cette période il peut alors se préparer (figure 16), faire son deuil de la cigarette et commencer à s'imaginer non-fumeur, changer petit à petit ses habitudes (confère 2.4.1.2), se préparer aux difficultés et faire le point sur son activité physique et son alimentation (Dautzenberg, 2010).

Figure 16: Evolution du patient jusqu'à l'arrêt



2.4.5.2 *Envisager une prescription médicamenteuse*

Certains patients sont capables d'arrêter de fumer sans aucune aide médicamenteuse, généralement pour les moins dépendants. Pour les personnes moyennement ou fortement dépendantes, il est préférable d'envisager une prescription. Cela permettra de mieux gérer les sensations et les syndromes de manque, ce qui rendra le sevrage plus facile. En France, trois traitements médicamenteux ont reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour l'indication « aide au sevrage tabagique : les substituts nicotiniques transdermiques ou oraux, le bupropion et la varénicline (INCA, Mai 2011).

Le choix se fera en fonction de la situation, de la préférence du patient, des tentatives et des échecs précédents, et des contre-indications de chaque produit. Tous les traitements disponibles sont récapitulés dans l'annexe 3.

Cependant l'utilisation seule de ces traitements ne suffit pas à offrir une prise en charge optimale du patient, puisqu'un suivi et un accompagnement psychologique restent des éléments clés pour augmenter les chances de succès.

2.4.5.2.1 Les substituts nicotiniques (AFSSAPS, 2003)

Il s'agit là d'un abus de langage. En effet ces traitements libère de la nicotine dans l'organisme, ce ne sont pas donc des substituts nicotiniques à proprement parler, mais plutôt des substituts de cigarettes. Ce sont les premiers traitements qui ont été mis en place. Les premières gommes à mâcher sont apparues en 1986. Ils ne sont plus soumis à prescription depuis 1999 et sont en vente libre. Depuis le 1^{er} Février 2007, l'assurance maladie propose une prise en charge de 50 euros par an et par bénéficiaire, à condition de disposer d'une prescription d'un médecin. Les précisions sont disponibles sur le site de l'assurance maladie, www.ameli.fr.

➤ Les formes galéniques disponibles (figure 17)

Il existe deux formes principales de substituts nicotiniques qui sont les dispositifs transdermiques ou patchs et les formes orales.

- *Les patchs*

Ils sont disponibles sous différentes doses, définies par leur concentration en nicotine et leur durée d'action. L'élément important est le débit par heure de nicotine. Chaque marque de patch a une cinétique de délivrance de nicotine quelque peu différente, ce qui permet de moduler le traitement. Il existe six dosages de patch récapitulés dans le tableau 4.

Tableau 4: Equivalence des patchs 16h et 24h (Dautsenberg, 2010)

	16 heures	24 heures	Débit de nicotine
Petit	5 mg	7 mg	0,3 mg/h
Moyen	10 mg	14 mg	0,6 mg/h
Grand	15mg	21 mg	0,9 mg/h

- *Les substituts oraux*

Ils sont commercialisés sous de nombreuses formes et doses, en gommes à mâcher, pastilles sublinguales, inhaleurs ou comprimés à sucer. A cause de leurs effets secondaires importants (irritation nasale et dépendance possible), les sprays nasaux ne sont disponibles que dans certains pays sur prescription, mais pas en France.

-*Les gommes à mâcher* : sous forme de 2mg et 4mg avec différents goûts (menthe, cannelle, réglisse...)

-*Comprimés à sucer* : en dose de 1 mg, 1,5 mg, 2,5 mg, 4 mg suivant les marques, avec différents goûts possibles.

-*Comprimés sublinguaux* : en dose de 2 mg, ils n'ont pas de goût. Ils sont relativement semblables aux comprimés à sucer.

-*L'inhaleur* : un tube en plastique dans lequel on introduit une cartouche contenant 10mg de nicotine

Figure 17: les formes galéniques des substituts nicotiniques

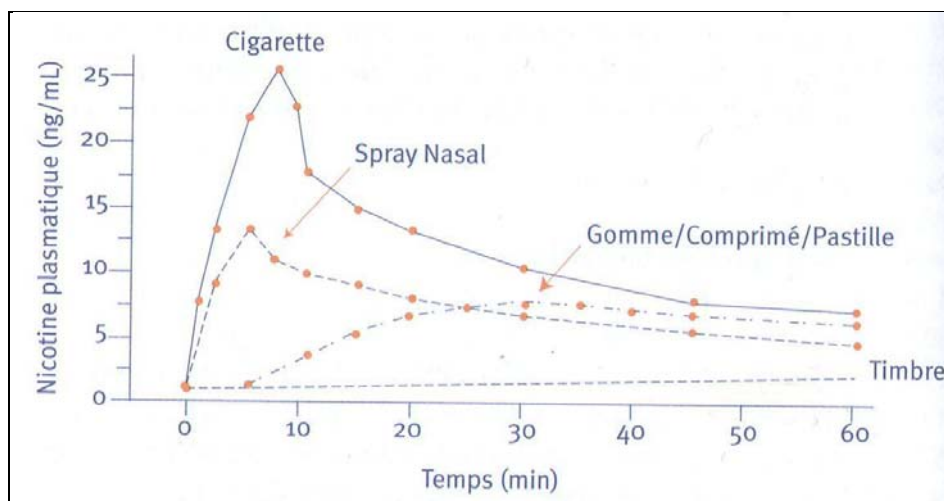


➤ Mode d'action et utilisation

Comme nous l'avons vu dans la première partie, lors de la consommation d'une cigarette, la nicotine absorbée au niveau alvéolaire atteint le cerveau en 7 secondes sous forme de « shoots ». C'est bien ce phénomène de « shoot » qui est responsable en grande partie de la dépendance. Cela va non seulement saturer et activer les récepteurs à l'acétylcholine nicotiques mais également les stimuler et les surexciter. En réaction à ces pics de nicotine, l'organisme va alors désensibiliser ces récepteurs et en synthétiser de nouveaux. Ainsi chaque cigarette va renforcer le besoin de fumer la suivante. De plus, ces récepteurs nicotiques situés partout dans le corps, sont très présents dans le système limbique, comprenant le « système de récompense ». La nicotine se fixant aux récepteurs de cette zone favorise la libération de dopamine qui s'exprime par un certain plaisir chez le fumeur, ce qui renforce ensuite son comportement tabagique.

Les substituts nicotiques délivrent quant à eux également de la nicotine mais de façon plus lente, progressive et continue que la cigarette sans créer de pics (figure 18). Cela permet alors de saturer et d'activer les récepteurs sans les stimuler ni les surexciter, ce qui va avoir deux effets : diminuer le nombre de récepteurs nicotiques et supprimer l'effet de manque. Ils permettent donc progressivement la diminution du nombre de récepteurs, qui reviennent à un taux normal après trois à six mois de substitution (Dautzenberg, 2010) et permettent de s'affranchir petit à petit de la dépendance à la nicotine et à la cigarette.

Figure 18: Taux veineux nicotinique après la consommation d'une cigarette et des différents substituts nicotiques. (D'après Martinet et coll, 2007)

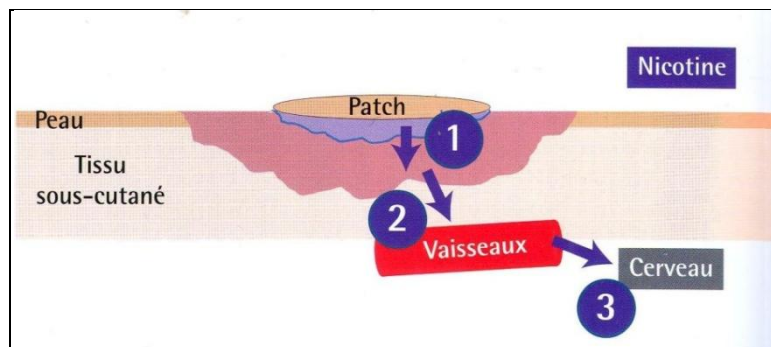


Comme nous le voyons sur la figure 18, la prise d'une cigarette libère une grande quantité de nicotine très rapidement (« shoot »). Le patch quant à lui a une libération très progressive et très limitée de nicotine, n'induisant donc aucune dépendance et ne stimulant pas les récepteurs nicotiniques. Les formes orales et surtout le spray nasal ont une cinétique plus proche de la cigarette que le patch. C'est pour cela que le spray est interdit en France, et que des rares cas de dépendances aux formes orales ont été recensés (AFSSAPS, 2003).

- *Le patch*

Il permet d'apporter une nicotémie plus stable mais moins propice que les formes orales à combler des besoins urgents de fumer que les formes orales. La nicotine contenue dans le patch passe progressivement dans la peau puis le tissu sous-cutané où elle va constituer un stock tampon pour l'organisme puis être distribuée au cerveau par les vaisseaux sanguins (figure 19). La diffusion nicotinique est très progressive et continue, n'induisant donc aucune dépendance. Il faut de préférence le coller à des endroits différents tous les jours et éviter les zones où s'exerce une trop grande pression.

Figure 19: mode d'action du timbre transdermique (Dautzenberg, 2010)



- *Les formes orales*

Quelles qu'elles soient, elles ont une cinétique plus proche de la cigarette, entraînant une libération plus forte de nicotine lors de la prise. Elle permette donc de mieux maîtriser les envies fortes de fumer. Toutefois les concentrations plasmatiques restent bien inférieures à celles apportées par la cigarette (figure 18). La nicotine est absorbée au niveau de la

muqueuse buccale quand le pH est basique, c'est pourquoi il faut éviter de manger ou boire 30 minutes avant la prise.

Les gommes à mâcher : elles ne doivent pas être utilisées comme des chewing-gums. On la met en bouche, on la croque une ou deux fois puis on la laisse reposer 10 minutes, puis on la remâche une fois par minute pendant 20 minutes. Si on la mâche trop rapidement, la nicotine va directement être éliminée dans la salive.

Les pastilles sublinguales : elles se placent sous la langue et fondent en 15 à 30 minutes en bouche. Il n'est pas nécessaire de les mâcher ou de les sucer.

Les comprimés à sucer : il faut les mettre en bouche et ne pas les croquer, les faire passer régulièrement d'un côté à l'autre. Elles fondent en 20 à 30 minutes.

L'inhaleur : il faut inspirer comme sur une cigarette, en fonction des besoins. Il permet de garder la gestuelle de la prise de la cigarette.

➤ Posologie

La posologie est bien évidemment adaptée et ajustée au type de fumeur. On peut l'estimer en fonction de la quantité de tabac fumée par jour et l'heure de la première cigarette. L'association de plusieurs formes galéniques est tout à fait possible et donne de meilleurs résultats pour les plus forts consommateurs (Bohadana et coll, 2000). Les moins dépendants ne nécessitent pas d'emblée un traitement médicamenteux alors que les plus dépendants justifient l'association de patchs et de formes orales. Dans ce cas, les formes orales seront prises lorsqu'une forte envie de fumer se fait ressentir.

L'INPES a proposé un exemple de doses initiales récapitulées dans le tableau 5. C'est une proposition de traitement initial, une estimation qui n'est bien évidemment pas parfaitement adaptée à chaque cas. Ce traitement devra ensuite être adapté en cas de signes de sous-dosage ou de surdosage (détaillés dans le chapitre 2.5) décelés aux consultations de suivi. La durée d'administration des TNS est au minimum de 6 semaines jusqu'à 6 mois maximum. Il est en général conseillé de prescrire la dose maximale pendant deux à trois mois suivant la dépendance, puis de diminuer progressivement pendant 4 semaines.

Tableau 5: Doses initiales des substituts nicotiniques proposées par l'INPES

Qté par jour Moment de la 1ère cigarette	<10 cig/j	10-19 cig/j	20-30 cig/j	>30 cig/j
pas tous les jours	rien ou forme orale	rien ou forme orale		
Pas le matin	rien ou forme orale	rien ou forme orale	forme orale	
<60 min après le levé	rien ou forme orale	forme orale	timbre forte dose	timbre forte dose ± forme orale
<30 min après le levé		timbre forte dose	timbre forte dose ± forme orale	timbre forte dose+ forme orale
<5 min après le levé		timbre forte dose ± forme orale	timbre forte dose + forme orale	timbre forte dose+ timbre moyenne dose ± forme orale

- *Les patchs* : Une façon simple d'estimer la dose des patchs est de considérer que 1mg=1 cigarette, autrement dit un fumeur d'un paquet par jour prendra des patchs de 20mg. Les patchs 16 h seront préférés pour les fumeurs consommant peu le matin, pour les autres on optera pour des 24 h.
- *Les gommes à mâcher* : les gommes de 4 mg seront préférées au 2 mg pour les gros fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour). La dose journalière est en général de 8 à 12 gommes par jour, en ne doit jamais excéder 30 gommes de 2 mg par jour. En cas d'association avec les patchs, on passera à 5 à 6 par jour.
- *Les comprimés à sucer et les pastilles sublinguales* : 2 ou 4 mg par prise suivant la dépendance, 8 à 12 prises par jour sans excéder 30 comprimés ou pastilles de 2 mg par jour, ou 15 de 4 mg.
- *L'inhaleur* : 6 à 12 cartouches par jour, chaque cartouche étant utilisé trois fois 20 minutes.

➤ Effets indésirables

-Réaction cutanée au patch : de la simple irritation limitée si le patch est changé de place tous les jours à une réelle allergie aux adhésifs. Dans ce cas on peut utiliser d'autres marques qui utilisent différents types d'adhésifs ou passer aux formes orales.

-L'allergie aux substituts nicotiniques est exceptionnelle et plutôt théorique.

-Quelques effets secondaires bénins : maux de tête, étourdissements, hoquet, maux de gorge, irritation ou sécheresse buccale, nausées, vomissements, troubles digestifs.

-Quelques effets secondaires plus graves mais rares : palpitations, troubles du rythme cardiaque.

- Ces traitements n'ont pas de risques significatifs d'accidents vasculaires ni de potentiel cancérigène.

- Le problème des dépendances aux substituts nicotiniques est délicat. En effet, il ne s'agit pas d'une dépendance réelle aux substituts, mais bien d'une dépendance à la nicotine due et entretenue à la base par la cigarette. Nous ne sommes pas dépendants à la cigarette OU aux substituts nicotiniques, nous sommes dépendants à la nicotine ! Ainsi les utilisations prolongées de substituts nicotiniques, qui peuvent s'observer chez 10% des utilisateurs de gommes à mâcher (Martinet et coll, 2007), ne traduit en réalité qu'une lutte plus difficile envers la nicotine, qui est liée à une dépendance très forte au départ. De plus certaines formes orales et les sprays nasaux ayant une cinétique plus proches de la cigarette que les patches peuvent rendre plus long le retour à la normal du taux de récepteurs nicotiniques. Mais n'oublions pas que le sevrage tabagique est également difficile à cause de la dépendance comportementale, chose que l'on ne trouve pas avec les substituts nicotiniques. Une étude a montré que des cas d'utilisation trop prolongées de substituts nicotiniques peuvent être traité avec de la varénicline (Garelik, 2010).

➤ Contre-indications

Il n'existe pas de contre-indications particulières, si ce n'est une hypersensibilité à l'un des constituants. Leur utilisation doit se faire sous contrôle médical pour les femmes enceintes ou allaitante, chez les patients ayant eu récemment un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral et les patients souffrant d'insuffisance rénale ou hépatique sévère.

➤ Efficacité (HAS, 2007)

De nombreuses études ont été réalisées par la Cochrane Collaboration concernant l'efficacité des substituts nicotiniques. Elle conclue que toutes les formes de substituts nicotiniques augmentent les chances de réussite du sevrage des patients. Ils augmentent le taux d'arrêt de

50 à 70%, indépendamment du type et de la dose (voir 3.4.1). Même en l'absence de soutien, ces traitements s'avèrent efficaces.

2.4.5.2.2 Le bupropion (Zyban ®) (AFSSAPS, 2002)

➤ Présentation (figure 20)

Il se présente en boîte de 56 comprimés pelliculés de 150 mg.



➤ Mode d'action

Le bupropion est utilisé dans certains pays comme antidépresseur. Il inhibe la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau synaptique dans le système nerveux central. C'est un antagoniste non compétitif de la plupart des récepteurs nicotiniques. Il diminue l'activité des neurones libérant de la dopamine, ce qui pourrait désactiver le système de récompense responsable en grande partie de l'envie de fumer. Son efficacité a été démontrée dans de nombreux essais thérapeutiques.

**Figure 20 : Le
zyban®
[www.drugspro.
org](http://www.drugspro.org)**

➤ Posologie

Pendant la première semaine, la dose est de 1 comprimé par jour, puis la deuxième semaine cette dose est généralement doublée passant à 2 comprimés par jour à 8 heures d'intervalle. L'arrêt de tabac doit se faire à une date fixée au cours de la deuxième semaine. Les autorités sanitaires limitent son utilisation à 2 mois.

➤ Effets indésirables

Ils sont très nombreux. Le plus redouté est le risque de convulsions, estimé à 0,1%. Ce risque est d'autant plus élevé lorsque la prise du bupropion est associée à :

- Une consommation forte d'alcool
- Un diabète traité par de l'insuline ou des comprimés
- Des antécédents de traumatisme crânien

- Une utilisation de produits psychostimulants ou anorexigènes
- Une administration concomitante de médicaments abaissant le seuil épileptogène (antipsychotiques, antipaludéens, antidépresseurs, tramadol, théophylline, stéroïdes par voie systémique, quinolones et antihistaminiques sédatifs)

On distingue de nombreux autres effets secondaires, le plus répandu étant l'insomnie. On retrouve également des risques de fièvre, sécheresse buccale, troubles digestifs, trouble de la concentration, céphalées, anxiété, agitation... Ils restent toutefois le plus souvent bénins et s'arrêtent à l'arrêt du traitement. Toutefois le bupropion fait l'objet d'une surveillance renforcée par l'AFSSAPS, lié aux risques de troubles psychiatriques, dépression et suicide.

➤ Contre-indications

Elles sont nombreuses par rapport aux substituts nicotiques et limitent donc les possibilités de traitement :

- Hypersensibilité au bupropion ou à un des composants
- Utilisation d'autres médicaments contenant du bupropion contre la dépression
- Sujet aux convulsions, antécédents de convulsions
- Troubles du comportement alimentaire actuels ou passés
- Insuffisance hépatique sévère
- Tumeur du système nerveux central
- Troubles bipolaires ou antécédents
- Sevrage alcoolique
- Traitement par IMAO
- Sevrage en benzodiazépines et produits apparentés
- Femme enceinte

➤ Efficacité

Son action est totalement indépendante de la dépendance du sujet, et peut s'avérer très efficace chez les patients les moins dépendants, chez qui les substituts nicotiques n'ont peu ou pas d'effets. La Cochrane Collaboration a établi que le bupropion double les cotes de l'arrêt quand il est utilisé seul. Son efficacité est similaire aux substituts nicotiques.

L'association des deux est possible si l'envie de fumer persiste, même si aucune efficacité supplémentaire n'a été réellement démontrée.

2.4.5.2.3 La varénicline (Champix®) (AFSSAPS, 2007 et 2008)

➤ Présentation (figure 21)

On le trouve sous forme de comprimés pelliculés de 0,5 mg blancs ou de 1 mg bleus. Il existe une boîte d'initiation contenant les comprimés nécessaires au deux premières semaines avec les deux types de comprimés. Sa délivrance ne se fait que sur prescription médicale et il rentre dans le cadre du forfait de remboursement des 50€ par an.



Figure 21 : le champix®
www.onlineclinic.net

➤ Mode d'action

Ce médicament est à la fois agoniste et antagoniste des récepteurs nicotiniques. Cela permet de diminuer les syndromes de manque et de simuler le plaisir lié à la consommation d'une cigarette tout en désensibilisant les récepteurs à la nicotine.

➤ Posologie

Le début du traitement se fait une à deux semaines avant la date d'arrêt. Au départ la dose est de 0,5 mg par jour pendant 3 jours, puis un comprimé de 0,5 mg deux fois par jour pendant 4 jours. La deuxième semaine on passe à un comprimé de 1 mg deux fois par jour pour douze semaines. Pour les personnes qui ne tolèrent pas cette dose ou souffrant d'insuffisance rénale sévère, il est possible de maintenir une dose de 0,5 mg deux fois par jour. Un arrêt progressif est recommandé.

Il est possible de prolonger le traitement de 12 semaines supplémentaires.

➤ Effets secondaires

On dénote essentiellement des nausées dose-dépendantes, maximales après une semaine de traitement, et qui s'estompent ensuite au fil du temps. On décrit également des céphalées, des rêves anormaux ou des insomnies. Des cas de dépression ou d'idées suicidaires ont été rapportés. Les études n'ont pour l'instant pas montré de lien sur la causalité ou l'innocuité de la varénicline sur ces symptômes, qui existent également chez les patients s'arrêtant sans traitements. C'est pourquoi depuis sa commercialisation en Février 2007, la varénicline bénéficie d'un suivi renforcé de pharmacovigilance par l'AFSSAPS.

➤ Contre-indication

La seule contre-indication est l'allergie à la substance active ou à un composé. A défaut d'essais suffisants, ce produit n'est pas indiqué chez la femme enceinte et les personnes de moins de 18 ans.

➤ Efficacité

Les études de la Cochrane Collaboration ont montré que l'utilisation de la varénicline permet de multiplier par deux ou trois les chances de succès d'arrêt à long terme par rapport à une tentative sans traitements. Il semble également plus efficace que le bupropion. Le traitement sous varénicline paraît plus bénéfique que les substituts nicotiniques à six mois et un an (Mainar et coll, 2011).

CONCLUSION :

Ces traitements sont les trois principaux utilisés dans l'aide au sevrage et ils présentent chacun des avantages et des inconvénients. Cependant il est préférable en première intention de prescrire les substituts nicotiniques classiques, car ce sont les mieux tolérés présentant le moins de contre indications et d'effets secondaires. Toutefois le traitement doit être choisi en accord avec le patient, en fonction de ses préférences, tout en prenant compte des échecs précédents et des contre indications éventuelles.

2.4.5.3 *Les thérapeutiques non-médicamenteuses*

L'aide des traitements médicamenteux n'est plus à démontrer. Cependant d'autres techniques non-médicamenteuses ont également fait leurs preuves, comme les thérapies cognitivo-comportementale (TCC). Comme nous l'avons vu la dépendance au tabac n'est pas seulement physique, elle est également psychologique et comportementale, c'est pourquoi les traitements de substitutions nicotiques ne sont pas suffisant à garantir une réussite du sevrage. De plus, certains fumeurs ne présentent pas de réelles dépendances physiques à la nicotine et ne justifient pas l'utilisation de traitements médicamenteux. Mais leur sevrage ne sera pas sans difficultés pour autant. De nombreuses techniques de sevrage non-médicamenteuses se sont développées pour apporter une aide sur le plan comportemental. Cependant peu de ces méthodes ont réellement prouvées leur efficacité. Les seules ayant démontrées un réel bénéfice à l'arrêt sont les TCC.

2.4.5.3.1 Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Ce sont des outils de modification des conduites et des comportements. Elles déconditionnent l'individu et suppriment le comportement pathologique en le remplaçant par un autre. Elles ont essentiellement pour but de traiter la dépendance psychologique et comportementale en aidant le fumeur à gérer son comportement tabagique. En intervenant à un niveau comportemental, cognitif et émotionnel, ces TCC permettent de diminuer les rechutes et favoriser le maintien de l'abstinence.

Elles permettent de multiplier par deux le taux d'abstinence à six mois. Elles peuvent être utilisées seules ou associées aux traitements médicamenteux, dans quel cas les résultats seront meilleure en comparaison à leur utilisation séparée. Ces thérapies peuvent se faire au stade de préparation, d'action et de maintien. Au stade de préparation, elles permettront au patient de préparer correctement son arrêt, de commencer à rompre avec ses automatismes et de modifier petit à petit son mode de vie.

Au stade d'action et de maintien, elles permettent d'éviter les rechutes, de remotiver le patient et de le soutenir psychologiquement. Le but sera d'aider le patient à identifier les situations à risques (liées à l'environnement ou à des émotions) l'incitant à fumer, puis de l'aider à les éviter ou à les surmonter. Elles permettent d'augmenter la confiance du patient en ses capacités à atteindre son objectif.

Cependant peu de praticiens sont pour l'instant formés à cette pratique, et l'accessibilité à ces thérapies est encore très limitée en France.

2.4.5.3.2 Les autres thérapeutiques non validés (AFSSAPS, 2003)

De nombreuses techniques ont vu le jour dans l'aide au sevrage tabagique mais leur efficacité n'a pas clairement été établie, c'est pourquoi elles ne font pas partie des recommandations actuelles. Cependant chaque patient est différent, par conséquent certaines techniques pourront tout de même être efficace dans certains cas.

➤ L'acupuncture

Cette technique basée sur la médecine traditionnelle chinoise permettait de diminuer les syndromes de sevrage des fumeurs d'opium et a donc été envisagée dans le cadre du tabac. Les études comparant son efficacité à celle d'un placebo ou d'autres méthodes donnent des résultats très variables. L'amélioration du taux de réussite reste faible ou inexistante. Cependant certains patients semblent sensibles à cette méthode.

➤ L'hypnose

Les études réalisées à ce sujet sont peu fiables et présentent souvent des qualités méthodologiques faibles. Leurs comparaisons sont difficiles. Certaines études ont rapporté des taux d'abstinence très élevés dû souvent à un biais de recrutement. Mais il semblerait que l'hypnose augmente toutefois les chances de succès en comparaison à une absence d'intervention. Encore faut-il que le patient soit sensible et réceptif à ce type de méthode.

➤ D'autres méthodes

D'autres méthodes moins connues existent n'ayant pas non plus démontré leur efficacité dans l'aide au sevrage tabagique : la sophrologie, l'homéopathie, la désensibilisation (vaccinothérapie), la mésothérapie, l'auriculothérapie ou le laser.

2.5 ARRANGE : organiser le suivi du patient

➤ Fréquence du suivi

Il n'existe pas de consensus basé sur des preuves scientifiques permettant d'orienter précisément le rythme des consultations de suivi. Cela va beaucoup dépendre des patients, de leurs difficultés et de leurs besoins. On préconise tout de même une consultation de suivi dans la semaine qui suit l'arrêt, ce qui permettra déjà d'évaluer l'efficacité et l'adéquation des traitements. En tabacologie, un échancier propose une consultation le jour de l'arrêt, à une semaine, deux semaines, un mois, un mois et demi, deux mois, trois mois et six mois. (Lemaitre et coll, 2005). Puis les visites se feront en fonction du rapport du patient au tabac. Cela reste une proposition qui sera adaptée suivant la demande des patients. Une prise en charge de plus de six mois est fortement recommandée, puisque 60% à 80% des rechutes se font dans l'année.

➤ Evaluation du vécu de l'arrêt

Il est important de faire un bilan systématique sur le statut tabagique et d'identifier et d'analyser tous les faux pas ou les rechutes. On va également s'attarder sur les difficultés ressenties par le patient, les situations posant encore problèmes pour l'aider à trouver des solutions pour les surmonter. Des signes de dépression et des signes de sevrage seront également recherchés.

Il est également important de vérifier la bonne tolérance des traitements médicamenteux proposés. L'utilisation de patch transdermique peut par exemple après quelques jours donner des irritations voire même de vraies allergies. Il est nécessaire alors de changer de marque ou de forme galénique. En cas d'utilisation de varénicline ou de bupropion, il est très important de rechercher la présence d'effets secondaires indésirables.

Chaque consultation est l'occasion de fournir au patient un soutien psychologique. A chaque rendez-vous, on s'attardera à remotiver le patient, à insister sur les bénéfices de sa démarche, à le féliciter et à l'encourager, même en cas de rechutes ou de faux pas (Lemaitre et coll, 2005).

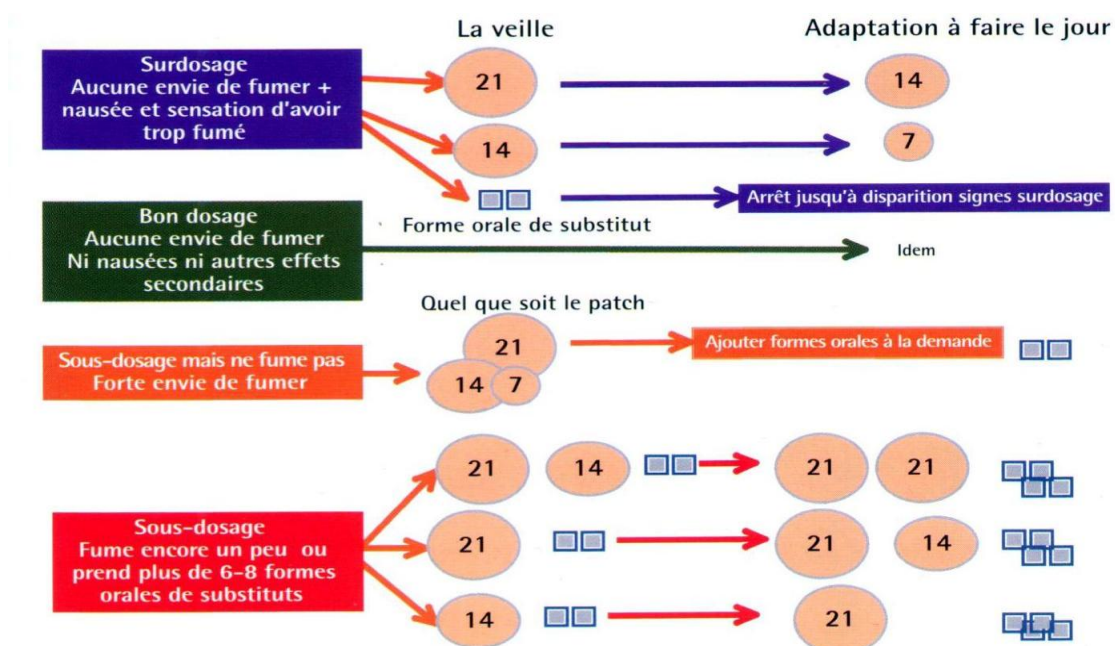
➤ Evaluer l'adéquation du traitement médicamenteux (Lemaitre et coll, 2005)

Il est important de dépister chez le patient tous signes de surdosage ou de sous-dosage du traitement afin de pouvoir le réadapter (figure 22). Des signes de surdosage se manifestent par des nausées, une tachycardie, une sensation d'avoir trop fumé et un dégoût du tabac, des maux de têtes, des vertiges, de grandes perturbations du sommeil et parfois des diarrhées. Le patient n'a aucune envie de fumer. Ces signes sont transitoires et cèdent très rapidement dès l'arrêt du traitement ou la baisse des doses.

Un sous-dosage se manifeste quant à lui par un vrai syndrome de manque, c'est-à-dire des envies de fumer encore très présentes voire permanentes, une grande nervosité, une irritabilité, une anxiété, une agitation, des troubles de la concentration et du sommeil et des fringales avec une attirance pour les sucres. Une humeur triste ou des dépressions peuvent apparaître également, surtout chez les patients ayant des antécédents. Ces patients continuent généralement à fumer encore quelques cigarettes.

Le repérage de ces symptômes permet d'ajuster le traitement. Il peut être utile de former le patient à ces symptômes, pour lui permettre d'adapter tout seul sa posologie. Sinon, il est nécessaire de recontacter le patient dans les 24 à 72 heures suivantes, soit par une consultation soit par un appel téléphonique, afin de l'aider à adapter ses traitements. La ligne téléphonique de tabac-info-service peut également l'aider en ce sens.

Figure 22: proposition d'ajustage des doses des TSN d'après Dautzenberg, 2010



NB : pour les patchs 16 heures, lire 15, 10 et 5 à la place de 21, 14 et 7

III. PLACE DU CHIRURGIEN DENTISTE DANS CETTE STRATEGIE

3.1 Les chirurgiens-dentistes en première ligne

La relation entre le sevrage tabagique et le chirurgien dentiste n'est pas forcément une évidence à première vue. Pourtant, il est l'un des professionnels de santé les mieux placés pour y participer, et ce pour de multiples raisons comme l'a exprimé le rapport de l'OMS en 2003 (Petersen, 2003).

Les dentistes sont l'une des spécialités médicales les plus consultées par les patients. Selon une étude réalisée en 2007, (ADF, 2007) environ 70% des français consultent leur dentiste au moins une fois par an, dont 24% y viennent même plus d'une fois. Ce pourcentage passe même à 80% pour les jeunes de 15 à 24 ans. Ils voient leurs patients plus souvent que le médecin traitant (Vanvyve, 2010). Ils passent globalement plus de temps avec leurs patients que d'autres cliniciens. Cela permet donc aux dentistes de suivre un grand nombre de patients très régulièrement, et de développer souvent une relation plus proche que d'autres praticiens. Leur message peut alors être mieux apprécié et accepté par les patients.

Ils voient des patients de tout âge, dont beaucoup de jeunes patients avec leurs parents, d'autant plus depuis la mise en place des consultations de préventions offerte par la sécurité sociale. Cela donne l'occasion de faire de la prévention et d'aborder le sujet du tabac assez tôt et de manière régulière, pour rappeler l'importance de ne pas commencer. Ils voient aussi beaucoup de personnes en âge de procréer à qui ils peuvent rappeler l'importance de ne pas fumer ou d'arrêter.

Les dentistes sont les mieux placés pour dépister les conséquences du tabac au niveau de la cavité buccale, et alors dépister systématiquement chaque patient fumeur. La bouche est le premier organe en contact avec la fumée et les effets sont visibles très tôt (Vanvyve, 2010). Ils peuvent montrer directement à leur patient les effets en bouche (colorations, problèmes parodontaux...). Il est également le premier concerné par les effets néfastes du tabac sur la cavité buccale et le mieux placé pour en parler.

Enfin, n'oublions pas que les chirurgiens dentistes sont avant tout des professionnels de santé. En tant que tels, et connaissant les ravages du tabac sur la santé, ils ne peuvent pas cautionner

ou approuver le comportement tabagique de leur patient sans les inciter à arrêter. Ils sont tout aussi efficaces que les autres cliniciens pour aider leurs patients dans ce domaine (tableau 7). De plus, il a été démontré que l'aide au sevrage tabagique est plus efficace et donne de meilleurs résultats lorsqu'elle est prodiguée par plusieurs types de cliniciens en parallèle (médecins, sage femmes, infirmier, dentiste...) comme le montre le tableau 6 (Fiore et coll, 2000).

Tableau 6: Efficacité des interventions en fonction du nombre de clinicien concerné (Fiore et coll, 2000)

Nombre de clinicien	Odds Ratio	Taux d'arrêt (%)
Aucun	1.0	10.8
Un seul	1.8	18.3
Deux cliniciens	2.5	23.6
Trois ou plus	2.4	23.0

Tableau 7: Efficacité des interventions en fonction du type de clinicien concerné (Fiore et coll, 2000)

Type de clinicien	Odds Ratio	Taux d'arrêt (%)
Aucun	1.0	10.2
Professionnel de santé hors médecin	1.7	15.8
médecin	2.2	19.9

3.2 Les recommandations actuelles

➤ Au niveau national

La prise en charge des patients tabagiques au cabinet dentaire en France est encore loin d'être systématique. Contrairement à d'autres pays où les chirurgiens-dentistes s'impliquent depuis plusieurs années très activement dans la lutte anti-tabagique comme le Canada, ou la Suisse, la France en est encore à ses débuts.

Les différentes organisations recommandent fortement l'implication de tous les professionnels de santé dans cette lutte anti-tabagique, mais la mise en œuvre reste encore difficile. Dans la conférence de consensus sur le sevrage tabagique de 1998, l'ANAES précise déjà que « la réussite d'un programme visant à l'arrêt de la consommation du tabac appelle la participation d'un grand nombre d'acteurs. Dans certains pays, notamment en Europe du Nord, les dentistes ont montré une réelle efficacité dans la sensibilisation de leur patients fumeurs, dans le cadre de programmes mis en place par les professionnels. »

De même l'AFSSAPS, dans ses recommandations de 2003, note également que « seule une mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé pourra être efficace. [...] Tout praticien en première ligne, qu'il soit pharmacien, médecin généraliste ou spécialiste, sage-femme, chirurgien-dentiste, infirmière ou d'une autre profession paramédicale devrait, en fonction de ses possibilités matérielles et de ses acquisitions professionnelles, soit, au delà du conseil minimal, prendre lui-même en charge le suivi, soit orienter vers un praticien ayant acquis une compétence dans l'aide à l'arrêt du tabac. »

La ministre de la Santé, de la jeunesse et des sports, madame Roselyne Bachelot, a déclaré à l'occasion de la journée mondiale sans tabac le 29 Mai 2008 (UFSBD, 2008) qu'afin de mieux garantir l'accès à la demande de sevrage tabagique, elle souhaitait que les chirurgiens dentistes s'impliquent dans le sevrage et prescrivent des substituts nicotiques à coté des médecins et des sages femmes et puissent à l'avenir les prescrire dans le cadre du remboursement du forfait des 50 euros. Cependant cette décision n'a pas encore aboutie. Une proposition de loi a été faite le 24 Juin 2010 visant à étendre la prise en charge des substituts nicotiques aux prescriptions des chirurgiens dentistes (Sigman, 2010). Mais aucune réponse positive n'a été formulée pour l'instant et les discussions restent en cours.

➤ Au niveau international

Au niveau international, l'OMS également encourage vivement les chirurgiens-dentistes dans cette lutte. La convention Cadre pour la Lutte Anti Tabac adopté le 27 Février 2005, visant à enrayer l'épidémie mondiale de tabagisme, précise également dans son préambule et dans les articles 12 et 14 (OMS, 2003) l'importance pour tous les professionnels de santé de se former et de mettre en place des programmes de promotion du sevrage tabagique dans leurs établissements. L'OMS les considère comme des sources fiables de conseils et des exemples à suivre pour les patients. Le directeur de l'initiative « Pour un monde sans tabac » à l'OMS, le Dr Vera Luiza a déclaré lors d'une conférence en 2004 : « si les dentistes expliquaient à tous leurs patients que le tabac provoque un excès de plaque dentaire et favorise le jaunissement des dents et les caries, et qu'il entraîne un risque 5 fois supérieur de cancer de la cavité buccale, l'impact sur le tabagisme serait spectaculaire ! » (OMS, 2004).

La Fédération Dentaire Internationale, la FDI, déclare également en 2005 que « tous les professionnels de santé, seuls ou dans le cadre d'une association professionnelle, ont un rôle prééminent à jouer dans le contrôle tabagique. Bénéficiant de la confiance du public, des

médias et des politiciens, leur voix est largement écoutée dans les sphères sociales, économiques et politiques. En leur conseillant d'arrêter de fumer, les dentistes rendent sans doute à leurs patients le service le plus important à leur santé globale » (Beaglehole, 2005).

Les chirurgiens dentistes sont donc très vivement appelés à se mobiliser dans cette lutte anti tabagique depuis plusieurs années, au niveau national et international, mais nous en sommes qu'au début et pour l'instant la mobilisation est encore insuffisante, bien qu'en progression. En effet plusieurs obstacles se présentent encore, nuisant à une implication correcte et suffisante de leur part.

3.3 La position actuelle des dentistes dans le monde face à cette responsabilité

3.3.1 Une invitation à la mobilisation à travers le monde

La participation des chirurgiens-dentistes dans la lutte anti-tabagique se développe de plus en plus dans de nombreux pays, et commence doucement à se faire une place au cabinet. Bien évidemment, elle est plus importante dans les pays où la lutte contre le tabagisme est déjà largement engagée.

Des articles et études sur le rôle possible ou l'efficacité potentielle du dentiste dans le sevrage tabagique ont commencé à paraître vers le milieu des années 1980. Une étude pionnière menée par Christen en 1984 évaluait déjà l'efficacité d'intervention au cabinet dentaire. Ce sujet est aujourd'hui largement traité dans de nombreux articles dans plusieurs pays, et leur rôle actif et prédominant n'est plus à démontrer. En France, peu d'études ont encore été réalisées, mais plusieurs conférences sont régulièrement données à ce sujet.

Dans plusieurs pays, des programmes fédéraux se sont mis en place afin de former et d'engager activement les dentistes dans cette lutte. Au Canada, l'Ordre des dentistes du Québec lançait en 2005 sa campagne de prévention « Eteindre vous allume ! », sensibilisant les patients aux méfaits du tabac sur la cavité buccale (ODQ, 2005).

En Suisse, dans le cadre du programme national de prévention et de sevrage tabagique, nommé « Let it be...Fumer ça fait du mal », un projet nommé « tabagisme-engagement du cabinet dentaire » a été développé en 2004, prévoyant des formations et de la documentation pour les praticiens (Ligue suisse contre le cancer, 2004).

En France les différents mouvements de lutte contre le tabac, comme le plan gouvernemental 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies, ainsi que les « plans cancer » mis en place en 2003-2007 et 2009-2013 expriment également ouvertement leur volonté et la nécessité de mobiliser les chirurgiens dentistes dans la lutte anti-tabac.

En Suède, une association « Dentistry against Tobacco » a vu le jour au sein du programme « Health professionals against tobacco » fondé en 1992, regroupant les dentistes désirant œuvrer pour diminuer le tabagisme. Cinq autres professions de santé sont également présentes dans ce programme, et publient ensemble une revue *Tobak eller Hälsa (Tabac ou Santé)*. Toutes leurs activités sont répertoriées sur leur site : www.tobaccoorhealthsweden.org.

Aux Etats-Unis, le centre de recherche et d'interventions contre le tabac de l'Université du Wisconsin, a développé le modèle « Fax To Quit » (traduit « faxer pour arrêter »). Cette démarche permet d'engager facilement les chirurgiens dentistes et les autres professionnels de santé dans la lutte antitabagique. Les données recueillies par le praticien sur le statut tabagique de son patient sont directement faxé à un organisme compétent. Des formulaires spécifiques sont disponibles. Le patient est alors rappelé dans les 48 heures par cette organisation qui le prend alors en charge et l'aide dans ses démarches de sevrage (Ebbert et coll, 2007).

Au Japon, en 1992, a été fondée l'association médico-dentaire japonaise pour la lutte anti-tabac, dans le but de protéger la population des méfaits du tabac grâce à une coopération entre médecins et dentistes. Cette association regroupe des professionnels mais également des étudiants en santé (OMS, 2005).

Suite à la demande des organisations et des agences nationales et internationales de santé, les dentistes se sont donc largement mobilisés dans de nombreux pays afin de répondre au mieux à la demande de leur action contre le tabac.

3.3.2 Une action encore trop limitée des praticiens

De nombreuses études ont été menées dans divers pays auprès de dentistes ou d'étudiants en chirurgie-dentaire afin de déterminer leur position et leur implication personnelle quant à cette mesure. La plupart des études retrouvées sont menées sur la base des « 5A », afin d'analyser précisément leur action à chaque niveau (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange). D'une façon

générale, ils reconnaissent qu'en tant que dentistes, ils ont un rôle à jouer dans la prévention du tabac et qu'ils doivent informer les patients des risques bucco-dentaires. En moyenne, plus de 70% des praticiens interrogés dans divers enquêtes sont favorables (Pizzo et coll, 2010, Vanobbergen, 2007). Ce pourcentage peut même aller jusqu'à 99% pour les étudiants d'une école aux Etats Unis. Il en est de même pour leur rôle de conseiller l'arrêt (Victoroff et coll, 2004).

Cependant, en analysant les résultats des différentes études évaluant la pratique des chirurgiens dentistes dans ce domaine, on se rend compte que la grande majorité agit dans les premières étapes (c'est à dire le conseil minimal) et ne vont pas plus loin. Leur participation se limite donc souvent à identifier les fumeurs et conseiller l'arrêt. Ils estiment bien souvent qu'au delà de cette intervention minimale, ce n'est plus leur rôle. Les dentistes belges estiment à 75% (Vanvyve, 2010)) que le traitement du sevrage tabagique ne les concerne pas et ne fait pas parti de leur rôle, les français et les américains l'estime à 80% (Dabadie, 2010, et Albert et coll, 2002).

Les études donnent des résultats très variés sur l'implication des chirurgiens-dentistes en fonction des conditions de l'enquête et du pays où elle a été réalisée, il est donc très difficile d'en faire une moyenne et de généraliser les résultats obtenus. Il est également compréhensible que l'attitude des dentistes par rapport au sevrage tabagique sera étroitement liée à l'image générale du tabac et aux actions gouvernementales et associatives de lutte anti tabac mises en place dans le pays considéré. On remarque toujours qu'un très fort pourcentage (mais très variable d'une étude à l'autre) de praticiens s'applique à identifier le statut tabagique de leur patient, à leur conseiller d'arrêter voire à les informer des risques sur la santé bucco-dentaire. Mais ce pourcentage est divisé par deux ou trois voire même plus quand il s'agit d'orienter, de traiter ou d'aider dans la démarche du sevrage (Chandrashekar , 2008 et Warnakulasuriya , 2002)

Un sondage réalisé en collaboration par GSK et l'UFSBD auprès des dentistes français en 2006, montre que 90% d'entre eux sont tout à fait ouverts au dialogue sur le tabac, et 80% se limitent au conseil minimal. Environ 20% adressent à des médecins ou des tabacologues. Seulement 10% pensent qu'il est de leur rôle de proposer un traitement (Nguyen-Duy, 2007).

L'implication des dentistes varie également en fonction de leur spécialité. En effet les praticiens spécialisés en parodontologie s'impliquent et se préoccupent plus que les omnipraticiens ou les pédodontistes du statut tabagique de leur patient. Cela s'expliquerait par

leur meilleure formation à ce sujet et par les conséquences gravissimes du tabac sur les tissus parodontaux, ce qui nécessite en général pour être traité un arrêt définitif du tabac (Dolan et coll, 1997).

On peut également observer que l'implication des dentistes reste très négligeable par rapport à celle des médecins généralistes. Une étude de Goldstein et coll. en 1998 montre que si 67% des médecins affirment demander le statut tabagique de leur patient dans plus de 80% des cas, seuls 6% des dentistes le font. De même que 35% des médecins les aident dans leur démarche d'arrêt contre seulement 5,9% des dentistes. Afin de les motiver davantage à s'impliquer, Wickholm et coll, en 2005 propose une méthode dite des « 3 T » :

Tension : Faire prendre conscience aux chirurgiens dentistes de la nécessité et de l'importance de s'engager activement dans la lutte anti-tabac, leur montrer que cela doit faire parti intégrante de leur travail

Triggers : multiplier et faciliter les occasions pour les dentistes de se former dans ce domaine.

Training : offrir des formations complètes et adaptées

Les chirurgiens dentistes expliquent leur manque d'implication dans ce domaine par plusieurs obstacles et limites auxquels ils sont confrontés qui les empêche d'intervenir comme il se doit. Nous allons les détailler dans le prochain paragraphe.

3.3.3 Les obstacles rencontrés

D'après les résultats de différentes enquêtes réalisées dans de nombreux pays, et les rapports de l'OMS (Ramseier et coll, 2007 et Needleman et coll, 2006) les chirurgiens-dentistes sont toujours confrontés aux mêmes obstacles, barrières et limites dans leur implication.

➤ Le manque de connaissance

Il semble évident que l'on ne peut pas parler de ce que l'on ne connaît pas. La formation en matière de sevrage tabagique ne fait généralement pas parti de la formation des chirurgiens-dentistes. Ce manque de connaissance est un frein majeur à l'implication des dentistes, il est d'ailleurs le plus grand frein des dentistes australiens, concernant environ 80% d'entre eux. (Clover et coll, 1999). L'OMS a réalisé une enquête en 2010 sur la formation des

professionnels de santé en matière de sevrage tabagique à travers le monde. Il s'avère que de 5% à 37% au maximum des étudiants ont reçu effectivement une formation à ce sujet. Une étude menée en Belgique francophone, montre que seul 25% des dentistes pensent avoir les connaissances nécessaires et moins de 10% pensent que le sujet est suffisamment traité durant les études (Vanvyve, 2010).

D'autres études montrent également que la formation des chirurgiens dentistes sur les moyens de désaccoutumance au tabac est très insuffisante, et que très peu d'entre eux se sentent capables d'en parler à leurs patients (Vanobbergen et Coll, 2007 et Rikard-Bell et Coll, 2003). C'est pourquoi le code de bonne pratique établi par l'OMS en 2004 et adopté par les professionnels de santé prévoit d'inclure la lutte anti-tabac dans les études des professionnels de santé et les formations continues (OMS, 2004).

L'université de médecine dentaire Manitoba au Canada est un exemple à suivre. Elle a depuis 1998 inclut à son programme de premier cycle et à sa clinique de formation générale plusieurs initiatives formant les étudiants sur la désaccoutumance du tabac (Gelskey, 2001).

Pour pallier ce manque de connaissance, les Etats Unis ont tenté de mettre en place des formations ayant lieu directement au cabinet des praticiens. Ils nomment cela « academic detailing ». (Albert et coll, 2004) Le principe est simple : des conseillers, des cliniciens, des professionnels viennent directement au cabinet pour les former et les sensibiliser au tabagisme afin de les encourager à modifier leur pratique. Plusieurs visites sont programmées, et du matériel d'aide pour les praticiens et les patients est distribué. Les résultats de cette étude ne sont pas très favorables, beaucoup de praticiens ont refusé cette démarche car ils pensent que cela demande trop de temps et de travail, et que ce n'est pas rentable vu le peu de patients fumeurs qu'ils ont. De plus, la mise en place d'une telle démarche est très coûteuse.

➤ L'absence de rémunération et le manque de temps

Ces deux obstacles peuvent être considérés comme un tout car ils sont fortement liés. En effet face à des plannings déjà bien remplis, l'existence d'actes déjà longs non cotés comme l'enseignement à l'hygiène, et une rentabilité à assurer, il peut être difficile d'imaginer y ajouter la prise en charge de nos patients fumeurs. Il s'agit là encore d'actes qui ne sont pas facturés, et qui demandent beaucoup de temps au praticien. Ces deux critères font partis des

principaux obstacles rencontrés par les dentistes (Watt et coll, 2004). Ils sont les premiers cités par les dentistes américains (Walsh et Ellison, 2005).

Là encore l'Université de Manitoba a fait un grand pas en avant, puisqu'en 1999 elle a proposé à l'Association Dentaire du Manitoba (ADM) de créer un code régissant les honoraires des dentistes pour la prestation de service à la désaccoutumance du tabac. Cette proposition a été acceptée par l'ADM et l'Association Dentaire Canadienne (ADC) et est en vigueur aujourd'hui dans le guide d'honoraire de l'ADM (Gelskey, 2001).

➤ Le tabagisme du praticien

Les professionnels de santé fumeurs sont moins disposés que les non fumeurs à s'engager dans la lutte antitabac (OMS, 2005) et sont moins crédibles auprès de leurs patients (Park et coll, 2010). Ils doivent se poser en modèle étant les plus au fait des conséquences du tabac sur leur santé.

Des études ont montré que les dentistes sont les professionnels de santé où la prévalence tabagique est l'une des plus faibles avec 3,01% (Sarna et coll, 2010, Smith et Leggat, 2006). Elle a considérablement diminué dans la majorité des pays ces dernières années. Pourtant dans certains pays, leur consommation de tabac est semblable voire même supérieure à celle de la population générale, comme l'Italie, le Brésil ou l'Albanie (Smith et Leggat, 2006, Rodrigues et coll, 2008).

C'est pourquoi le code de bonne pratique de l'OMS a également précisé que les dentistes doivent s'engager à ne plus fumer et à faire de leur lieu de travail un lieu strictement non-fumeur (OMS, 2004).

➤ Le manque de conviction dans leur efficacité et la crainte de perdre des patients

Une grande majorité des dentistes interrogés sont favorables à leur intervention dans la lutte antitabac cependant une grande partie pensent qu'ils ne seront pas efficaces (Vanobbergen, 2007). Selon une étude de 2004, 61,5% des dentistes pensent que leurs patients n'accepteraient par leur aide (Watt et coll, 2004). Ils ont peur par la même occasion que leurs patients soient agacés, se sentent agressés et atteints dans leur liberté individuelle par cette démarche, et quittent leur cabinet (Ramseier et coll, 2007). Si en Belgique 80% des praticiens pensent être utiles en parlant de tabac, c'est tout l'inverse en Inde. En effet 80% des dentistes

pensent perdre leur temps et ne pas avoir la moindre influence (Chandrashekar et coll, 2008). N'oublions pas que la Chine et l'Inde sont les deux plus gros consommateurs de tabac au monde. Une étude a révélé qu'environ 59% des patients souhaiteraient avoir de l'aide de la part de leur dentiste (Campbell et coll, 99), alors qu'une autre étude menée en France en 2006 a montré que même si 40% des patients pensent que le dentiste doit avoir un rôle d'information, 90% pensent qu'il ne doit pas pour autant proposer de traitements ou d'orientation (Nguyen-Duy, 2007).

➤ Le manque d'information des patients

Les patients ne savent généralement pas que leur dentiste peut les aider dans leur démarche d'arrêt. Environ 70% des fumeurs souhaitent arrêter. Cependant une étude réalisée récemment (Ebbert et coll, 2007) a montré que plus de 60% d'entre eux ignoraient totalement que leur dentiste pouvait les aider. C'est pourquoi il est important pour les dentistes d'aborder le sujet et de proposer leur aide systématiquement.

➤ Le problème des prescriptions

La prescription des traitements médicamenteux d'aide au sevrage est également un frein à la participation des chirurgiens-dentistes. La varénicline ou le bupropion sont limités à la stricte prescription d'un médecin. Les substituts nicotiniques par contre sont en vente libres et peuvent être prescrits par les dentistes. Mais la sécurité sociale ne rembourse ces substituts à hauteur de 50 euros par an et par bénéficiaire que s'ils sont prescrits par un médecin, (www.ameli.fr). Pour remédier à cette incohérence, une proposition de loi a été déposée le 24 Juin 2010 afin d'étendre le remboursement de ces traitements à la prescription des chirurgiens dentistes. Cette proposition a été rejetée, mais les discussions restent en cours à l'heure actuelle (Sigman, 2010).

Encore une fois au Canada, grâce aux démarches de l'Université de Manitoba, l'ADM permet aux dentistes ayant suivi une formation reconnu sur le sevrage tabagique de prescrire du bupropion à leur patients, avec le consentement toutefois du médecin traitant (Gelskey, 2001).

3.4 L'efficacité des différentes interventions au cabinet dentaire

De nombreuses études ont été menées depuis des dizaines d'années afin de déterminer l'efficacité des différentes prises en charge des patients tabagiques par les professionnels de santé. Les études portant sur le sevrage tabagique sont multiples et menées dans diverses conditions. Certaines évaluent l'efficacité de différentes techniques d'approches, d'autres s'intéressent à l'efficacité d'une technique en fonction du type de clinicien considéré, d'autres encore l'efficacité suivant le temps de consultation, le tout réalisé sur des échantillons de populations également très variés et pas toujours reproductibles. Dans le « Clinical practice guideline » élaboré en 2000, FIORE et ses collaborateurs ont analysé, recoupé et synthétisé énormément d'études à ce sujet. Nous allons nous appuyer sur ces résultats et ceux d'autres études menées depuis afin d'apprécier l'efficacité de l'intervention des professionnels de santé dans l'aide à l'arrêt de leurs patients. Il est utile de rappeler que les chances de réussite d'une personne décidant d'arrêter de fumer seule sans aucune aide sont seulement de 10% (Dautzenberg, 2010). Nous allons séparer ces études en deux parties, une première assez générale regroupant celles réalisées chez tous les professionnels de santé, et une deuxième consacrée exclusivement aux études réalisées chez les dentistes.

3.4.1 Efficacité des différents éléments du sevrage tabagique

➤ L'identification du statut du patient

Le fait de demander aux patients s'ils sont fumeurs ou non peut paraître anodin et évident pour beaucoup de professionnels de santé. Il faut pourtant savoir que seul 40 à 65% suivant les études (Dabadie, 2010, Warnakulasuriya, 2002) des dentistes s'intéressent systématiquement à ce détail et le demandent pour tous les patients. S'intéresser au statut tabagique de notre patient est utile pour nous mais aussi pour notre patient. Lorsque cette question est posée systématiquement et que la réponse est bien conservée dans le dossier médical, on a pu démontrer que cela va non seulement multiplier par trois le nombre d'interventions des cliniciens sur le tabac, mais va également multiplier par deux le nombre d'arrêt à long terme chez leur patient (tableau 8).

Tableau 8: Intervention des cliniciens et taux d'arrêt à un an en fonction de l'identification du statut tabagique (Fiore et coll, 2000)

	Taux d'interventions sur le tabac par les cliniciens (%)	Taux d'arrêt (%)
Pas de dépistage systématique des fumeurs	38.5	3.1
Dépistage systématique des fumeurs (dans le dossier médical par exemple)	65,6	6.4

➤ Le conseil à l'arrêt

Une fois encore, conseiller à nos patients fumeurs d'arrêter peut paraître anodin, c'est pourquoi bien trop de cliniciens ne le font pas, ne pensant pas que cela puissent avoir un quelconque impact. Bien que l'incidence sur le taux d'arrêt ne soit pas exorbitante, l'analyse de plusieurs enquêtes menées auprès de médecins montrent que le taux de sevrage passe de 7,9% à 10,2 % lorsque le conseil d'arrêt est donné. On suppose que ces résultats peuvent en toute logique être extrapolés aux autres professionnels de santé, c'est pourquoi le « Clinical Practise Guideline » demande à chaque cliniciens de conseiller de façon systématique l'arrêt à leurs patients, dans une recommandation de grade B (Fiore et coll, 2000).

➤ Le conseil minimal

Le conseil minimal regroupe en quelque sorte les deux premières items que nous venons de voir. Pour rappel, ce conseil minimal se limite à demander au patient s'il fume, lui demander s'il compte arrêter et lui fournir de la documentation. Il s'agit d'une intervention très brève qui peut augmenter de 2 à 5% le taux d'arrêt à long terme (ANAES, 1998). Ce conseil est encore loin d'être prodigué par tous les chirurgiens dentistes, seulement 27% en Australie contre 65% aux Etats Unis (Clover et coll, 1999, Warnakulasuriya , 2002).

➤ L'intensité de l'intervention

Le nombre et la durée de l'intervention jouent un rôle important dans les chances de succès. Les études de FIORE ont montré que plus la durée de l'intervention est longue, plus le temps

total passé à parler du tabac et plus le nombre de séances consacrées à ce problème sont importantes, plus le nombre d'arrêt à long terme des patients sera grand (tableau 9 et 10). Cependant on remarque tout de même qu'une intervention même très brève de trois minutes augmente les chances de réussite.

Tableau 9: Taux d'arrêt à un an en fonction de la durée d'intervention (Fiore et coll, 2000)

Nbre d'intervention	Taux d'arrêt
0 – 1	12.4%
2 – 3	16.3%
4 – 8	20.9%
> à 8	24.7%

Tableau 10: Taux d'arrêt à un an en fonction du nombre d'intervention (Fiore et coll, 2000)

Durée d'intervention	Taux d'arrêt
Aucune	10.9%
< 3min	13.4%
3 à 10 min	16.0%
> 10 min	22.1%

➤ Le nombre et le type de cliniciens engagés

Comme nous l'avons déjà remarqué auparavant (voire 3.1) les dentistes ainsi que les autres professionnels de santé sont tout aussi qualifiés et efficaces que les médecins pour parler du tabagisme. De plus, les études ont pu montrer que lorsque plusieurs cliniciens s'engagent simultanément dans la prise en charge d'un même patient tabagique, les résultats sont meilleurs.

➤ Les traitements d'aide à l'arrêt

L'efficacité des traitements d'aide à la désaccoutumance du tabac n'est plus à démontrer. De nombreuses études ont été menées afin de déterminer l'importance de ces traitements. Nous allons résumer l'efficacité des trois traitements actuels principaux : les substituts nicotiniques, le bupropion et la varénicline. Les plus étudiés ont été les substituts nicotiniques, qui sont disponibles depuis plus longtemps. Leur utilisation double les chances de succès, tout comme le bupropion. La varénicline s'avère d'après les études plus efficace que les deux précédents mais elle n'entre encore dans aucune recommandation officielle. Cependant sa mise sur le marché est encore récente (2006) et des études sont encore en cours concernant les risques relatifs de survenue de dépression ou d'idées suicidaires.

Tableau 11: Efficacité des traitements de substituts nicotiniques (Silagy et coll, 2002)

	Nombre d'essais randomisés contre un groupe contrôle	Odds Ratio d'abstinence Comparé à un placebo à 12 mois
Gommes à mâcher	N=51	1,66
Dispositif transdermique	N=34	1 ,74
Spray nasal	N=4	2,27
Inhaleur	N=4	2,08
Tablettes sublinguales	N=3	2,08
Méta-analyse globale	N= 96 avec 35 692 fumeurs	1,74

Comme nous le voyons dans le tableau 11 regroupant plusieurs études, les différentes formes de substituts nicotiniques permettent en moyenne de doubler les chances d'arrêt.

Le bupropion peut également augmenter les chances d'arrêt à long terme, comme le montre cette étude de Hurt et coll. en 1997 (tableau 12). Cette étude a été menée chez 615 patients très dépendants au tabac (score de Fagerström >6) et motivés à l'arrêt. Quatre groupes ont été formés, un utilisant un placebo, les autres utilisant le bupropion à des posologies différentes. Le traitement a duré huit semaines. Nous voyons que le bupropion à dose de 150 ou 300mg par jour multiplie par deux les chances de réussite du sevrage.

Tableau 12: Efficacité du bupropion par rapport au placebo (afssaps, 2003)

Doses	Abstinence à 6 semaines (%)	Abstinence à 6 mois (%)	Abstinence à 12 mois (%)
Placebo (n=153)	19	15.7	12.4
Bupropion 100 mg/j (n=153)	28.8	24.2	19.6
Bupropion 150 mg/j (n=153)	38.6	27.5	22.9
Bupropion 300 mg/j N=156	44.2	26.9	23.1

Pour la varénicline, une méta-analyse réalisée par Cahill et coll. en 2011 regroupant différentes études sur ce produit montre une efficacité encore supérieure de ce traitement par rapport aux deux autres (tableau 13). Dans cette étude, l'efficacité de la varénicline dans l'aide à l'arrêt au sevrage a été comparée avec celle du placebo, des substituts nicotiniques et du bupropion. Comme nous le voyons, l'odds ratio obtenu dans la comparaison avec le placebo est de 2,31, ce qui signifie que le nombre d'arrêts constatés à un moment précis était multiplié par 2,31 dans le groupe utilisant de la varénicline par rapport au groupe soumis au placebo.

Tableau 13: Efficacité de la varénicline dans le sevrage tabagique (Cahill et coll, 2011)

Comparaison de l'efficacité	Nombre d'essais randomisés et de patients	Odds ratio
Varénicline par rapport au placebo	N=10 4443 patients	2.31
Varénicline par rapport au bupropion	N=3 1622 patients	1.52
Varénicline par rapport aux substituts nicotiniques	N=2 778 patients	1.13

Une autre étude menée en 2011 par Mainar et coll. en Espagne, visant à comparer l'efficacité des trois produits, rapporte des résultats plus ou moins similaires. Le pourcentage d'arrêt à 12 mois est de 57,4% avec la varénicline, 52,9% avec le bupropion, et de 47,1% avec les substituts nicotiniques. Rappelons que le taux d'arrêt moyen observé sans aide est d'environ 10 à 12% .

➤ Le suivi du patient

Le suivi du patient après son arrêt est très important dans la prévention des rechutes afin de garantir un arrêt à long terme. Une étude de Quinn et coll. en 2009 montre en effet que le taux

d'abstinence à un an avec un suivi est de 13,49% alors qu'il est de 8,64% lorsqu'aucun suivi du patient n'est réalisé.

CONCLUSION :

Nous pouvons donc remarquer que toutes ces étapes, faisant partie intégrante de la méthode des « 5A », sont efficaces et peuvent entraîner une augmentation du taux d'arrêt à long terme. L'augmentation n'est souvent que de quelques pourcents et peut paraître dérisoire, mais ramenée au nombre de fumeurs, cela peut tout de même permettre d'aider plusieurs centaines de milliers de fumeurs. L'étude de l'efficacité générale de la méthode des « 5A » a encore été démontrée dans une étude récente, montrant des taux d'arrêt multiplié par deux (Puschel et coll, 2008) chez les patients soumis à cette prise en charge.

3.4.2 Les études menées auprès des chirurgiens dentistes, des étudiants en chirurgie dentaire ou des cliniques dentaires

L'efficacité de différentes interventions au cabinet dentaire a également été étudiée à diverses reprises depuis plusieurs années. Là encore, les interventions menées par les dentistes se basent souvent sur les « 5A » : identifier le statut tabagique, conseiller l'arrêt, évaluer la motivation, aider en donnant de la documentation écrite ou des vidéos, en prescrivant des traitements, et enfin suivre le patient. Dans la grande majorité des études, les interventions se doivent d'être brèves afin d'être réalisables le plus facilement possible.

L'étude pionnière à ce sujet de Cohen et coll. en 1989, menée chez des dentistes privés aux Etats-Unis, montre un taux d'abstinence à un an passant de 7,7% dans le groupe contrôle, à 16,9% grâce à des conseils sur l'arrêt et les risques du tabac, associés à des entretiens motivationnels réguliers et des traitements nicotiniques.

Gordon et coll. en 2001 montre qu'une intervention au cabinet dentaire basée sur les « 5A » permet d'augmenter le taux d'arrêt à un an de 8,8% à 16,5%. En 2005 il montre dans une étude similaire mais en limitant le temps d'intervention à trois minutes qu'une intervention très brève permet également d'améliorer le taux d'abstinence à un an de 4,6% à 18,8% (Gordon et coll, 2005).

Carr et Ebbert (2007) ont analysé différentes études menées au cabinet dentaire. Il en ressort un odds ratio de 1,44 entre les fumeurs soumis à une intervention, quelle qu'elle soit, de leur dentiste et ceux n'ayant aucune aide de leur part, ce qui correspond à une augmentation de 3%. Cependant cette étude ne fait pas de distinction en fonction du type et de l'intensité des interventions menées et les résultats sont donc quelque peu faussés.

Afin de faciliter et de rendre plus accessible cette lutte anti tabagique au cabinet dentaire, les auteurs se penchent vers d'autres démarches. La méthode des « 5A » devient alors la méthode des « 3A » ou AAR : *Ask, Advise, Refer*, correspondant à la démarche « Fax to Quit » évoquée précédemment. Le praticien se contente alors d'identifier le fumeur, de lui conseiller l'arrêt et de le mettre en relation avec un organisme spécialisé. Cette démarche semble efficace (Gordon et coll, 2010) puisque les études montrent des taux d'arrêt plus importants que dans les groupes contrôles et quasiment similaires à une prise en charge classique de type 5A.

Au contraire de ces démarches brèves, des études ont été menées afin d'évaluer l'efficacité d'interventions plus longues et intenses au cabinet dentaire. Une première étude menée en Suède propose une information longue auprès des patients, comprenant huit séances de quarante minutes, réparties sur quatre mois délivrée par les hygiénistes. Son efficacité a été évaluée comparativement à une information plus brève se composant d'une seule séance de trente minutes associée à de la documentation pour le patient (Nohlert et coll, 2009). Le taux d'abstinence à six mois était deux fois plus élevé pour les interventions longues que les brèves (18% contre 9%). De même, une étude menée au Japon, traite également d'une intervention intense. Elle comporte une première visite de trente minutes à une heure où des conseils pour l'arrêt sont donnés, des traitements pharmaceutiques, des brochures, et une date d'arrêt est fixée. Puis quatre rendez-vous sont programmés à 2, 4, 8, et 12 semaines après l'arrêt afin de suivre l'évolution du patient. Cette méthode a permis d'obtenir un résultat d'abstinence de 36% alors qu'il n'était que de 13% dans le groupe contrôle (Hanioka et coll, 2010).

D'une manière générale, nous pouvons observer que toutes les actions de lutte contre le tabac menées au cabinet dentaire sont efficaces, peu importe leur intensité. Les résultats ne sont pas forcément excellents, mais ils sont tout de même présents.

IV. MISE EN PRATIQUE AU CABINET DENTAIRE

Comme nous l'avons vu précédemment, la lutte anti-tabagique au cabinet dentaire doit faire face à plusieurs obstacles ressentis par les praticiens. Les principaux sont le manque de temps et de rémunération qui en découle, et le manque de connaissance. La France est d'autant plus concernée par ce problème de temps que certains pays, puisqu'elle ne possède pas d'hygiénistes. En effet, la prévention tabagique au cabinet dentaire est essentiellement assurée par ces professionnels dans les pays en disposant. Comme pour l'enseignement à l'hygiène ou la prévention, les dentistes français vont devoir s'organiser seuls et gérer au mieux leur temps.

Cependant une bonne organisation du cabinet, un minimum de connaissance sur le sujet, et des interventions brèves de la part du praticien peuvent permettre d'assurer une efficacité optimale pour un minimum de temps. Nous allons donc voir dans cette partie comment surmonter les obstacles et mettre en place de façon pratique, concrète, simple et rapide des mesures visant à lutter contre le tabagisme au cabinet dentaire, tout en restant efficace.

4.1 L'organisation du cabinet

4.1.1 Affiches et brochures anti-tabac

Il est important de disposer d'affiches anti-tabac dans les salles d'attente. Cela permet de rappeler en permanence à chaque patient que leur tabagisme est un réel problème pour leur santé, et peut en inciter certains à aborder le sujet plus facilement. De nombreuses affiches sont disponibles gratuitement sur le site de tabac info service et peuvent être livrées gratuitement au cabinet.

Figure 23: brochure de l'OFT sur le tabagisme et santé bucco-dentaire



De nombreuses brochures ont également été réalisées. Il est nécessaire de disposer de documentation à remettre aux patients après leur consultation, leur permettant de faire le point sur leur dépendance, sur les traitements disponibles, donnant des conseils sur l'arrêt du tabac, qu'ils soient destinés aux adolescents ou aux adultes. De nombreux sites comme tabac-info-service ou l'INPES proposent diverses brochures. L'OFT présente également un livret spécifique, « j'arrête la cigarette, une décision salubre pour ma santé bucco-dentaire » (figure 23) exposant les relations entre le tabac et la santé bucco-dentaire.

4.1.2 Signalisation de l'interdiction de fumer

Le dernier décret Bertrand de 2006, entré en vigueur le 1^{er} Février 2007 impose d'afficher l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics avec des affiches réglementées (figure 24). Les cabinets dentaires doivent également respecter cette réglementation. L'affiche de cette interdiction est disponible entre autre sur le site de l'ordre national des chirurgiens dentistes et le site www.tabac.gouv.fr. Elle peut être affichée sur n'importe quel support mais doit au minimum être au format A5.

Figure 24: Affichage obligatoire de l'interdiction de fumer dans les lieux publics



Le chirurgien-dentiste devrait également s'engager à ne pas fumer à son cabinet et à faire de cet endroit un endroit strictement non-fumeur.

4.1.3 Utilisation d'outils supplémentaires

➤ Le CO-testeur

Le cabinet dentaire peut également se munir d'un CO-testeur. Ces instruments de mesure de l'intoxication au monoxyde de carbone (CO) sont très utilisés dans les campagnes et les actions de lutte anti-tabac. Ils peuvent être très utiles et parlant pour les patients, qui prennent immédiatement conscience de leur intoxication et de la gravité de la situation. Cela peut aussi être utilisé comme motivation en leur montrant la chute brutale du taux et l'absence de monoxyde de carbone dans le sang après seulement 24 heures d'arrêt.

Il faut rappeler que la combustion d'une cigarette entraîne comme toute combustion incomplète la formation de CO dans la fumée, qui est inhalé dans les poumons et passe rapidement dans le sang. Ce CO, en plus d'être un toxique cardiovasculaire, possède une grande affinité pour l'hémoglobine, environ 200 fois supérieure à celle de l'oxygène. Il se forme alors de la carboxyhémoglobine, l'alimentation des tissus et des organes en oxygène se trouve donc appauvrie, c'est l'hypoxie. Pour contrer cet effet, la fréquence respiratoire, cardiaque et la pression artérielle augmentent, diminuant ainsi la capacité à l'effort et augmentant les risques cardiovasculaires (Dautzenberg, 2007).

Cette intoxication au CO sera facilement mesurée grâce à un CO-testeur en quelques secondes. La mesure est très facile, il suffit de souffler avec un débit moyen et prolongé dans l'embout à usage unique, après une apnée de quinze secondes. La lecture se fait après trente secondes. Le taux expiré par un non-fumeur varie entre 1 et 5 ppm, par un non-fumeur exposé au tabagisme passif entre 5 et 10 ppm, et le taux expiré par un fumeur est supérieur à 10. En moyenne, cette quantité correspond à 3ppm + le nombre de cigarettes fumées dans les dernières 24 heures. La demi-vie du monoxyde de carbone est de six heures au repos. C'est pourquoi après seulement un jour d'abstinence, l'intoxication est déjà supprimée.

Il existe plusieurs modèles de CO-testeur. Leurs prix sont compris généralement entre 400 et 500 euros. Il existe trois fabricants : FIM, Bedfont et Micro Medical (figure 25, 26 et 27).

Leur précision et la facilité de lecture des informations varient selon les modèles. L'OFT a fait un récapitulatif des différents systèmes disponibles, accessible sur www.ofta-asso.fr.

Figure 25: le tabataba® de FIM



Figure 26: le piCO® de Bedfont

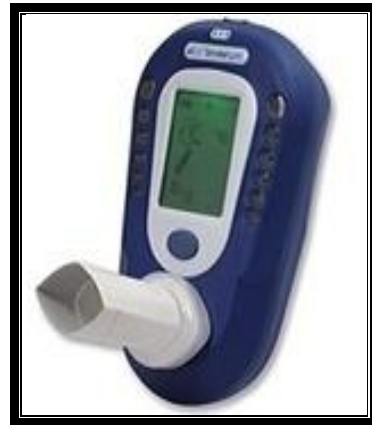


Figure 27 : le Micro CO de Micromedical



➤ Les vidéos

De nombreuses affiches, dépliants et brochures sont disponibles auprès de divers sites et organisations contre le tabac et constituent les seuls outils disponibles pour les praticiens. Certains pays très impliqués dans la lutte anti-tabac comme le Canada, la Suède ou les États-Unis utilisent également des moyens audiovisuels. Il pourrait être intéressant de développer des vidéos sur les méfaits du tabac et le sevrage tabagique qui pourraient ainsi être diffusées régulièrement dans les salles d'attente (ODQ, 2005).

➤ Les lignes d'appels téléphoniques

Comme l'ont montré les études citées plus haut (3.4.2), quelques brefs conseils de la part du praticien, une remise de documentation et une mise en relation avec une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt peuvent être efficaces. Ainsi, pour les praticiens ne souhaitant ou ne pouvant pas prendre en charge l'arrêt de leur patient, il est tout à fait possible de les référer à un centre d'appel. En France, la ligne tabac info service au 39 89, est accessible du lundi au samedi de 8h à 20h, à 0,15 € la minute. Des professionnels sont à l'écoute pour donner des conseils, répondre aux questions et aider les patients dans leur démarche de sevrage.

Le site internet de tabac info service a également mis en place un programme de coaching en ligne pour arrêter de fumer. Certains patients préféreront peut être cette démarche virtuelle à une démarche téléphonique trop intime pour eux. Un formulaire d'inscription permettant d'évaluer l'âge, l'état de dépendance du patient et sa motivation à l'arrêt doit être rempli. Une date d'arrêt doit également être fixée grossièrement. Suite à l'envoi de ce formulaire, des e-mails de soutien, de conseils, d'astuces ou d'exercices ludiques seront envoyés régulièrement au patient.

➤ Les consultations tabacologiques

Comme pour les lignes téléphoniques, envoyer des patients chez des spécialistes constitue une bonne alternative à une prise en charge au cabinet dentaire et s'avère parfois nécessaire. Cela doit être fait d'office pour les situations à risques ou présentant de forts risques d'échecs (détaillées au 1.1.4) Il ne faut pas hésiter à envoyer les patients si on ne se sent pas capable de le faire soi même.

L'OFT tient à jour le répertoire de l'ensemble des consultations de tabacologie disponible en France ainsi que leurs coordonnées (www.ofta-asso.fr). A Nancy par exemple, des consultations de tabacologie sont disponibles entre autre au Centre Alexis Vautrin, au C.H.U de Brabois ou à la maternité régionale.

4.2 Une méthode des « 5 A » simplifiée et adaptée au cabinet dentaire

La méthode des 5A vu dans la deuxième partie a été très développée et détaillée et peut paraître fastidieuse. Pourtant il s'agit en réalité d'une méthode d'intervention brève,

recommandée pour tous les professionnels de santé (Fiore et coll, 2000). Nous allons donc reprendre ici les éléments principaux et voir comment nous pouvons les adapter à la situation du chirurgien-dentiste.

Il faut déterminer une démarche de prise en charge simple afin d'être accessible et suivie par un maximum de chirurgiens dentistes. En effet, même si des formations sur ce sujet sont accessibles, tous les dentistes ne se formeront pas à la tabacologie. Elle doit aussi être rapide, car il ne faut pas oublier que le sevrage tabagique n'est pas leur rôle premier. Cette démarche doit être systématique pour TOUS les patients fumeurs. A l'heure actuelle, seul 65% des questionnaires médicaux comprennent une question sur le tabac (Nguyen-Duy, 2007).

Comme nous l'avons dit auparavant, il est évident que dans le cadre du cabinet dentaire il n'est pas possible d'accorder trop de temps aux fumeurs et de réaliser des consultations intensives. C'est pourquoi nous nous limiterons de préférences à des interventions brèves de trois à cinq minutes, qui ont tout de même démontré leur efficacité (voir 3.4). Avec une organisation et un matériel adapté, cela peut se mettre en place assez facilement.

4.2.1 Identifier le fumeur

Cela peut regrouper les parties Ask et Assess. Le but n'est pas seulement de dépister les fumeurs, mais de connaître toute l'histoire tabagique du patient, sa dépendance, sa motivation à l'arrêt, son rapport complet à la cigarette.

Pour faciliter cette démarche, il serait facile d'imaginer une sous-partie du questionnaire médicale totalement centrée sur le tabac, qui permettrait de répondre à toutes ces questions. Les questionnaires médicaux retrouvés dans les cabinets se contentent trop souvent de demander *Fumez-vous ? Combien de cigarette par jour ?*

Le programme « Let it be » en Suisse, et le conseil de l'ordre des dentistes du Québec ont proposé des questionnaires complets. En voici donc une proposition basée sur les deux cités précédemment.

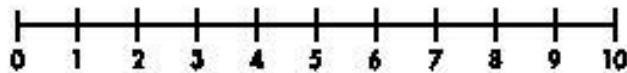
- a) Combien de cigarette par jour fumez-vous?.....
- b) Depuis combien d'années fumez-vous?.....
- c) Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

- ☐ Dans les 5minutes
- ☐ Dans les 30 minutes
- ☐ Dans l'heure
- ☐ Plus d'une heure après

- d) Etes-vous concernés par l'une des situations ci-dessous :

- ☐ Etes-vous enceinte ou en cours d'allaitement
- ☐ Consommez-vous régulièrement de l'alcool
- ☐ Consommez-vous régulièrement du cannabis
- ☐ Souffrez-vous de pathologies cardiovasculaires
- ☐ Souffrez-vous de pathologies respiratoires
- ☐ Avez-vous des antécédents de dépression

- e) Sur cette échelle visuelle, où situez vous votre motivation à arrêter ?



- f) Pensez-vous sérieusement à arrêter :

- ☐ Oui au cours du mois prochain
- ☐ Oui au cours des six prochains mois
- ☐ Non, pas pour l'instant

- g) Si oui, accepteriez-vous de l'aide de votre dentiste? OUI NON

- h) Avez-vous déjà tenté d'arrêter ?

- ☐ Jamais
- ☐ Moins de 4 fois
- ☐ 4 fois ou plus

- i) Si oui, avez-vous utilisé des traitements pour vous aider ? OUI NON

- j) Si oui, lesquels et à quelle dose?

.....

- k) Avez-vous ressenti des symptômes de manque pendant votre tentative ? OUI NON

- l) Pourquoi pensez-vous avoir repris ?

.....

Voici donc un exemple de questionnaire, qui pourrait tout à fait être rempli par nos patients en même temps que le questionnaire médical. Cela permet d'avoir tous les renseignements nécessaires sur le tabagisme de notre patient, et d'évaluer directement le type de situation à laquelle nous sommes confrontés : *Suis-je en présence d'une situation nécessitant l'aide d'un spécialiste ? Suis-je face à une situation nécessitant un arrêt urgent ? Suis-je face à une personne non motivée à l'arrêt ? Suis-je face à une personne fortement dépendante ? Dois-je envisager des traitements médicamenteux en cas d'arrêt ?*

En résumé, un tel questionnaire permet de répondre d'office à toutes les questions importantes et nous permet donc d'adapter directement notre attitude par rapport au patient. Autre point important, cela n'a jusque là pas pris de temps sur nos consultations.

4.2.2 Agir face à un patient non motivé

Le questionnaire correctement rempli va nous permettre de distinguer directement les personnes non motivées. Comme nous l'avons dit auparavant, nos arguments ne seront pas très efficaces et très peu entendus par ces patients. Nous nous contenterons donc d'un conseil minimal oral, de conseiller l'arrêt en s'appuyant sur certains risques (en tant que dentiste, nous pouvons insister davantage sur les risques bucco-dentaires) et de fournir des documentations écrites. Voici quelques phrases clés :

- *J'ai vu que vous fumez, Avez-vous déjà essayé d'arrêter ?*
- *Envisagez-vous actuellement d'arrêter ?*
- *En tant que dentiste, je me dois tout de même de vous conseiller d'arrêter pour votre santé.*
- *Vous savez que le tabac peut être très nocif pour votre santé bucco-dentaire. Il peut favoriser l'apparition et l'aggravation de nombreuses maladies, favoriser l'apparition de plaque et de tartre, de colorations jaunes ou brunes, entraîner des pertes prématurées des dents, ou bien plus grave encore entraîner des cancers buccaux.*
- *Je veux bien vous faire un détartrage et enlever toutes les tâches disgracieuses mais elles reviendront très vite à cause du tabac.*

- Vos récessions gingivales seraient moins importantes si vous arrêtiez de fumer.
- Vous n'êtes pas sans savoir que vous prenez des risques pour votre santé en général
- Vous savez qu'un fumeur sur deux meurt du tabac ?
- Pensez-vous qu'un arrêt peut vous être bénéfique ?
- Que ressentez vous comme frein à l'arrêt ?
- Ne voyez-vous aucun avantage à arrêter de fumer ?
- Accepteriez-vous au moins de réduire votre consommation ?
- Si vous changez d'avis, n'hésitez pas à me contacter.

Il ne faut pas prendre un ton moralisateur, mais plutôt détaché, voire décalé pour ne pas braquer le patient, mais tout en restant ferme. Il faut répéter ces questions et ces arguments aussi souvent que possible pour faire réagir le patient.

Toutefois nous pouvons proposer à ces patients des stratégies de réduction de la consommation (voir 2.3.4) ou même un arrêt temporaire si nécessaire (voir chapitre suivant 4.3)

4.2.3 Agir face à un patient motivé

Un patient qui exprime clairement son envie d'arrêter et son besoin d'aide pour y parvenir peut être pris en charge au cabinet dentaire.

4.2.3.1 *L'encourager*

La première chose à faire est bien évidemment de le féliciter, de l'encourager dans sa démarche, et de le remotiver à chaque instant, en insistant sur les risques à poursuivre son tabagisme ou les bénéfices à l'arrêter :

- *C'est la meilleure décision que vous puissiez prendre pour votre santé.*
- *Vous allez enfin vous débarrasser de cette dépendance qui vous empoisonne la vie.*
- *Vous aller retrouver du souffle, une bonne mine, un meilleur sommeil.*
- *Vous donnerez un très bon exemple à vos enfants.*
- *Vous allez retrouver le goût des aliments, une meilleure haleine, et des dents plus blanches*

Nous pouvons également le rassurer sur ses craintes, et le prévenir des difficultés à venir. On pourra alors lui proposer notre aide. Il faut savoir que certains patients préfèrent arrêter seuls sans aucune aide, il ne faut donc pas leur imposer mais leur proposer notre intervention :

- *Vous savez le sevrage du tabac est malgré tout difficile, les premiers temps sont durs mais cela va en s'améliorant, alors vous ne devez surtout pas perdre de vue vos motivations.*
- *Les symptômes de sevrage peuvent être bien maîtrisés par des traitements adéquats.*
- *Une bonne hygiène de vie vous permettra de ne pas prendre de poids, ou très peu.*
- *Les traitements disponibles sont très efficaces et peuvent doubler vos chances de réussite. Ils ne sont pas toxiques et n'induisent pas de dépendance.*
- *Des envies de fumer peuvent persister au début, mais vont disparaître petit à petit.*
- *La rechute ou un faux pas peut arriver, il ne faut pas dramatiser, cela fait partie du processus d'arrêt.*
- *En moyenne il faut 3 à 4 tentatives avant d'y parvenir.*
- *Puis-je vous aider dans votre démarche ? Ou un autre spécialiste ?*

S'il accepte notre aide, deux solutions s'offrent à nous :

- Se contenter de donner de brefs conseils, l'encourager, lui fournir de la documentation qui peut être utile (brochures) et l'adresser à un spécialiste. Nous pouvons l'adresser à un médecin ou un tabacologue si cela paraît nécessaire. Nous pouvons aussi lui donner

le numéro et le site internet de tabac-info-service qui peut aussi prendre le relais. Même si nous ne le prenons pas en charge, nous aurons tout de même joué un rôle pour l'aider. Adresser un fumeur à des personnes compétentes doit être le réflexe minimum de chaque praticien.

- Prendre en charge totalement le sevrage. D'une façon générale, nous nous occuperons plus facilement des patients faiblement ou moyennement dépendants, qui poseront moins de difficultés. Dans ce cas nous pourrons réaliser toutes les étapes vues précédemment dans le chapitre « ASSIST ».

4.2.3.2 *Prise en charge du sevrage tabagique au cabinet dentaire*

Des patients faiblement ou moyennement dépendants et motivés seront plus faciles à prendre au charge au cabinet dentaire puisqu'ils ne nécessiteront pour certains aucun traitement d'aide et les consultations de suivi ne devront pas être trop fréquentes en général (Dautzenberg, 2010).

Nous pouvons donc fixer une date d'arrêt avec eux, en prenant éventuellement des dates stratégiques dans notre plan de traitement (le prochain rendez-vous par exemple, la fin des soins, la veille de l'extraction des dents de sagesse prévue, un mois avant la pose de l'implant.....) C'est au patient de décider de la date, et de déterminer le moment le plus propice pour lui (ODQ, 2005).

Nous pouvons décider avec lui de l'utilisation ou non de substituts nicotiniques uniquement, le bupropion et la varénicline n'étant que sous prescription médicale. Encore une fois cela se décide en accord avec le patient, c'est à lui de décider. Certains préféreront arrêter sans traitements. Il est important dans ce cas de leur rappeler que les traitements peuvent doubler les chances de réussite, et éventuellement de les rassurer sur les préjugés qu'ils peuvent avoir sur les substituts nicotiniques (risque de dépendance, risque pour leur santé...) Il faut se baser sur les expériences passées, sur les traitements déjà utilisés auparavant afin de déterminer le type et la dose de traitement appropriés. En cas de première tentative, nous pouvons nous baser sur la proposition de traitement initial de l'INPES (voir 2.4.5.2). Il ne faut pas oublier que les prescriptions faites par les dentistes ne peuvent pas être remboursées dans le cadre des 50 euros par an.

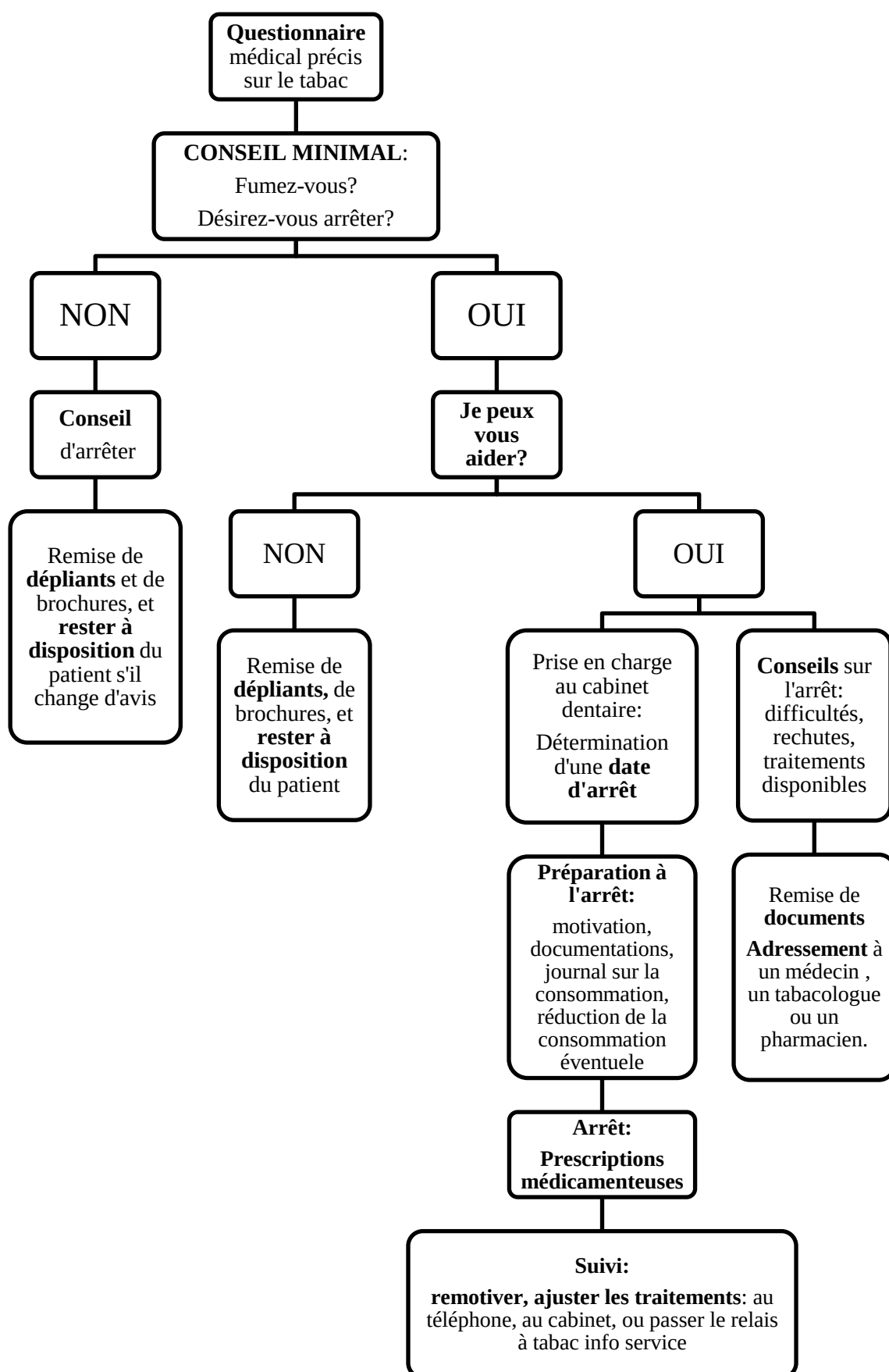
Bien qu'en tant que dentiste nous nous limitons aux substituts nicotiniques, il est important de préciser au patient que d'autres traitements comme le Champix® ou le Zyban ® sont disponibles sur le marché et reconnus comme efficaces.

4.2.3.3 *Le suivi du patient*

En tant que dentistes nous avons des avantages et des inconvénients pour le suivi des patients. D'un côté nous voyons nos patients très souvent, au minimum une à deux fois par an pour la plupart et faisons partie des cliniciens les plus consultés. Cela nous permet donc d'assurer un suivi minimal pour tous nos patients à long terme, ce qui peut être suffisant pour certains. D'un autre côté il nous est impossible de mettre des rendez-vous à nos patients uniquement pour des consultations de suivi tabagique.

Nous avons vu qu'une consultation de suivi peut être nécessaire à une semaine, puis à un mois, deux mois, trois mois et six mois. Cela dépend bien sûr des cas. Il faut donc essayer dès que possible de faire correspondre les consultations de suivi et les consultations dentaires. Lors de traitements longs s'étalant sur plusieurs semaines (cas prothétique complexe, chirurgie nécessitant un temps de cicatrisation avant la suite des soins...), le suivi peut être facilement réalisé sur une durée relativement longue si le sevrage est entrepris dès le début des soins. Si nous sommes dans l'impossibilité de suivre le patient après l'arrêt, nous pouvons laisser le relais à la ligne de tabac info service par exemple, ou lui proposer de rester à sa disposition au cabinet ou par téléphone en cas de difficultés. Nous pouvons aussi organiser un vrai suivi, et prendre l'initiative de rappeler les patients tous les mois pour faire un bilan (ODQ, 2005). Cela pourra alors être réalisé par le dentiste lui-même, la secrétaire ou l'assistante dentaire.

EN RESUME :



4.3 Un cas particulier : l'abstinence temporaire

Nous savons que certains actes chirurgicaux comme les extractions ou la pose d'implants, ont beaucoup plus de risques d'échecs ou de complications chez les patients fumeurs que les non-fumeurs, ce que nous détaillerons à la suite.

Si nous ne parvenons pas à motiver nos patients à arrêter de fumer de façon définitive, il peut être intéressant de contourner le problème en leur proposant un arrêt temporaire de la cigarette lorsqu'une telle intervention est programmée, ce qui permettra déjà de diminuer tous les risques liés au tabac.

4.3.1 Conduite du traitement d'arrêt temporaire (Dautzenberg, 2010)

Le but de ce traitement est d'entraîner un arrêt total de la consommation de tabac pour une durée variable, pouvant aller de quelques heures à plusieurs jours ou semaines. Bien évidemment, comme tout arrêt, cela va entraîner des sensations de manque pour les plus dépendants. Ces sensations désagréables peuvent apparaître deux à six heures après la dernière cigarette (Martinet et coll, 2007). C'est pourquoi cette démarche doit être associée à la prise d'une substitution nicotinique adaptée, comme pour un sevrage total. L'utilisation de formes orales est fortement recommandée pour les arrêts courts de quelques heures, alors que l'utilisation de patch est préférable pour les arrêts temporaires longs de plusieurs jours.

Généralement les patients maîtrisent très bien leurs symptômes de manque grâce aux substituts nicotiques et gèrent bien leur arrêt temporaire. Pour certain, cela peut constituer un déclic dans la décision d'arrêt définitif, en les rassurant vis-à-vis de la gestion des sensations de manque et en les familiarisant avec les traitements disponibles.

4.3.2 Le tabagisme péri-opératoire (OFT et AFC, 2005)

Une conférence d'experts menée en 2005 sur le tabagisme péri-opératoire rapporte les risques encourus et les précautions à prendre. Au niveau de la santé générale, le tabagisme augmente considérablement les risques de complications cardio-vasculaires, respiratoires et infectieuses.

L'apparition de complication au niveau du site opératoire est multiplié par trois voire plus suivant les études. On note essentiellement des risques augmentés d'infection de la plaie, une mauvaise cicatrisation et une cicatrisation plus lente.

En préopératoire, un arrêt de 6 à 8 semaines avant l'intervention supprime la survenue de complication opératoires dues au tabac. Un arrêt de 3 à 4 semaines quant à lui ne supprime pas complètement ces risques de complications mais apporte tout de même un bénéfice considérable. De même sur le plan physiopathologique, l'arrêt total du tabac dans les 48 heures précédant l'intervention devraient également être bénéfique.

En postopératoire, le maintien de l'arrêt permet une meilleure consolidation osseuse, ainsi qu'une meilleure cicatrisation de la peau et des tissus mous.

En conclusion il est donc recommandé à tous les patients devant subir une intervention chirurgicale quelle qu'elle soit d'arrêter de fumer six à huit semaines avant sa réalisation.

4.3.3 Tabac et implants

Le tabac est une contre-indication relative à la pose d'implants, augmentant considérablement les taux d'échecs. Une revue de littérature de 2007 montre que les taux d'échecs sont en général multipliés par plus de deux. La localisation des implants a tout de même une importance sur le pronostic. Les implants maxillaires présentent deux fois plus d'échecs que les mandibulaires, de même que la région antérieure mandibulaire est beaucoup moins touchée par ces échecs que la région postérieure (Baig et Rajan, 2007). L'ostéointégration est donc largement perturbée par le tabac. Il existe aussi une corrélation entre l'intensité du tabagisme et le risque d'échec. Cependant des études ont montrés un meilleur pronostic lors de l'utilisation d'implants avec des surfaces mordancées, oxydées ou sablées, par rapport à l'utilisation de surfaces lisses (ADF, 2006).

Il a été montré qu'un sevrage tabagique qui débute une semaine avant la chirurgie implantaire et se prolonge 8 semaines au-delà, permet de faire chuter le taux d'échecs précoces au même niveau que celui d'un non-fumeur. Cela devrait donc être proposé à chaque fumeur ayant recours à la pose d'implants (Bain, 1996). Bien évidemment cette démarche permet de supprimer les risques d'échecs précoces, mais à long terme la reprise du tabac favorisera tout de même les complications ou les échecs tardifs.

En effet, le tabac augmente également les risques de complications ultérieures : une perte osseuse plus importante (figure 28), des péri-implantites plus fréquente, et des poches péri-implantaires plus importantes. Le tabac est considéré comme le facteur principal d'échec et de complications des thérapeutiques implantaires (Beaglehole et Benzian, 2005).

Figure 28 : échec d'une reconstitution fixe sur implants chez une patiente fumeuse
www.at-suisse.ch



4.3.4 Tabac, parodonte et cicatrisation (Balaji, 2008)

Le tabac est un vasoconstricteur périphérique, diminuant l'influx sanguin à certains niveaux. Une seule cigarette peut diminuer la vitesse de la circulation périphérique de 40% en une heure. Il entraîne donc une diminution de la vascularisation de la gencive et de l'os sous-jacent, et influe donc sur le temps de cicatrisation des plaies buccales. La cicatrisation après une chirurgie buccale, qu'il s'agisse d'une simple extraction ou d'un acte plus agressif, est plus longue et bien plus aléatoire. De plus l'anoxie tissulaire a aussi un impact sur les défenses immunitaires, ce qui favorise les complications infectieuses au niveau du site opératoire.

On suppose que certains composés du tabac ou de la fumée, essentiellement la nicotine, la cotinine, le monoxyde de carbone et le cyanide d'hydrogène sont cytotoxiques et interagissent avec les cellules impliquées dans la cicatrisation.

Suite à une ou plusieurs extractions, le saignement de l'alvéole est souvent très diminué chez les fumeurs, voire inexistant. Il n'y a donc pas de formation de caillot sanguin ce qui favorise

considérablement la survenue d'alvéolite (figure 29) ou d'autres complications lors de la cicatrisation. L'absence de saignement et de coagulation après extraction est quatre fois plus fréquente chez les fumeurs (Beaglehole et Benzian, 2005). Cependant certaines études ne montrent pas de différence significative de cette prévalence (Parthasarathi et coll, 2011). Mais il faut savoir que l'intensité du tabagisme est proportionnelle au risque d'alvéolite. Une augmentation est significative à partir d'un paquet par jour. La prévalence moyenne de survenue d'alvéolite est de 4% chez un non-fumeur (Abu Younis et coll, 2011), de 12% chez un fumeur de 10 cigarettes par jour (Noroozi et Philbert, 2009) et de 20% pour un fumeur de 20 cigarettes par jour. Ce risque passe à 40% pour un patient qui fume dans les 24 heures suivant l'intervention.

Il n'y a pas d'études permettant de déterminer précisément la durée d'arrêt minimum nécessaire garantissant une cicatrisation optimale. Il est cependant fortement recommandé de ne pas fumer au minimum dans les 24 heures suivantes. Cela permet d'éviter une grande majorité de complications, mais il reste préférable de s'abstenir dans les 48 à 72 heures si cela est possible. Un arrêt 24 heures avant l'intervention pourrait également être bénéfique en permettant d'augmenter l'afflux sanguin au niveau de la gencive et donc permettre un saignement suffisant lors de l'extraction (Noroozi et Philbert, 2009).

Lors de l'extraction de dents de sagesse mandibulaires, la survenue de trismus est également plus fréquente chez les fumeurs (Lopez et coll, 2006).

Figure 29: Illustration d'un cas d'alvéolite, deux jours après l'extraction
<http://carrefour-dentaire.xooit.com/t8560-chirurgie-parodontale-reparatrice.htm>



Le tabac favorise également la survenue et la gravité des maladies parodontales, mais diminue surtout fortement l'efficacité de leur traitement. Le surfaçage, la greffe d'os, la régénération tissulaire guidée, la greffe gingivale sont autant de traitements donnant des résultats bien inférieurs et limités chez les fumeurs (Balaji, 2008). Mais les méfaits du tabac sont globalement réversibles. Suite à l'arrêt du tabac, on observe une diminution de la perte osseuse alvéolaire, une diminution de la perte des dents et de meilleures réponses aux traitements parodontaux (Preshaw et coll, 2005). Cependant la durée d'arrêt nécessaire à une amélioration de l'état du parodonte n'a pas été clairement identifiée et il semble y avoir une relation entre l'intensité du tabagisme et le temps nécessaire à l'amélioration de l'état de santé du parodonte (Ramseier et coll, 2007). La demi-vie de disparition du risque des atteintes parodontales est estimée à 18 mois après l'arrêt du tabac (Dietrich et Hoffman, 2004). Cependant le parodonte d'un ex fumeur restera toujours de moins bonne qualité que celui d'un non-fumeur, mais d'une meilleure qualité que celui d'un fumeur encore actif. Des études évaluant la quantité d'os chez des hygiénistes ont montré que les pertes d'os alvéolaires sont plus grandes chez les fumeurs actifs que chez les anciens fumeurs, mais plus grandes chez les ex-fumeurs que chez les non-fumeurs (Bergström et coll, 1991).

Au-delà de sept cigarettes par jour, la chirurgie parodontale esthétique est clairement contre-indiquée. La contre-indication est relative si le patient arrête de fumer pendant 3 mois (Balaji, 2008). Un arrêt pendant deux semaines post opératoires aurait cependant un effet bénéfique sur les résultats des greffes gingivales (ANCD, 2004). Des études restent encore toutefois nécessaires afin de déterminer le temps d'arrêt minimal permettant d'obtenir des résultats optimaux suite à des chirurgies parodontales.

4.4 Savoir répondre aux faux arguments des patients

Lors de l'abord du tabagisme, bon nombre de patients vont se cacher derrière de faux arguments pour se déculpabiliser, des préjugés, ou des connaissances erronées sur le sujet. Il est important de pouvoir facilement rectifier leur dire afin de changer leur rapport à la cigarette. Ce petit question/réponse (tableau 14) qui suit va pouvoir nous orienter et nous aider en ce sens.

Tableau 14: Les faux arguments classiques des patients d'après Dautzenberg 2007, Lemaitre 2005

Question	Réponse
Je fume depuis longtemps, ça ne vaut plus la peine d'arrêter	Il n'est jamais trop tard, arrêter de fumer aura toujours des bénéfices sur votre santé, comme les risques d'AVC qui revienne à la normale en un an.
Il faut bien mourir un jour !	Oui mais pourquoi avancer la date de quelques dizaines d'années ? De plus les morts liées au tabac se précèdent souvent de plusieurs années de maladie très difficiles.
J'ai déjà les poumons très malades, ça ne changera plus rien !	En arrêtant de fumer, vous éviterez tout de même de graves complications et aggravations de votre maladie, et les traitements seront plus efficaces.
Mon grand père a fumé toute sa vie jusqu'à 90 ans et n'en est pas mort !	C'est l'exception qui confirme la règle, personne n'est égal face à la maladie. Vous jouez à pile ou face, puisqu'un fumeur sur deux meurt du tabac !
Je ne fume que 3 ou 4 cigarettes par jour, ça ne risque rien !	Il n'y a pas de petit tabagisme, votre risque de cancer du poumon est tout de même multiplié par cinq ! De plus c'est plus la durée que la quantité du tabagisme qui est néfaste.
Je fume des cigarettes légères, c'est sans danger !	Les toxiques sont tout de même présents. Vous allez tirer plus fort sur votre cigarette pour avoir votre dose de nicotine, et donc inhaler autant voire plus de toxiques qu'en tant normal. C'est pour cela que la mention « light » est interdite en France depuis 2003.
Je suis jeune, le cancer du poumon n'arrive jamais avant 50 ans !	Même si sa moyenne est effectivement de 61 ans, il peut survenir à tout âge.
Si j'arrête je vais grossir !	Ce n'est pas systématique et concerne 2 tiers des patients. Avec des mesures hygiéno-diététiques, cela est tout à fait contrôlable.
Si j'arrête je vais être stressé !	Le manque de nicotine peut entrainer une irritabilité, qui peut être bien gérée avec les traitements. Pourtant arrêter de fumer diminue le stress physiologique (baisse de la fréquence cardiaque, amélioration du sommeil..). Et la cigarette n'est qu'un réflexe, elle ne fera jamais disparaître le facteur stressant !
Ce n'est pas le bon moment !	Il n'y a pas de bon moment, vous pourrez toujours trouver une excuse pour ne pas arrêter et vous ne faites que reporter le problème. Cela montre simplement que vous ne vous sentez pas encore prêt.
J'ai déjà essayé, mais je n'y arrive pas	La dépendance tabagique est l'une des plus fortes, dont le sevrage est le plus difficile. Les rechutes font parti intégrante de la démarche de sevrage, quasiment tous les patients doivent faire 4, 5 ou plus de tentatives avant d'y parvenir.
Les traitements coutent cher !	Cela coutera toujours bien moins cher que vos paquets de cigarettes ! Le sevrage coute environ la moitié de vos paquets, et ce n'est que pour quelques mois.

Je suis contre les traitements, je ne veux pas quitter une dépendance pour une autre !	On parle ici d'une et même dépendance, celle à la nicotine dont vous êtes victime ! C'est l'effet « shoot » de la cigarette qui entraîne cette grande dépendance, on ne le retrouve pas avec l'utilisation des substituts nicotiniques qui la délivre de façon régulière. Ils permettront de doubler vos chances de réussite !
Les substituts nicotiniques sont aussi dangereux que la cigarette !	Ceux-ci ne contiennent que la nicotine, qui sera délivrée de façon constante et beaucoup plus légère. Ils ne contiennent pas les 4000 autres composés toxiques de la fumée de cigarette !
Les traitements ne fonctionnent pas chez moi	Ce n'était peut être pas le traitement adapté. Il existe plusieurs traitements, sous plusieurs formes, et à différentes doses. Votre traitement était peut être sous dosé.
Je dois enlever mon patch si je fume ?	NON, la nicotine diffuse encore une à deux heures après retrait du patch. Cela traduit simplement un sous dosage des traitements.

4.5 Se former

Comme nous l'avons dit précédemment, le manque de connaissance est un problème majeur dans l'implication des chirurgiens dentistes. Cependant, même si le sevrage tabagique ne fait pas partie intégrante des études en chirurgie-dentaire pour l'instant, il est tout à fait possible de se former personnellement grâce à différentes ressources.

4.5.1 Les formations accessibles

En plus des articles que nous pouvons retrouver dans différentes revues, essentiellement les revues de parodontologie, de nombreuses conférences et formations ont lieu régulièrement afin de former et d'aider les chirurgiens-dentistes dans leur prise en charge du patient tabagique dans le cadre de la formation continue : « Rôle élargi du chirurgien dentiste : le sevrage tabagique » (par le Dr J. Wemaere, ADF 2008), « Le sevrage tabagique : implication du chirurgien dentiste » (par le Dr Gauzeran, 16ème soirée scientifique de la FSSOSIF, 2009), « Place du chirurgien dentiste dans le dispositif d'aide au sevrage tabagique » (par le Dr Dacal, Montpellier, 2010), « Chirurgiens dentistes et addictions » (par le Dr Coeuru, au conseil de l'ordre de Meurthe et Moselle en Juin 2011) en sont des exemples. Le site internet ABCDENT.fr nous propose une vue d'ensemble des formations, cours, congrès, et conférences proposés.

L'Office Français de prévention du tabagisme (OFT) propose également plusieurs formations se déroulant à Paris, ou pouvant à la demande être déployées sur d'autres sites, accessibles aux professionnels de santé. Toutes ces formations sont accessibles sur leur site internet www.ofta-asso.fr.

Pour les praticiens désirant se former de manière plus professionnelle, une formation universitaire existe. Ces diplômes inter universitaires de tabacologie sont ouverts aux médecins, infirmières, sages-femmes, pharmaciens, nutritionnistes, psychologues, chirurgiens-dentistes et autres formations médicales, paramédicales ou biologiques. Ils sont organisés par différentes facultés de médecine. Les cours se déroulent sur un an et sont sanctionnés par un examen final. L'obtention du diplôme est acquise après avoir validé des stages pratiques (5 à 10 demi-journées) dans des consultations de tabacologie de référence et après avoir réalisé un mémoire. Cette formation est tout à fait réalisable à Nancy dont le responsable est le Dr Paille. Nous pouvons retrouver toutes les coordonnées et adresses utiles sur le site *tabac info service*, rubrique *professionnels de santé*.

4.5.2 Les sites internet utiles

De nombreux sites internet se sont développés sur le thème du tabac. Il faut cependant réussir à différencier les sites officiels et professionnels des sites amateurs. Ces sites vont permettre d'aider les patients souhaitant arrêter, mais vont également aider les professionnels de santé désireux de se former sur le sujet. Voici quelques sites utiles, avec les principales informations délivrées :

➤ **www.tabac-info-service.fr**

C'est le site de référence, proposant des aides en ligne pour les patients souhaitant arrêter, de nombreux conseils et documents pour les professionnels de santé, et permettant également de commander gratuitement des affiches ou des brochures spécialisées.

➤ **www.inpes-sante.fr**

L'INPES travaille en relation avec tabac info service, l'accès à de nombreux articles sur le tabac est possible, ainsi que la commande d'affiches ou de brochures.

➤ **www.ofta-asso.fr**

Le site de l'OFT propose également une partie pour aider les fumeurs, et une pour aider les professionnels de santé. On peut également y commander divers outils d'intervention et de prévention, y trouver l'ensemble des formations de l'OFT ou les manifestations professionnelles à ce sujet, y chercher très facilement une consultation de tabacologie proche.

➤ **www.fedecardio.com**

Site de la Fédération Française de Cardiologie, avec de très nombreuses informations dans le domaine de la prévention et du sevrage.

➤ **www.cdc.gov/tobacco/sgr/index.htm**

Mise en ligne des rapports du surgeon general édités sur le tabac depuis 1964 par le CDC (Etats-Unis). Mine d'informations et de références scientifiques sur le tabac.

➤ **www.treatobacco.net**

Ce site international est produit et entretenu par la Société de Recherche sur la Nicotine et le Tabac (SRNT) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les données clés, les commentaires et les références, ont été rassemblés et examinés par plus de 40 experts internationaux et sont périodiquement mis à jour afin de prendre en compte les nouvelles recherches. Il est aussi possible de télécharger des kits de diapositives ainsi que d'autres ressources depuis le site.

➤ **De nombreux autres sites sont disponibles, avec beaucoup de ressources et d'informations :**

- www.cnct.org (Comité National Contre Le Tabagisme)
- www.has-santé.fr (Haute Autorité De Santé)
- www.who.int (Organisation Mondiale de la Santé)
- www.afssaps.fr (Agence Française De Sécurité Sanitaire Des Produits De Santé)
- www.dnf.asso.fr (Droit Des Non Fumeurs)
- www.ofdt.fr (Observatoire Français Des Drogues Et Des Toxicomanies)

4.5.3 Les publications utiles

De nombreux livres ont été publiés sur le tabac, ses effets et les méthodes de sevrage. Il serait impossible de tous les répertorier. Ils sont tous très riches en information, mais sont souvent très généralistes. C'est pourquoi nous allons ici seulement citer les publications étant étroitement liées aux chirurgiens-dentistes ou leur étant directement adressées, pour leur permettre de mieux appréhender le sevrage tabagique.

➤ **Guide pratique de prise en charge du sevrage tabagique en cabinet dentaire**

Par le Dr HESCOT, 2006, disponible sur <http://www.espaceparodontax.fr>,

➤ **Intervenir auprès des patients fumeurs : un guide à l'intention des dentistes**

Par l'ordre des dentistes du Québec, 2005, disponible sur :

http://ordredesdentistesduquebec.qc.ca/publications/images/pdf/intervenir_fr.pdf

➤ **Tabagisme : intervention au cabinet dentaire**

Par la ligue suisse contre le cancer, 2004, disponible sur : www.stop-tabac.ch/fra/images/stories/documents_stop_tabac/Tabagisme%20intervention%20au%20cabinet%20dentaire.pdf

➤ **Treating tobacco use and dependence**

Par le US department of health and Human Services, 2000, disponible sur: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf

Même s'il n'est pas spécifiquement destiné aux dentistes, il se veut d'être applicable par tous les professionnels de santé, est très détaillé et apporte une démarche très complète.

CONCLUSION

Au fil des siècles, le tabac est passé d'une marque de richesse et de distinction à un véritable fléau, devenant l'un des problèmes de santé publique numéro un dans le monde et faisant plus de cinq millions de morts par an. La lutte anti-tabagique s'organise depuis des dizaines d'années. Aujourd'hui, ce n'est plus seulement l'affaire des médecins ou des tabacologues mais celle de tous les professionnels de santé, qui doivent s'impliquer auprès de leurs patients appuyés par des démarches gouvernementales de plus en plus importantes et des médias de plus en plus concernés. C'est pourquoi toutes les recommandations actuelles sur le sevrage tabagique comme celles de l'AFSSAPS, de l'ANAES, de l'OMS et bien d'autres encore expriment clairement la nécessité pour les chirurgiens dentistes de se mobiliser contre le tabac.

Les chirurgiens dentistes occupent effectivement une place privilégiée auprès de leurs patients. Ils passent globalement plus de temps avec eux que les autres cliniciens et ils voient des patients de tout âge, dont beaucoup de jeunes, ce qui facilite la prévention. De plus ils suivent leurs patients très régulièrement puisque 70% des français consultent leur dentiste une fois par an. Ils sont également les seuls parfaitement formés sur les nombreuses répercussions buccales du tabagisme, peuvent mettre en garde leurs patients et détecter précocement les lésions, qu'elles soient cancéreuses ou non. Rappelons que certaines régions de France font partie des régions les plus touchées au monde par les cancers buccaux, qui sont bien évidemment favorisés par le tabac en premier lieu et l'alcool.

N'oublions pas que le code de la Santé Publique déclare que « la pratique de l'art dentaire comporte la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies [...] de la bouche, des dents, des maxillaires et des tissus attenants » et que les chirurgiens-dentistes peuvent « prescrire tous les actes, produits et prestations nécessaires à l'exercice de l'art dentaire ». Quoi de plus normal dans ce cas que d'aider nos patients fumeurs à arrêter, étant donné les répercussions importantes sur la cavité buccale ?

Les études ont montré que des interventions même brèves réalisées au cabinet dentaire auprès des patients fumeurs permettent d'augmenter les chances d'arrêt à long terme. Même si cette augmentation n'est que de quelques pourcents et peut paraître modeste, ces résultats sont tout

à fait comparables à ceux observés auprès d'autres types de cliniciens dont des cliniciens spécialisés. De plus étant donné le nombre du fumeur en France et dans le monde, grâce à une augmentation d'1% c'est plusieurs milliers de fumeurs de plus que nous aidons et qui s'arrêtent.

Nous avons pu voir également que les chirurgiens dentistes sont favorables à leur implication dans le sevrage tabagique, en posant toutefois certaines limites. Ils sont tout à fait favorables à parler du sujet avec leurs patients et à conseiller l'arrêt, mais sont beaucoup plus réticents à prendre en charge le sevrage. Pourtant n'oublions pas que les chirurgiens dentistes peuvent tout à fait prescrire des substituts nicotiniques. Cette réticence s'explique par plusieurs obstacles auxquels ils sont confrontés, puisqu'ils reconnaissent en effet un manque de temps, de rémunération et un manque de connaissance.

De ce travail, il paraît donc important de retenir que les dentistes se doivent d'intervenir auprès de leurs patients fumeurs, sans pour autant se transformer en tabacologue ou usurper leur rôle. Il faut s'inscrire dans une logique de coopération pluridisciplinaire. Notre démarche doit être simple et rapide pour être réalisable. C'est pourquoi il faut :

- Demander systématiquement le **statut tabagique** à TOUS nos patients, en l'inscrivant dans le dossier médical. Il peut être intéressant de connaître toute l'histoire tabagique du patient, c'est pourquoi des questionnaires plus précis comme nous l'avons proposé dans ce travail, évaluant également la dépendance et la motivation à l'arrêt peuvent être utiles.
- Appliquer le **conseil minimal** à TOUS les patients fumeurs : *Fumez-vous ? Avez-vous l'intention d'arrêter ?*
- **Conseiller l'arrêt** à tous les fumeurs en parlant brièvement des risques essentiellement bucco-dentaires puisque c'est notre domaine.
- Disposer d'**affiches et de dépliants** à remettre au patient pour l'aider dans ses démarches ou simplement le faire réfléchir.
- Si un fumeur souhaite arrêter, au minimum l'**adresser** à un spécialiste
- Cependant nous avons en tant que chirurgiens dentistes le **droit de prescrire des substituts nicotiniques**, et pouvons donc aider nous-mêmes certains patients à arrêter, généralement les moins dépendants et ceux ne présentant aucunes situations à risques.

Les mécanismes de dépendance sont très complexes et restent encore largement incompris. Les études futures devraient permettre de mieux comprendre ce phénomène et donc de mieux l'appréhender. L'influence de la génétique sur la dépendance des fumeurs est clairement d'actualité. L'identification de ces influences génétiques permettrait de changer radicalement le traitement et la prévention de la dépendance. Grâce à des études plus approfondies, des nouvelles techniques et des nouvelles molécules pour les traitements d'aide à l'arrêt pourraient alors voir le jour et faciliter le sevrage.

ANNEXE 1 : Liste des abréviations

ADF :	Association dentaire française
AFC :	Association française de chirurgie
AFSSAPS :	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ANAES :	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANCD :	Académie nationale de chirurgie dentaire
AVC:	Accident vasculaire cérébral
CCLAT:	Convention cadre pour la lutte anti-tabagique
CO:	Monoxyde de carbone
FDI:	Fédération dentaire internationale
FFP :	Fédération française de psychiatrie
GUN :	Gingivite ulcéro-nécrotique
IDM:	Infarctus du myocarde
INPES :	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
OFT:	Office français de prévention du tabagisme
OMS:	Organisation mondiale de la santé
TCC :	Thérapies cognitivo-comportementales
TNS:	Traitements par substituts nicotiniques
UFSBD:	Union française pour la santé bucco-dentaire
VEMS :	Volume expiratoire maximum seconde

ANNEXE 2: Test HAD (hospital anxiety and depression) (ANAES, 2004)

1. <u>Je me sens tendu, énervé</u>		Un peu mais cela ne m'importe pas	1
La plupart du temps	3	Pas du tout	0
Souvent	2		
De temps en temps	1		
Jamais	0		
2. <u>J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent :</u>		9. <u>Je sais rire et voir le bon côté des choses</u>	
Oui toujours	0	Toujours autant	0
Le plus souvent	1	Plutôt moins	1
De plus en plus rarement	2	Nettement moins	2
Tout est plus difficile	3	Plus du tout	3
3. <u>Je me sens ralenti</u>		10. <u>Je me fais souvent du souci</u>	
Tout le temps	3	Très souvent	3
Très souvent	2	Assez souvent	2
Quelquefois	1	Occasionnellement	1
Pas du tout	0	Très occasionnellement	0
4. <u>J'éprouve des sensations d'angoisse et j'ai une boule dans la gorge ou l'estomac noué</u>		11. <u>Je me sens heureux</u>	
Très souvent	3	Jamais	3
Assez souvent	2	Pas souvent	2
Parfois	1	Quelquefois	1
Jamais	0	La plupart du temps	0
5. <u>J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence</u>		12. <u>Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir heureux</u>	
Totalement	3	Jamais	3
Je n'y fais plus attention	2	Rarement	2
Je n'y fais plus assez attention	1	Oui en général	1
C'est comme d'habitude	0	Oui quoi qu'il arrive	0
6. <u>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</u>		13. <u>Je m'intéresse à la lecture d'un bon livre ou à un bon programme radio ou télé</u>	
Tout à fait	3	Souvent	0
Un peu	2	Assez souvent	1
Pas tellement	1	Rarement	2
Pas du tout	0	Pratiquement jamais	3
7. <u>J'envisage l'avenir avec optimisme</u>		14. <u>J'éprouve des sensations soudaines de panique</u>	
Comme d'habitude	0	Très souvent	3
Plutôt moins qu'avant	1	Assez souvent	2
Beaucoup moins qu'avant	2	Rarement	1
Pas du tout	3	Jamais	0
8. <u>J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</u>			
Oui très nettement	3		
Oui mais ce n'est pas trop grave	2		

Résultat significatif quand :

Anxiété : somme questions 1, 4, 6, 8, 10, 12 et 14 supérieur à 9

Dépression : somme questions 2, 3, 5, 7, 9, 11, 13 supérieur à 8

ANNEXE 3 : Récapitulatif des produits d'aide à l'arrêt du tabac disponible en France (Dautzenberg, 2010)

Type Disponibilité Date de mise sur le marché	Effets Indésirables	Avantages	Inconvénients	Durée du Traitement	Posologie et utilisation	Nom	Dose et posologie maximale
GOMMES A MACHER Sans ordonnance 1984	-Douleur des mâchoires -irritation bouche Et gorge -hoquet -nausées -vomissements -céphalées Etourdissement	-utilisation facile et rapide -soulagement des signes de sevrage 5-10 min après utilisation -contrôle de la dose par le patient	-technique de mastication adéquate pour être efficace -ne pas manger ou boire pendant la mastication -risque de décollement des prothèses dentaires	-12 semaines à 6 mois -un an maximum	-8 à 12 par jour, une gomme toutes les une à deux heures en général - mâcher lentement pendant 20 à 30 min.	NICOGUM® (classique, menthe, régλισse)	-2 mg : max 23/jr
						NICORETTE® (fruit, menthe, classique, cannelle, orange)	-2 mg : max 30/jr -4 mg : max 15/jr
						NICOTINELL® Fruit, menthe, classique, régლისse)	-2 mg : max 25/jr -4 mg : max 15/ jr
						NIQUITIN®	-2 mg : max 30/jr -4 mg : max 15/jr
COMPRIMÉS SUB- LINGUAUX Sans ordonnance 1985	-irritation bouche et gorge -hoquet -nausées -vomissements -céphalées -étourdissement	-utilisation facile et rapide -pas de mastication -soulagement des signes de sevrage 5-10 min après utilisation -contrôle de la dose par le patient	-ne pas manger ou boire pendant la prise	- 12 semaines à 6 mois	- 8 à 12 par jour, un comprimé toutes les une à deux heures -laisser dissoudre 30 min.	NICORETTE® MICROTAB (classique, citron)	-2 mg : max 30/jr -4 mg : max 15/jr

Type Disponibilité Date de mise sur le marché	Effets Indésirables	Avantages	Inconvénients	Durée du Traitement	Posologie et utilisation	Nom	Dose et posologie maximale
COMPRIME A SUCER Sans ordonnance 1986	-irritation bouche et gorge -hoquet -nausées -vomissements -céphalées -étourdissement	-utilisation facile et rapide -pas de mastication -soulagement des signes de sevrage 5-10 min après utilisation -contrôle de la dose par le patient	-ne pas manger ou boire pendant la prise	- 12 semaines à 6 mois	- 8 à 12 par jour, un comprimé toutes les une à deux heures. - laisser dissoudre 20 à 30 minutes.	NIQUITIN® (classique, menthe)	-2 mg : max 15/jr -4 mg : max 11/jr
						NIQUITINMINIS®	-1,5mg : max 15/jr - 4mg : max 11/jr
						NICOPASS® (classique, menthe, régisse)	- 1,5mg : max 30/jr - 2,5mg : max 15/jr
INHALEUR Sans ordonnance 2004	-irritation bouche et gorge -toux -céphalées -nausées -troubles gastro- intestinaux	-mime l'action de fumer -libération rapide de nicotine -contrôle de la dose par le patient	-Inhalations fréquentes nécessaires -Visible lors de l'utilisation	- 12 semaines à 12 mois	- 6 à 12 cartouches par jour	NICORETTE® INHALEUR	- 10 mg : max 12/jr
PATCH Sans ordonnance 1992	-irritation de la peau -insomnie -céphalées -étourdissement	-emploi et observance facile -quantité constante dans le sang -surdosage rare	-pas de soulagement rapide du sevrage -pas d'ajustement de dose possible en cas de manque	- 12 semaines à 6 mois	- un ou deux patch par jour posés le matin	NICORETTE®	-5, 10, 15mg/ 16 h
						NICOPATCH®	- 7, 14, 21 mg/ 24h
						NICOTINELTTS®	- 7, 14, 21 mg/ 24 h
						NIQUITIN	- 7, 14, 21 mg/ 24h

Type Disponibilité Date de mise sur le marché	Effets Indésirables	Avantages	Inconvénients	Durée du Traitement	Posologie et utilisation	Nom	Dose et posologie maximale
BUPROPION Sur prescription 2004	-insomnie -sécheresse buccale -céphalées -Rhinite -Eruptions cutanées	-usage facile -pas de nicotine -efficacité indépendante de la dépendance à la nicotine	-augmente le risque de convulsion (0,1 à 0,4%) -interactions avec plusieurs médicaments	- 2 mois	- Un cp par jour pendant 1 semaine, puis 2 par jour pendant 2 mois	ZYBAN®	- Cp 150 mg
VARENICLINE Sur prescription 2007	-nausées -insomnies -céphalées -rêves anormaux -constipation	-effets directs sur les récepteurs nicotiniques différents des autres médicaments	- cas de dépression et d'idées suicidaires reportés	-3 mois à 6 mois	- 0,5 mg pendant 3 jours, puis 1 mg par jour pendant 4 jours puis 2 mg par jour pendant 12 semaines	CHAMPIX®	- Cp 0,5 mg - Cp 1 mg - Cp 0,5 et 1mg

BIBLIOGRAPHIE

1. ABU YOUNIS MH., ABU HANTASH RO.

Dry socket: frequency, clinical picture, and risk factors in a palestinian dental teaching center.
Open Dent J 2011 ; 5 : 7-12

2. ACADEMIE NATIONALE DE CHIRURGIE DENTAIRE (ANCD)

Commission de prévention et santé publique, tabagisme et maladie parodontale
Bull Acad Natle Chir Dent 2004 ; 47 : 89-103

3. ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE

Fumer nuit gravement à la santé buccale [en ligne]

Paris : ADF publications, 2006

Disponible sur :

<www.adf.asso.fr/cfm/site/thesaurus/detail_conference.cfm?rubrique_origine=47&conference=50/2006>

(consulté le 24/05/2011)

4. ASSOCIATION DENTAIRE FRANÇAISE

Les Français et leur chirurgien-dentiste [en ligne]

Paris : Congrès de l'ADF, 20-24 Novembre 2007

Disponible sur : <http://www.adf.asso.fr/pdf/dossiers-de-presse/Congres-ADF_Dossier-de-presse_2007.pdf>

(consulté le 24/05/2011)

5. AFSSAPS

ZYBAN® : sevrage tabagique et sécurité d'emploi [en ligne]

Paris : AFSSAPS, 2002

Disponible sur : <[www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiqués-Points-presse/ZYBAN-R-sevrage-tabagique-et-securite-d-emploi/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiqués-Points-presse/ZYBAN-R-sevrage-tabagique-et-securite-d-emploi/(language)/fre-FR)>

(Consulté le 12/06/2011)

6. AFSSAPS

Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac [en ligne]

Paris : AFSSAPS, 2003

Disponible sur : <www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations-de-bonne-pratique/Strategies-therapeutiques-medicamenteuses-et-non-medicamenteuses-de-l-aide-a-l-arret-du-tabac-recommandations-de-bonne-pratique>

(Consulté le 12/06/2011)

7. AFSSAPS

Mise sur le marché de Champix ® : information sur la sécurité d'emploi [en ligne]

Paris : AFSSAPS, 2007

Disponible sur : <www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiqués-Points-presse/Mise-sur-le-marche-de-Champix-R-Informations-sur-la-securite-d-emploi>

(Consulté le 12/06/2011)

8. AFSSAPS

Plan de gestion de risque de la spécialité pharmaceutique Champix® [en ligne]

Paris : AFSSAPS, 2008

Disponible sur :

<www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/2b34c98d80258bb7cbf85ca49fe76337.pdf>

(Consulté le 12/06/2011)

9. ALBERT D., AHLUWALIA K., WARD A., SADOWSKY D.

The use of academic detailing to promote tobacco-use cessation counseling in dental offices

J am dent assoc 2004 ; 135 : 1700-1706

10. ALBERT D., WARD A., SADOWSKY D.

Addressing tobacco in managed care: a survey of dentist's knowledge, attitudes and behaviors
Am J Public Health 2002 ; 92 : 997-1001

11. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence
Am J Psychiatry 1996 ; 153 : 1-31

12. ANAES

L'arrêt de la consommation de tabac
Paris : Conférence de consensus, 8-9 Octobre 1998

13. ANAES

Grossesse et tabac
Lille : Conférence de consensus, 7-8 Octobre 2004

14. ANAES

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en médecine générale : aide au sevrage tabagique
Association Capitole Stop Tabac, Décembre 2004

15. BAIG MR., RAJAN M.

Effects of smoking on the outcome of implant treatment: a literature review.
Indian J Dent Res 2007 ; 18(4) : 190-5.

16. BAIN CA.

Smoking and implant failure-benefits of a smoking cessation protocol.
Int J Oral Maxillofac Implants 1996 ; 11(6) : 756-9.

17. BALAJI SM.

Tobacco smoking and surgical healing of oral tissues: A review.
Indian J Dent Res 2008 ; 19 : 344-8

18. BEAGLEHOLE RH., BENZIAN HM.

Tobacco or oral health: an advocacy guide for oral health professionals
Royaume-Uni : Ed FDI World Dental Press, Lowestoft, 2005

19. BERGSTRÖM J., ELIASSON S., PREBER H.

Cigarette smoking and periodontal bone loss.
J Periodontol 1991 ; 62(4) : 242-246

20. BERGSTRÖM J.

Tobacco smoking and supragingival dental calculus.
J Clin Periodontol 1999 ; 26(8) : 541-7.

21. BERGSTROM JS., ELIASSON S., DOCK J.

A 10-year prospective study of tobacco smoking and periodontal health
J periodontal 2000 ; 71(8) : 1338-47

22. BOHADANA A., NILSSON F., RASMUSSEN T. [et al.]

Nicotine inhaler and nicotine patch as a combination therapy for smoking cessation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial
Arc Inter Med 2000 ; 160 : 3128-3134

23. BOLLIGER C., ZELLWEGER JP., DANIELSSON T. [et al.]

Smoking reduction with oral nicotine inhalers : double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety
BMJ 2000 ; 321 : 329-333

24. BROTHWELL DJ.

Should the Use of Smoking Cessation Products Be Promoted by Dental Offices? An Evidence-Based Report
J Can Dent Assoc 2001 ; 67 : 149

- 25. BROTHWELL DJ., ARMSTRONG KA.**
Smoking cessation services provided by dental professionals in a rural Ontario health unit.
J Can Dent Assoc 2004 ; 70(2) : 94-8.
- 26. CAHILL K., STEAD LF., LANCASTER T.**
Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation.
Cochrane Database Syst Rev 2011 16 ; 2 : CD006103
- 27. CAMPBELL HS., SLETTEN M., PETTY T.**
Patient perceptions of tobacco cessation services in dental offices.
J Am Dent Assoc 1999 ; 130(2) : 219-26
- 28. CAMPUS G., CAGETTI MG., SENNA A. [et al.]**
Does smoking increase risk for caries? a cross-sectional study in an italian military academy.
Caries Res 2011 ; 45(1) : 40-6. Epub 2011 Jan 13
- 29. CARR AB., EBBERT JO.**
Interventions for tobacco: a systematic review
Community Dent Health 2007 ; 24 : 70-74
- 30. CASALS PEIDRÓ E., OTERO ROMERO S., CUENCA SALA E.**
Prevalence of smoking among dentists in Catalonia-Spain (2006) . Literature review of smoking cessation practices in the dental office.
Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2008 ; 13(10) : 671-7
- 31. CHANDRASHEKAR J., MANJUNATH BC., MADHU U.**
Adressing Tobacco control in Dental Practice: a survey of dentists knowledge, Attitudes and behaviours in Cochin, India [en ligne]
Amrita School of Dentistry Cochin, 2008
Disponible sur: <www.sctimst.ac.in/amchss/Tobacco_Control.pdf> (consulté le 14/04/2011)
- 32. CHRISTEN AG., KLEIN JA., CHRISTEN JA. [et al.]**
How-to-do-it quit-smoking strategies for the dental office team: an eight-step program.
J Am Dent Assoc 1990 ; Suppl : 20S-27S
- 33. CLOVER K., HAZELL T., STANBRIDGE V., SANSON FISHER R.**
Dentist's attitudes and practice regarding smoking
Aust Dent J 1999 ; 44(1) : 46-50
- 34. COHEN SJ., STOOKEY GK., KATZ BP., DROOK CA., CHRISTEN AG.**
Helping smokers quit: a randomized controlled trial with private practice dentists.
J Am Dent Assoc 1989 ; 118(1) :41-5
- 35. COLLEGE ROMAND DE MEDECINE DE L ADDICTION (COROMA)**
Neurosciences de l'addiction [en ligne]
Suisse, 2009
Disponible sur: <http://www.stop-tabac.ch/fra/images/stories/documents_stop_tabac/neurosciences_addictions.pdf>
(consulté le 24/08/2011)
- 36. DABADIE G.**
Le rôle du chirurgien dentiste dans le sevrage tabagique : représentation de praticiens français
Thèse d'odontologie : Bordeaux 2 : 2010
- 37. DAUTZENBERG B.**
Mieux comprendre le tabac et ses effets pour en parler aux autres
Paris : ed Margaux orange, 2000

- 38. DAUTZENBERG B.**
Travailler sans tabac : le guide
Paris : Ed margaux orange, 2007
- 39. DAUTZENBERG B.**
Le tabagisme de la clinique au traitement
Paris: Ed Med'com, 2010
- 40. DIETRICH T., HOFFMANN K.**
A comprehensive index for the modeling of smoking history in periodontal research.
J Dent Res 2004 ; 83(11) : 859-63
- 41. DOLAN TA., MCGORRAY SP., GRINSTEAD-SKIGEN CL. [et al.]**
Tobacco control activities in U.S Dental practices
J Am Dent Assoc 1997 ; 128 : 1669-1679
- 42. EBBERT JO., CARR AB., PATTEN CA. [et al.]**
Tobacco use quitline enrollment through dental practices: a pilot study
J Am Dent Assoc 2007 ; 138 : 595-601
- 43. FAGERSTRÖM K., GILLJAM H., METCALFE M. [et al.]**
Stopping smokeless tobacco with varenicline: randomised double blind placebo controlled trial.
BMJ 2010 6 ; 341 : c6549
- 44. FIORE MC., BAILEY WC., COHEN SJ. [et al.]**
Smoking cessation. Clinical practice guideline No 18.
Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication no. 96-0692, 1996
- 45. FIORE MC., BAILEY WC., COHEN SJ. [et al.]**
Treating tobacco use and dependence
U.S Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000
- 46. FIORE MC., JAEN CR., BAKER TB. [et al.]**
Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Quick reference guide for clinicians
ROCKVILLE, MD; U.S. Department of Health and Human services, 2009
- 47. GAILLY J.**
Arrêter de fumer, recommandations de bonnes pratiques
Belgique : Société scientifique de médecine générale, 2005
- 48. GAUDONEIX-TAEIB M., BEAUVERIE P., POISSON N.**
Tabac et médicaments : liaisons dangereuses ?
Alcoologie et addictologie 2001 ; 23 : 7-12
- 49. GARELIK DA.**
Nicotine gum dependence treated with varenicline--a case report.
Nicotine Tob Res 2010 ; 12(10) : 1041-2
- 50. GELSKEY S.**
Programmes et politiques de désaccoutumance au tabac à la faculté de médecine-dentaire de l'Université de Manitoba
J Can Dent Assoc 2001 ; 67 : 145-148
- 51. GILBERT A., GOSSELIN L., GUEZ M. [et al.]**
C'est encore par la bouche qu'on fume! [en ligne]
Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2011
Disponible sur : <http://www.usherbrooke.ca/dep-sciences-sante-communautaire/fileadmin/sites/dep-sciences-sante-communautaire/documents/Fev_Rapport_final_groupe_Catherine_Risi.pdf>
(consulté le 13/14/2011)

52. GOLDSTEIN MG., DEPUE JD., MONROE AD. [et al.]

A population-based survey of physician smoking cessation counseling practises
Prev Med 1998 ; 27 : 720-9

53. GONSETH J., CORNUZ J.

Modification de la composition des cigarettes Durant le XXe siècle: rôle de l'industrie du tabac et effet sur la dépendance tabagique
Revue Médicale Suisse 2009 ; 210

54. GORDON JS., ANDREWS JA., CREWS KM. [et al.]

The 5A's vs 3A's plus proactive quitline referral in private practice dental offices: preliminary results.
Tob Contro .2007; 16(4) : 285-8.

55. GORDON JS., ANDREWS JA., CREWS KM. [et al.]

Do faxed quitline referrals add value to dental office-based tobacco-use cessation interventions?
J Am Dent Assoc 2010 ; 141 : 1000-7

56. GORDON JS., ANDREWS JA., LICHTENSTEIN E. [et al.]

The impact of a brief tobacco-use cessation intervention in public health dental clinics
JADA 2005 ; 136 : 179-184

57. GORDON JS., SEVERSON HH.

Tobacco cessation through dental office settings
J Dent Educ 2001 ; 65 : 354-363

58. GRUNFELD JP.

Recommandations pour le plan cancer 2009-2013 [en ligne]
Rapport au président de la république, 14 Février 2009
Disponible sur : <www.sante.gouv.fr/recommandations-pour-le-plan-cancer-2009-2013-rapport-au-president-de-la-republique.html> (Consulté le 14/05/2011)

59. GSK

Ensemble, préservons votre capital santé : 15 idées reçues sur la nicotine [en ligne]
Disponible sur : <<http://www.quitterlacigarette.com/textes/15ideesrecues.pdf>> (consulté le 15/04/2011)

60. HABER J.

Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis
J periodontol 1993 ; 64 : 16-23

61. HANIOKA T., OJIMA M., TANAKA H. [et al.]

Intensive smoking-cessation intervention in the dental setting.
J Dent Re 2010 ; 89(1) : 66-70

62. HAS

Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière.
Rapport au ministre de la Santé et de Solidarités, janvier 2007

63. HESCOT F.

Guide pratique de prise en charge du sevrage tabagique en cabinet dentaire
GSK/UFSBD, 2006

64. HURT RD., SACHS DP., GLOVER ED. [et al.]

A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation.
N Engl J Med 1997 ; 337(17) : 1195-202

65. INCa

L'essentiel sur les cancers de la cavité buccale
Dossier de presse, Novembre 2008

66. INCa

Dépistage des cancers de la cavité buccale [en ligne]
2010

Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/depistage/cancers-cavite-buccale> (consulté le 16/06/2011)

67. INCa

Cancers et tabac

Collection fiches repères, 12/04/2011, 8p.

68. INCa

Sevrage tabagique et prévention des cancers

Collection fiches repères, 24/05/2011, 8p.

69. INPES

La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne. [en ligne]

Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/657.pdf> (consulté le 23/05/2011)

70. INPES

Les substituts nicotiniques [en ligne]

Dépliant, Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/628.pdf> (consulté le 23/05/2011)

71. INPES

La dépendance au tabac

Dépliant, Nanterre, 2007

72. INPES

Baromètre FFC 2009

Tabac actualité Juin 2009 ; 99 : 2

73. INPES

Premiers résultats du baromètre santé 2010: évolutions récentes du tabagisme en France [en ligne]
2010

Disponible sur : <http://www.inpes.fr/30000/pdf/Evolutions-recentes-tabagisme-barometre-%20sante-2010.pdf> (consulté le 23/05/2011)

74. INSERM

Tabac : comprendre la dépendance pour agir

Paris : Dossier de presse, 10 Février 2004

75. INSTITUT DE MEDECINE SOCIALE ET PREVENTIVE, UNIVERSITE DE GENEVE

Les différents types de dépendances [en ligne]

Suisse, 2011

Disponible sur : <http://www.stop-tabac.ch/fra/gerer-le-manque/les-differents-types-de-dependance.html> (consulté le 24/08/2011)

76. JUILLIARD O.

Le tabac [en ligne]

encyclopédie universalis, 2008

Disponible sur : <http://www.universalis.fr/encyclopedia/tabac> (consulté le 13/03/2011)

77. KRALL EA., DAWSON-HUGHES B., GARVEY AJ., GARCIA RI.

Smoking, smoking cessation, and tooth loss.

J Dent Res 1997 ; 76(10) : 1653-9.

78. LE MAITRE B., RATTE S., STOEGBNER-DELBARRE A .

Sevrage tabagique : des clés indispensables pour les praticiens

Paris : Ed Doin, 2005, 176 pages

79. LIGUE SUISSE CONTRE LE CANCER

La nicotine [en ligne]

Pharmacie-vivre sans tabac, programme national d'arrêt du tabagisme, 2010

Disponible sur : <www.pharmacie-vivre-sans-tabac.ch> (consulté le 27/05/2011)

80. LIGUE SUISSE CONTRE LE CANCER, LIGUE PULMONAIRE SUISSE, ASSOCIATION SUISSE POUR LA PREVENTION DU TABAGISME, OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE

Tabagisme, intervention au cabinet dentaire, 2nde édition

Campagne nationale « Fumer ça fait du mal... Let it be », 2004

81. LITTLE SJ., STEVENS VJ., SEVERSON HH., LICHENSTEIN E.

An effective smokeless tobacco intervention for dental hygiene patients.

J Dent Hyg 1992 ; 66(4) : 185-90

82. LOPEZ-CARRICHES C., GOMEZ-FONT R., MARTINEZ-GONZALEZ JM. [et al.]

Influence of smoking upon the postoperative course of lower third molar surgery.

Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006 ; 11(1) : E56-60

83. MACGREGOR ID.

Efficacy of dental health advice as an aid to reducing cigarette smoking.

Br Dent J 1996 ; 180(8) : 292-6

84. MACKAY J., AUDERA-LOPEZ C., BEAGLEHOLE R.

Le dentiste dans la lutte anti tabac

JOD 2007 ; 30 : 10-16

85. MAINAR A., NAVARRO ARTIEDA R., DIAZ CEREZO S. [et al.]

Abstinence rates with varenicline compared to bupropion and nicotine replacement therapy for quitting smoking in Primary Care

Aten Primaria 2011

86. MARTINET Y., BOHADANA A.

Le tabagisme, de la prévention au sevrage

Paris : Ed Masson, 2001, 221 pages

87. MARTINET Y., BOHADANA A., WIRTH N., SPINOSA A.

Le traitement de la dépendance au tabac : guide pratique

Paris : Ed Masson, 2007, 116 pages

88. MOLINARD R.

Tabac et café, nicotine et caféine

La Semaine des hôpitaux de Paris 1994 ; 70 :370-375

89. MONSON AL., ENGESWICK L M.

Promotion of tobacco cessation through dental hygiene education : a pilot study

J Dental Educ 2005; 69 : 901-911

90. NEEDLEMAN I., SUTHERLAND G., BORNSTEIN M. [et al.]

Evaluation of tobacco use cessation counseling in the dental office

Oral Health Prev Dent 2006 ; 4 : 27-47

91. NGUYEN-DUY C.

Enquête nationale en cabinet dentaire :TABAC ET SANTÉ BUCCO-DENTAIRE : un lien mal connu des patients [en ligne]

Dentiste Mag 2007

Disponible sur : <http://www.espaceparodontax.fr/dossier_fumeurs_31.html> (consulté le 24/06/2011)

92. NOHLERT E., TEGELBERG A., TILLGREN P. [et al.]

Comparison of a high and a low intensity smoking cessation intervention in a dentistry setting in Sweden: a randomized trial.

BMC Public Health 2009 ; 9 : 121

93. NOROOZI AR., PHILBERT RF.

Modern concepts in understanding and management of the ‘dry socket’ syndrome: comprehensive review of the literature

Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009 ; 107 : 30-35

94. OFT(OFFICE FRANÇAIS DE PREVENTION DU TABAGISME), AFC (ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE), SFAR (SOCIETE FRANÇAISE D’ANESTHESIE ET DE REANIMATION)

Tabagisme péri-opératoire

palais des congrès de Paris : Conférence d’experts, 23 Septembre 2005

95. OFT, FFP (FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE)

Arrêt du tabac chez les patients atteints d’affections psychiatriques.

Paris : Conférence d’experts, 2008

96. OMS

Convention Cadre de l’OMS pour la lutte anti-tabac

Genève : OMS, 2003

97. OMS

Les professionnels de santé prêts à promouvoir un nouveau code de conduite pour la lutte antitabac [en ligne] 2004, Disponible sur :

<www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr9/fr/> (consulté le 14/05/2011)

98. OMS

Le rôle des professionnels de santé dans la lutte antitabac

France : OMS, 2005, 44p

99. OMS

Rapport de l’OMS sur l’épidémie mondiale de tabagisme [en ligne]

2009, Disponible sur : <http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/exec_summary/fr/index.html> (consulté le 14/05/2011)

100.OMS

Le tabagisme passif, 10 principaux faits. [en ligne]

2009, Disponible sur : <<http://www.who.int/features/factfiles/tobacco/fr/index.htm>> (consulté le 14/05/2011)

101.ORDRE DES DENTISTES DU QUEBEC

Intervenir auprès des patients fumeurs : un guide à l’intention des dentistes [en ligne]

2005, Disponible sur : <http://www.ordredesdentistesduquebec.qc.ca/publications/images/pdf/intervenir_fr.pdf> (consulté le 15/03/2011)

102.PARK YD., PATTON LL., KIM JH., KIM HY.

Smoking prevalence and attitude toward anti-smoking activities among Korean dentists.

Int Dent J 2010 ; 60(6) : 383-8

103.PARTHASARATHI K., SMITH A., CHANDU A.

Factors Affecting Incidence of Dry Socket: A Prospective Community-Based Study.

J Oral Maxillofac Surg 2011

104.PERRIOT J.

Tabacologie et sevrage tabagique

Paris: Ed John Libbey Eurotext, 2003, 234 pages

105.PERRIOT J.

Le sevrage tabagique au cabinet dentaire [en ligne]
2007, Disponible sur : <<http://www.acio.fr/Formations/compte-rendu/lesevrage-tabagique-au-cabinet-dentaire.pdf>> (consulté le 24/04/2011)

106.PETERSEN PE.

Continuous improvement of oral health in the 21st century and the approach of the World Health Organization
Global Oral Health Programme.
Geneve, World Health Organization, 2003

107.PIZZO G., LICATA ME., PISCOPO MR. [et al.]

Attitudes of Italian dental and dental hygiene students toward tobacco-use cessation.
Eur J Dent Educ 2010 ; 14(1) : 17-25

108.PRESHAW PM., HEASMAN L., STACEY F. [et al.]

The effect of quitting smoking on chronic periodontitis.
J Clin Periodontol 2005 ; 32(8) : 869-79

109.PRIGNOT JJ.

Réduction des risques tabagiques, méthodes et résultats
Louvain medical 2006 ; 125, 7 : 233-239

110.PROCHASKA JO., DICLEMENTE CC.

Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: stages of change and addictive behaviors
New York: Plenum Press, 1998, 3-24 p

111.PUSCHEL K., THOMPSON B., CORONADO G. [et al.]

Effectiveness of a brief intervention based on the '5A' model for smoking cessation at the primary care level in Santiago, Chile.
Health Promot Int. 2008 ; 23(3) : 240-50

112.QUINN VP., HOLLIS JF., SMITH KS., RIGOTTI NA.

Effectiveness of the 5-As Tobacco Cessation Treatments in nine HMOs
J Gen Intern Med 2009 ; 24(2) : 149-54

113.RAMSEIER C., BORNSTEIN M., SAXER U. [et al.]

Prévention et sevrage tabagique au cabinet dentaire
Rev Mens Suisse Odontostomatol 2007 ; 117 : 267-278

114.RIKARD-BELL G., GROENLUND C., WARD J.

Australian dental students' views about smoking cessation counseling and their skills as counselors.
J Public Health Dent. 2003 ; 63(3) : 200-6

115.RODRIGUES GA., GALVÃO V., VIEGAS CA.

Prevalence of smoking among dentists in the Federal District of Brasília, Brazil.
J Bras Pneumol 2008 ; 34(5) : 288-93

116.ROSE JE., BEHM FM.

Psychophysiological interactions between caffeine and nicotine.
Pharm. Bioch & Behav 1991 ; 24 ; 40-45

117.SARNA L., SINHA K., YANG Q., WEWERS ME.

Are Health care Providers Still Smoking? Data From the 2003 and 2006/2007 Tobacco Use Supplement-Current Population Surveys
Nicotine Tob Res, 2010 ; 12(11) : 1167-1171

118.SEVERSON HH., ANDREWS JA ?, LICHTENSTEIN E. [et al.]

Using the hygiene visit to deliver a tobacco cessation program: results of a randomized clinical trial.
J Am Dent Assoc 1998 ; 129(7) : 993-9

- 119.SHAM AS., CHEUNG LK., JIN LJ., CORBET EF.**
The effects of tobacco use on oral health.
Hong Kong Med J 2003 ; 9(4) : 271-7
- 120.SIGMAN O.**
Proposition de loi 2661- substituts nicotiniques [en ligne]
2010, Disponible sur : <<http://droit-medecine.over-blog.com/article-proposition-de-loi-2661-substitut-nicotinique-par-les-dentistes-52959077.html>> (consulté le 23/04/2011)
- 121.SILAGY C., LANCASTER T., MANT D., FOWLER G.**
Nicotine replacement therapy for smoking cessation
The Cochrane library, Issue 4 2002, Oxford: Update Software
- 122.SMITH DR., LEGGAT PA.**
A comparison of tobacco smoking among dentists in 15 countries.
Int Dent J 2006 ; 56(5) : 283-8
- 123.SPANAGEL R., WEISS F.**
The dopamine hypothesis of reward: past and current status
TINS 1999; 22: 521-527
- 124. STEVENS VJ., SEVERSON HH., LICHENSTEIN E. [et al.]**
Making the most of a teachable moment: a smokeless-tobacco cessation intervention in the dental office.
Am J Public Health 1995 ; 85(2) : 231-5
- 125.UFSBD**
Les chirurgiens dentistes et les tabacologues saluent la décision de la Ministre de les engager dans la lutte contre le tabac [en ligne]
Communiqué de Presse, 29 Mai 2008
Disponible sur : <<http://www.ufsbd.fr/images/stories/pdf/communiqués/2008-05-29%20ufsbd%20oft.pdf>> (consulté le 24/05/2011)
- 126.VALJENT E., MITCHELL JM., BESSON MJ. [et al.]**
Behavioural and biochemical evidence for interactions between Tetrahydrocannabinol and nicotine
BR J Psychiatry 2002 ; 135 : 564-78
- 127.VAN DEN BRUEL A., CLEEMPUT I., VAN LINDEN A., SCHOEFS D.**
Efficacité et rentabilité des thérapies de sevrage tabagique
KCE reports, 2004, vol IB
- 128.VAN VYVE T.**
Prévention et aide au sevrage tabagique au cabinet dentaire, pourquoi et comment ? enquête auprès de 200 dentistes.
Belgique : Mémoire de tabacologie, 2010
- 129.VANOBBERGEN J., NUYTENS P., VAN HERK M., DE VISSCHERE L.**
Dental students' attitude towards anti-smoking programmes: a study in Flanders, Belgium.
Eur J Dent Educ 2007 ; 11(3) : 177-83
- 130.VICTOROFF KZ., DANKULICH-HURYN T., HAQUE S.**
Attitudes of incoming dental students toward tobacco cessation promotion in the dental setting.
J Dent Educ 2004 ; 68(5) : 563-8
- 131.WALSH M., ELLISON J.**
Treatment of tobacco use and dependence: the role of the dental professional
J Dent Educ 2005 ; 69(5) : 521-537
- 132.WARNAKULASURIYA S.**
Effectiveness of Tobacco Counseling in the Dental Office
J Dent Educ Sept 2002; 66: 1079-87

133.WATT RG., MCGLONE P., DYKES J., SMITH M.

Barriers limiting dentists' active involvement in smoking cessation.
Oral Health Prev Dent. 2004 ; 2(2) : 95-102

134.WATT R., ROBINSON M.

Helping smokers to stop : a guide for the dental team
London : Health Education Authority, 1999, 42 p

135.WEMAERE J.

Rôle élargi du chirurgien-dentiste : sevrage tabagique et sommeil [en ligne]
2008, Disponible sur : <http://www.adf.asso.fr/pdf/dossiers-de-presse/Congres-ADF_Dossier-de-presse_2008.pdf> (consulté le 24/04/2011)

136.WICKHOLM S., McEWEN A., FRIED J., JANDA M.

Continuing education of tobacco use cessation for dentists and dental hygienists
Oral Health Prev Dent 2006 ; 4 : 61-70

137.ZABLOTSKY N.

Quitting tobacco use.
J Am Dent Assoc 2009 ; 140(2) : 145.

ZAMPOL Emmeline

Le rôle du chirurgien dentiste dans le sevrage tabagique.

Thèse en Chirurgie Dentaire, Nancy I, 2011

Mots clefs : TABAC
SEVRAGE TABAGIQUE
SUBSTITUTS NICOTINIQUES
CHIRURGIEN DENTISTE

RESUME DE LA THESE

Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France, faisant environ 66 000 décès par an. A l'heure actuelle il est devenu l'un des problèmes majeurs de santé publique. C'est pourquoi tous les professionnels de santé sont concernés et doivent s'investir au maximum dans la lutte anti-tabagique.

Les chirurgiens-dentistes sont particulièrement concernés par ce problème, puisque le tabac peut avoir des répercussions très graves sur la cavité buccale. De plus, leur position privilégiée face à leurs patients leur permet d'agir plus facilement que d'autres cliniciens.

Cette thèse a pour but d'apporter aux chirurgiens-dentistes les connaissances nécessaires sur le tabac et le sevrage tabagique afin de les aider à s'impliquer au mieux dans cette lutte et à offrir à leurs patients des services de désaccoutumance au tabac dans leur pratique quotidienne. Ce travail récapitule les méthodes générales de prise en charge des patients tabagiques, tout en les appliquant le mieux possible au cas du cabinet dentaire et en essayant de pallier les obstacles auxquels les chirurgiens dentistes peuvent être confrontés dans leur pratique quotidienne.

Adresse de l'auteur :

Mlle ZAMPOL Emmeline

4 rue Claude Deruet

54000 NANCY