

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2019

N°28

**THESE**

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

le 16 avril 2019

par

TOQUE Benjamin

Né le 19 Janvier 1994 à CHALON SUR SAONE

LE ROLE DU CHIRURGIEN-DENTISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE  
TABAGIQUE

Présidente : Professeur MUSSET Anne-Marie

Assesseurs : Docteur BORNERT Fabien

Docteur OFFNER Damien

Docteur BRIDONNEAU Thomas



**Doyen : Professeur C. TADDEI-GROSS**

**Doyens honoraires : Professeur R. FRANK  
Professeur M. LEIZE  
Professeur Y. HAIKEL**

**Professeurs émérites : Professeur W. BACON  
Professeur H. TENENBAUM**

**Responsable des Services Administratifs : Mme F. DITZ-MOUGEL**

### **Professeurs des Universités**

<b>V. BALL</b>	Ingénierie Chimique, Energétique - Génie des Procédés
<b>A. BLOCH-ZUPAN</b>	Sciences Biologiques
<b>F. CLAUSS</b>	Odontologie Pédiatrique
<b>J-L. DAVIDEAU</b>	Parodontologie
<b>Y. HAIKEL</b>	Odontologie Conservatrice - Endodontie
<b>O. HUCK</b>	Parodontologie
<b>M-C. MANIERE</b>	Odontologie Pédiatrique
<b>F. MEYER</b>	Sciences Biologiques
<b>M. MINOUX</b>	Odontologie Conservatrice - Endodontie
<b>A-M. MUSSET</b>	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
<b>C. TADDEI-GROSS</b>	Prothèses
<b>B. WALTER</b>	Prothèses

### **Maitres de Conférences**

<b>Y. ARTZ</b>	Biophysique moléculaire
<b>S. BAHİ-GROSS</b>	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
<b>L. BIGEARD</b>	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
<b>Y. BOLENDER</b>	Orthopédie Dento-Faciale
<b>F. BORNERT</b>	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
<b>A. BOUKARI</b>	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
<b>O. ETIENNE</b>	Prothèses
<b>F. FIORETTI</b>	Odontologie Conservatrice - Endodontie
<b>C-I. GROS</b>	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie
<b>S. JUNG</b>	Sciences Biologiques
<b>N. LADHARI</b>	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie
<b>D. OFFNER</b>	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
<b>M. SOELL</b>	Parodontologie
<b>D. WAGNER</b>	Orthopédie Dento-Faciale
<b>E. WALTMANN</b>	Prothèses

### **Equipes de Recherche**

<b>N. JESSEL</b>	INSERM / Directeur de Recherche
<b>Ph. LAVALLE</b>	INSERM / Directeur de Recherche
<b>H. LESOT</b>	CNRS / Directeur de Recherche
<b>M-H. METZ-BOUTIGUE</b>	INSERM / Directeur de Recherche
<b>P. SCHAAF</b>	UdS / Professeur des Universités / Directeur d'Unité
<b>B. SENGER</b>	INSERM / Directeur de Recherche

## **REMERCIEMENTS**

### **A Madame le Professeur Anne-Marie Musset**

Je vous prie d'agréer l'expression de ma plus grande reconnaissance d'avoir accepté la direction de cette thèse. Pour votre accompagnement, vos corrections et votre implication, veuillez recevoir toute ma gratitude.

### **A Monsieur le Docteur Fabien BORNERT**

Je vous remercie pour votre encadrement et votre enseignement durant toutes ces années, ainsi que pour l'honneur d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury.

### **A Monsieur le Docteur Damien OFFNER,**

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma plus grande gratitude et de mes remerciements les plus sincères quant à vos disponibilités.

### **A Monsieur le Docteur Thomas BRIDONNEAU**

Veillez trouver ici l'expression de ma plus sincère reconnaissance quant à votre disponibilité et conseils pendant ma dernière année en clinique.

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

**A tous ceux qui me sont chers.**

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2019

N°28

**THESE**

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire  
le 16 avril 2019

par

TOQUE Benjamin

Né le 19 Janvier 1994 à CHALON SUR SAONE

LE ROLE DU CHIRURGIEN-DENTISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE  
TABAGIQUE

Présidente : Professeur MUSSET Anne-Marie

Assesseurs : Docteur BORNERT Fabien

Docteur OFFNER Damien

Docteur BRIDONNEAU Thomas

# **TABLE DES MATIERES**

INTRODUCTION.....	12
I. Le tabac, problème de santé publique majeur .....	14
I.1 Le tabac .....	14
I.1.1 Historique.....	14
I.1.1.1 Origines en Amérique centrale.....	14
I.1.1.2 Introduction en Europe .....	14
I.1.1.3 Apparition de la cigarette.....	14
I.1.1.4 Le tabac et l'Etat français .....	15
I.1.2 Épidémiologie .....	15
I.1.2.1 Le tabac un fléau mondial .....	15
I.1.3 Composition de la fumée .....	16
I.1.3.1 Nicotine .....	16
I.1.3.2 Monoxyde de carbone (CO) .....	16
I.1.3.3 Goudrons .....	16
I.1.3.4 Cadmium.....	16
I.1.3.5 Les particules ultrafines.....	16
I.2 Conséquences sur la santé générale.....	17
I.2.1 Dépendance .....	17
I.2.1.1 Action de la nicotine .....	17
I.2.1.2 La dépendance psychologique.....	18
I.2.1.3 La dépendance physique .....	18
I.2.1.4 La dépendance comportementale .....	18
I.2.2 Pathologies cardio-vasculaires .....	19
I.2.3 Pathologies respiratoires .....	20
I.2.4 Autres maladies non cancéreuses liées au tabac.....	21

I.2.5	Cancers .....	21
I.2.5.1	Cancer du poumon.....	21
I.2.5.2	Cancers des voies aérodigestives supérieures .....	21
I.2.5.3	Autres cancers .....	22
I.2.6	Tabac et grossesse.....	22
I.2.7	Effets du tabagisme passif.....	23
I.3	Conséquences sur la santé bucco-dentaire .....	23
I.3.1	Atteintes dentaires .....	24
I.3.2	Atteintes parodontales .....	24
I.3.3	Pathologies malignes.....	25
I.3.4	Autres manifestations .....	26
I.4	Bienfaits de l'arrêt du tabac.....	26
II.	Prise en charge générale du sevrage tabagique : méthode des 5A...28	
II.1	Ask : évaluer le statut tabagique .....	28
II.1.1	Dépister le tabagisme .....	28
II.1.2	Rechercher les co-addictions.....	29
II.1.2.1	Alcool .....	29
II.1.2.2	Cannabis .....	30
II.1.2.3	Café.....	32
II.1.2.4	Autres addictions.....	32
II.1.3	Rechercher d'éventuelles situations à risques .....	32
II.1.3.1	Etat dépressif .....	32
II.1.3.2	Pathologies psychiatriques.....	35
II.1.3.3	Grossesse et allaitement.....	35
II.1.3.4	Pathologies cardio-respiratoires .....	36
II.1.3.5	Adolescents.....	36
II.1.4	Evaluer la dépendance au tabac .....	38

II.1.4.1	Version complète du test de Fagerström.....	38
II.1.4.2	Version simplifiée du test de Fagerström .....	39
II.2	Advise : conseiller l'arrêt .....	40
II.3	Assess : évaluer la motivation à l'arrêt.....	41
II.3.1	Le cycle de Prochaska et Di Clemente .....	43
II.3.2	Evaluer le stade de préparation au changement en pratique	44
II.3.3	Abord des patients en fonction de leur stade de préparation au changement .....	46
II.3.3.1	Fumeur non prêt à l'arrêt.....	46
II.3.3.2	Fumeur hésitant .....	46
II.3.3.2.1	Avantages de fumer .....	46
II.3.3.2.2	Inconvénients de fumer.....	47
II.3.3.2.3	Avantages d'arrêter.....	47
II.3.3.2.4	Inconvénients d'arrêter.....	48
II.3.3.3	Fumeur prêt à l'arrêt.....	49
II.4	Assist : aider au sevrage tabagique .....	49
II.4.1	Substituts nicotiniques .....	50
II.4.1.1	Les patchs ou timbres .....	50
II.4.1.2	Les gommes à mâcher.....	52
II.4.1.3	Les comprimés sublinguaux.....	52
II.4.1.4	Les comprimés à sucer .....	52
II.4.1.5	L'Inhalateur®.....	53
II.4.1.6	Le spray nasal.....	53
II.4.1.7	Efficacité des substituts nicotiniques.....	53
II.4.1.8	Choix de la posologie.....	54
II.4.1.9	Prise en charge par la sécurité sociale.....	55
II.4.2	Médication de prescription .....	55



II.4.2.1	Bupropion (Zyban®).....	55
II.4.2.1.1	Présentation.....	55
II.4.2.1.2	Effets secondaires .....	56
II.4.2.1.3	Contre-indications .....	56
II.4.2.1.4	Posologie .....	56
II.4.2.1.5	Efficacité .....	57
II.4.2.2	Varénicline (Champix®) .....	57
II.4.2.2.1	Présentation.....	57
II.4.2.2.2	Effets secondaires .....	57
II.4.2.2.3	Contre-indications .....	57
II.4.2.2.4	Posologie .....	57
II.4.2.2.5	Efficacité .....	58
II.4.3	Accompagnement psychologique .....	58
II.4.3.1	L'accompagnement du médecin.....	59
II.4.3.2	L'accompagnement par un autre soignant .....	59
II.4.3.3	Le conseil téléphonique et par internet.....	60
II.4.3.4	Thérapies Comportementales Cognitives (TCC).....	60
II.4.3.5	Autres psychothérapies .....	61
II.4.4	Autres outils pour l'arrêt du tabac .....	61
II.4.4.1	Vaccins anti-nicotiniques .....	61
II.4.4.2	Homéopathie et phytothérapie .....	61
II.4.4.3	Acupuncture, auriculothérapie, laser .....	62
II.4.4.4	Hypnose .....	62
II.4.4.5	Cigarette électronique .....	62
II.5	Arrange : organiser le suivi.....	63
II.5.1	Le jour de l'arrêt.....	63
II.5.2	Dans la semaine qui suit l'arrêt.....	64

II.5.3	Les consultations suivantes .....	64
II.6	Les rechutes.....	65
III.	Les chirurgiens-dentistes et le sevrage tabagique .....	66
III.1	L'implication des chirurgiens-dentistes dans l'accompagnement au sevrage tabagique.....	66
III.2	Les obstacles rencontrés par les chirurgiens-dentistes.....	66
III.2.1	Manque de temps et de rémunération .....	66
III.2.2	Manque de moyens .....	66
III.2.3	Manque de connaissances .....	67
III.2.4	Manque d'information des patients et crainte de perdre des patients	67
III.2.5	Le tabagisme du praticien.....	67
III.3	Mesures prises pour engager les chirurgiens-dentistes dans la lutte contre le tabac.....	67
III.3.1	En France .....	68
III.3.2	A l'international .....	69
IV.	Prise en charge au cabinet dentaire .....	70
IV.1	Organisation du cabinet .....	70
IV.1.1	Affiches et brochures .....	70
IV.1.2	Vidéos.....	71
IV.2	Méthode des 5A adaptée au cabinet dentaire.....	71
IV.2.1	Déterminer le statut tabagique, conseiller l'arrêt et évaluer la motivation (Ask, Advise, Assess).....	71
IV.2.2	Aider à l'arrêt (Assist).....	73
IV.2.2.1	Face à un patient non motivé .....	73
IV.2.2.2	Face à un patient hésitant.....	74
IV.2.2.3	Face à un patient motivé .....	75
IV.2.3	Organiser le suivi (Arrange).....	76

IV.3 Cas de l'arrêt temporaire.....	76
CONCLUSION.....	80

## **INTRODUCTION**

De plante aux vertus spirituelles en Amérique centrale au produit de consommation courante dans le monde entier, le tabac a eu bien des statuts avant d'être considéré aujourd'hui comme un produit nocif et un fléau mondial.

On estime à 100 millions le nombre de victimes du tabac au XXe siècle. Aujourd'hui, il est responsable de 7 millions de morts par an dans le monde, dont 78 000 en France, ce qui en fait la première cause de mortalité évitable. De plus, fumer porte atteinte à la qualité de vie et est un facteur déclenchant ou aggravant de beaucoup de maladies chroniques.

On compte environ 16 millions de fumeurs en France, soit près d'un tiers des plus de 15 ans. C'est pourquoi une implication d'un maximum d'acteurs dans cette lutte est indispensable, tout particulièrement celle des professionnels de santé. Par leurs connaissances et leur position, ils ont le devoir d'informer leurs patients sur les effets néfastes du tabac sur leur santé et leur proposer les moyens d'arrêter de fumer.

Les chirurgiens-dentistes sont particulièrement concernés, non seulement comme membres d'une profession médicale, mais également du fait des conséquences du tabac sur la cavité buccale. En effet, porte d'entrée de la fumée, elle est particulièrement exposée à ses ravages. De la coloration des dents et l'augmentation du risque carieux à la détérioration des tissus parodontaux, le tabac a un impact direct sur notre pratique quotidienne. Il est également le principal facteur de risque de cancers de la cavité buccale et des voies aérodigestives supérieures dont le dépistage est bien souvent intra-buccal. L'exercice de notre profession se portant aujourd'hui tout aussi bien sur la prévention que la prise en charge des pathologies, l'implication dans la réduction du tabagisme afin de diminuer ses conséquences sur la santé bucco-dentaire et la santé générale de nos patients est légitime.

La dépendance au tabac est l'une des plus importantes et des plus difficiles à traiter. Le simple conseil n'est dans la majorité des cas pas suffisant pour conduire à un arrêt total et définitif. Les patients fumeurs devront être aidés, accompagnés et soutenus du moment de leur décision d'arrêt au succès du sevrage et même après afin de prévenir et prendre en charge les éventuelles rechutes. Cette prise en charge ne repose pas seulement sur les épaules des tabacologues et médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes y ont toute leur place.

Le but de ce travail sera donc d'apporter aux chirurgiens-dentistes les connaissances nécessaires sur le tabac, ses effets sur la santé et la prise en charge du sevrage tabagique pour leur permettre de s'engager dans cette lutte aux côtés des autres professionnels de santé.

## I. Le tabac, problème de santé publique majeur

### Le tabac

#### I.1.1 Historique

##### *I.1.1.1 Origines en Amérique centrale*

La culture et la consommation du tabac aurait commencé il y a plus de 3000 ans en Amérique centrale. Il était utilisé à des fins pharmaceutiques mais également chamaniques car considéré comme le moyen de communication entre l'Homme et les puissances spirituelles(1).

##### *I.1.1.2 Introduction en Europe*

Le tabac sera introduit en Europe par Christophe Colomb à la fin du XVe siècle au retour de son expédition. Il connaîtra un essor important dès le XVIe siècle, notamment grâce aux herbiers et aux ouvrages médicaux. A cette époque, l'univers médical est dominé par la théorie des humeurs ; on considère alors que la fumée du tabac permet de sécher les humeurs froides et humides du corps humain et évite les obstructions du corps conduisant à la maladie. Dès le milieu du siècle, son usage sera préconisé par les médecins pour guérir les problèmes intestinaux et respiratoires ainsi que pour calmer les migraines et les rages de dents.

##### *I.1.1.3 Apparition de la cigarette*

L'origine exacte de la cigarette est pour le moment encore débattue. Il apparaît cependant que ce sont les troupes napoléoniennes qui en ont popularisé l'usage. Elles sont initialement préparées directement par le consommateur qui roule les feuilles de tabac dans des feuilles de maïs ou de papier journal. C'est à partir du milieu du XIXe siècle que l'industrialisation des cigarettes a commencé, avec l'invention par le

Français Le Maire du cigarettotype, première machine à rouler, puis l'invention de machines capables de rouler plusieurs milliers de cigarettes à l'heure quelques années plus tard. Cette nouvelle forme de tabagisme, aidée par le théâtre, la littérature, la publicité et plus tard le cinéma permet d'en faire la première forme de consommation de tabac dès les années 1920.

#### *1.1.1.4 Le tabac et l'Etat français*

C'est André Thevet, un moine français ayant fait partie d'une expédition au Brésil, qui introduira le tabac en France en 1556. En 1561, Jean Nicot, ambassadeur de France au Portugal, introduisit le tabac à la cour et participa à sa diffusion.

Le premier impôt sur le tabac fut créé en 1629 par Richelieu. Colbert, responsable de finances de Louis XIV, instaura le monopole de l'Etat sur la vente de tabac en 1681. Ce monopole tiendra jusqu'à la révolution de 1789 puis sera rétabli par Napoléon. Il faudra attendre l'année 2000 pour que l'Etat français se désengage de la Seita. (2).

### *1.1.2 Épidémiologie*

#### *1.1.2.1 Le tabac un fléau mondial*

Selon l'OMS, le nombre de fumeurs dans le monde s'établit à plus d'un milliard, dont 80% dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où la morbidité et la morbidité liée au tabac est la plus lourde. Un fumeur sur deux meurt d'une maladie liée au tabac. Chaque année le tabac est responsable plus de 7 millions de morts dans le monde, dont environ 6 millions de fumeurs ou anciens fumeurs et 1 millions de non-fumeurs exposés à la fumée. Enfin, on considère qu'un adulte sur dix meurt à cause du tabac.(3) En France, en 2014, près d'un tiers des 15-75 ans sont fumeurs, et un tiers sont des anciens fumeurs. Parmi les fumeurs réguliers, près de 70% déclarent vouloir arrêter ou ont fait une tentative d'arrêt dans l'année.(4)

### I.1.3 Composition de la fumée

La fumée du tabac comprend plus de 4000 composés dont au moins 250 sont nocifs et plus de 60 sont des cancérogènes reconnus. Nous n'allons décrire ici que les principaux.(5)

#### *I.1.3.1 Nicotine*

La nicotine est un alcaloïde apporté en shoot au cerveau à chaque bouffée. Si sa toxicité est relativement faible sur le corps, elle joue un rôle primordial dans l'installation de la dépendance.

#### *I.1.3.2 Monoxyde de carbone (CO)*

Le monoxyde de carbone est un produit de la combustion du tabac. Avec une affinité pour l'hémoglobine et la myoglobine du muscle 240 fois supérieure à l'oxygène, il favorise l'hypoxie tissulaire et est impliqué dans l'apparition des pathologies cardiovasculaires et respiratoires.

#### *I.1.3.3 Goudrons*

Les goudrons sont les principaux composés cancérogènes du tabac. Ils sont soit produits par la combustion, soit présents intrinsèquement à la plante de tabac.

#### *I.1.3.4 Cadmium*

Le cadmium est un métal lourd qui s'accumule tout au long de la vie d'un fumeur étant donné sa demi-vie de 70 ans.

#### *I.1.3.5 Les particules ultrafines*



Ces particules provoquent des inflammations et de nombreuses maladies. Elles sont cinq fois plus nombreuses dans la fumée qui s'échappe de la cigarette que dans celle avalée par le fumeur. Les particules ultrafines seront absorbées par le fumeur lui-même mais aussi par son entourage. Elles sont les principales responsables des conséquences du tabagisme passif.

## Conséquences sur la santé générale

### I.1.4 Dépendance

Si le début du tabagisme est fortement influencé par l'entourage et la norme sociale, sa poursuite est rapidement la conséquence de l'installation d'une dépendance. Cette dépendance est principalement pharmacologique, liée à la nicotine, mais également psycho-comportementale.

#### *I.1.4.1 Action de la nicotine*

Les récepteurs cholinergiques ou récepteurs nicotiniques, présents au niveau des cellules cérébrales, sont des récepteurs membranaires impliqués dans la dépolarisation de la membrane cellulaire. Ces récepteurs peuvent être activés par l'acétylcholine mais aussi par la nicotine.

La prise de cigarette provoque l'arrivée massive de nicotine au niveau de ces récepteurs en seulement sept secondes. Les récepteurs nicotiniques se trouvent alors tellement saturés que les cellules réagissent en augmentant le nombre de ces récepteurs à leur surface. La multiplication des récepteurs est la cause de l'installation de la dépendance à la nicotine et chaque bouffée de cigarette renforce donc le besoin de fumer la suivante.

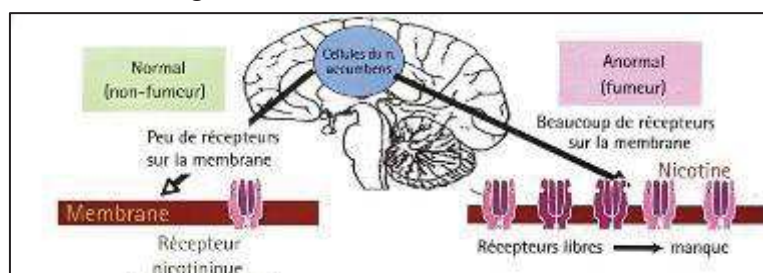


Figure 1 - Les récepteurs nicotiniques chez le fumeur et le non-fumeur (Dautzenberg, 2010)

#### *1.1.4.2 La dépendance psychologique*

La stimulation des récepteurs nicotiques au moment de la prise de tabac entraîne la libération de dopamine, neurotransmetteur participant au système de récompense ou système de renforcement. La libération de cette molécule entraîne une sensation de plaisir et incite l'individu à reproduire le comportement à l'origine de sa production. Quelques bouffées de tabac vont donc conduire à une sensation de bien-être et une diminution du stress.

D'autres effets positifs sont recherchés lors de la prise du tabac comme une augmentation de la concentration et de l'éveil ou la diminution de l'appétit. Ces effets recherchés participent à la dépendance psychologique qui est un renforcement positif du tabac.

#### *1.1.4.3 La dépendance physique*

L'arrêt de la stimulation des récepteurs nicotiques entraîne en peu de temps l'apparition d'une sensation de manque, provoquant une envie irrésistible de fumer, une irritabilité et une nervosité importante. Cette sensation désagréable correspond à un renforcement négatif du tabagisme. Le fumeur doit donc consommer régulièrement du tabac pour éviter cette sensation de manque en maintenant un taux de nicotine sanguin suffisant. La sensation de manque est la principale cause d'échec à court terme de l'arrêt du tabac mais elle peut être évitée par la prise de substituts nicotiques.

#### *1.1.4.4 La dépendance comportementale*

La dépendance comportementale n'est pas liée au tabac directement mais à la pression sociale et conviviale. En effet, pendant les années de consommation de tabac, le fumeur va acquérir une habitude de gestuelles et des automatismes liés à l'environnement social, familial et professionnels. Le tabac va être associé à certains lieux, à certaines personnes ou à certaines situation (boire un café, faire une pause au travail, etc.)

Ces trois aspects de la dépendance sont intimement liés et concourent à la prise d'une nouvelle cigarette

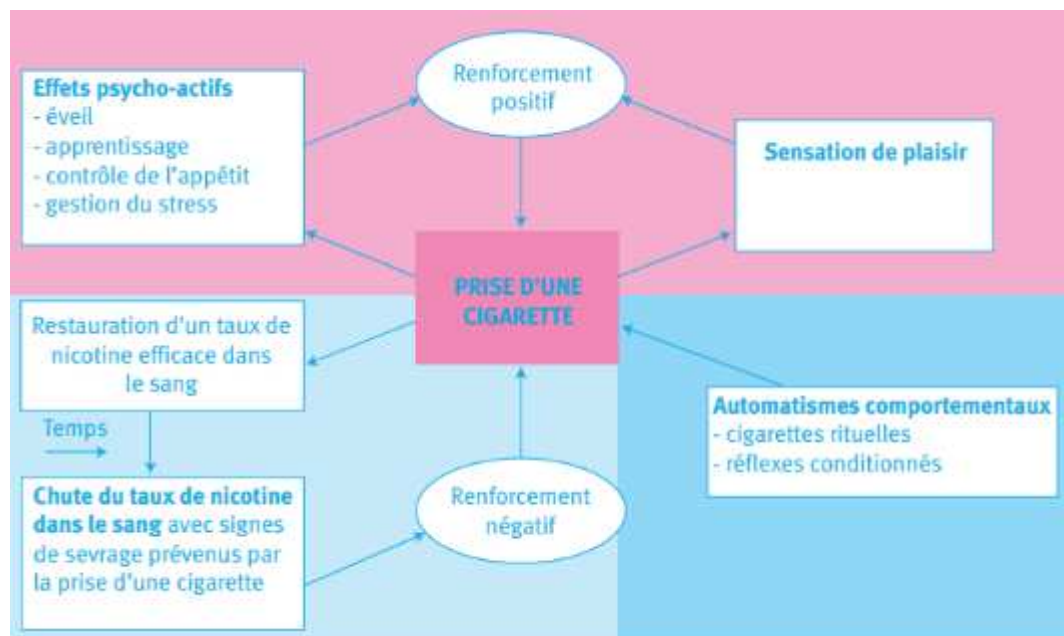


Figure 2 - Mécanismes entraînant la prise d'une cigarette (Bohadana, 2003)

### 1.1.5 Pathologies cardio-vasculaires

Le tabac favorise l'apparition de spasmes des vaisseaux sanguins. En effet, l'augmentation du taux de monoxyde de carbone sanguin diminue la vasomotricité des vaisseaux sanguins. Ils auront alors une plus grande difficulté à se dilater et pourront être sujets à une diminution de leur diamètre pouvant aller jusqu'à l'occlusion totale. Les spasmes au niveau des artères coronaires sont à l'origine de l'angine de poitrine spastique mais également

d'infarctus du myocarde. Le risque d'infarctus du myocarde chez le fumeur est trois fois plus important que chez le non-fumeur.

Le tabac est responsable d'une augmentation des plaquettes, de fibrinogène, des globules blancs ainsi que des globules rouges pour compenser la diminution de l'oxygénation. Cela provoque une augmentation de la viscosité sanguine, de l'agrégation plaquettaire et d'éléments participants à la formation de caillots et thromboses. Il est également à l'origine d'une diminution du HDL-cholestérol, ce qui augmente la formation de plaques d'athérosclérose, et de l'inflammation à l'origine de leur détachement, ce qui est un autre mécanisme de formation d'un caillot. La formation de caillots au niveau cérébral est l'une des principales causes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) aux conséquences neurologiques importantes. Le risque est multiplié par deux chez un fumeur, et par quatre chez une fumeuse prenant la pilule.

La formation de caillots au niveau de la jambe est à l'origine des artériopathies oblitérantes du membre inférieur.

L'impact sur la circulation sanguine est également à l'origine de trouble de l'érection, même chez des sujets jeunes.

### 1.1.6 Pathologies respiratoires

Les premiers organes exposés aux conséquences de la fumée du tabac sont ceux des voies aérodigestives. Les fumeurs seront donc plus sujets aux maladies infectieuses de ces organes que sont les otites, bronchites, angines grippes et pneumonies, d'autant plus que leur consommation est importante. Ils auront également plus de risques de développer des broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et de l'insuffisance respiratoire. En effet, alors qu'un non-fumeur perd en moyenne 31 ml de volume expiratoire maximum seconde (VEMS) par an, un fumeur en perd 62 ml, ses poumons vieillissent donc deux fois plus vite (7). Le lien a également été établi entre le tabac et l'augmentation de la morbidité et de la mortalité des infections tuberculeuses, ainsi que

l'aggravation de l'asthme (8). Enfin, l'histiocytose Langerhansienne de l'adulte est une pathologie pulmonaire à l'étiologie encore inconnue mais 90% des patients qui en sont atteints sont des fumeurs importants. (9)

#### I.1.7 Autres maladies non cancéreuses liées au tabac

Il y a de nombreuses autres pathologies non cancéreuses provoquées, aggravées ou accélérées par le tabac comme la dégénérescence maculaire, le diabète, les anomalies de cicatrisation, l'agueusie, l'anosmie, les maladies rhumatismales, les hépatites, la maladie de Crohn, le SIDA, etc. (10)

#### I.1.8 Cancers

La fumée du tabac contient des substances pouvant déclencher un cancer (cancérogènes) et d'autres favorisant son développement (co-cancérogène). Les cancers liés au tabac sont nombreux et sont responsables de 40% des décès liés au tabac. (5)

##### *I.1.8.1 Cancer du poumon*

Le cancer du poumon, ou cancer bronchique primitif, est le deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme et le troisième chez la femme. Il est également le cancer le plus meurtrier chez l'homme et le deuxième chez la femme avec un taux de survie de seulement 16% à 5 ans. Dans huit cas sur dix, le tabac est responsable de son apparition. (11)

##### *I.1.8.2 Cancers des voies aérodigestives supérieures*

Les cancers des voies aérodigestives supérieures regroupent les cancers de la cavité buccale, du larynx, du nasopharynx, de l'oropharynx et de l'hypopharynx. On dénombre plus de 20000 nouveaux cas par an, dont 90%

sont imputables au tabac et à l'alcool. Le taux de survie à 5 ans est de 37% chez les hommes et 50% chez les femmes (12).

### 1.1.8.3 Autres cancers

Le tabac est également un facteur favorisant des cancers des voies digestives, des voies urinaires, du sein et du col de l'utérus même s'il n'est pas le principal facteur de risque. C'est environ 30% de l'ensemble des cancers qui sont liés au tabac.

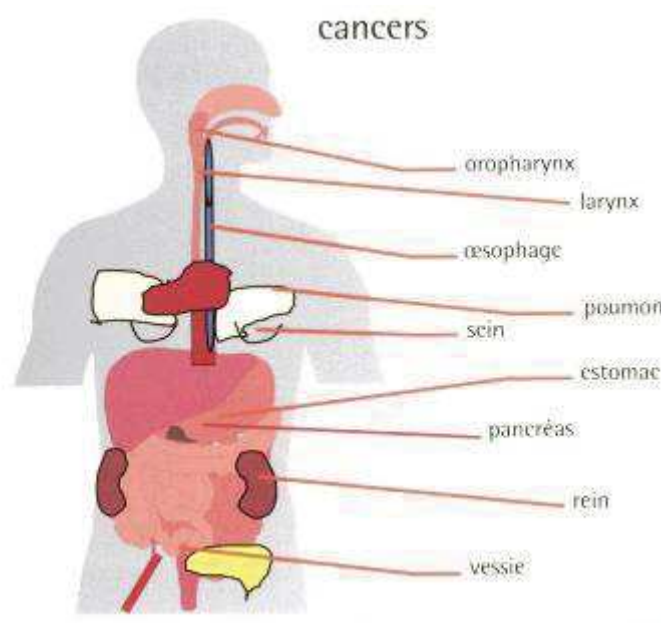


Figure 3 : Le tabac et certains cancers sont liés

### 1.1.9 Tabac et grossesse

En plus de la diminution de la fécondité, le tabac a également des effets néfastes après la fécondation. Il multiplie par deux le risque de fausse couche, de grossesse extra-utérine, d'accouchement prématuré et de mauvaise implantation du placenta. Le tabac pendant la grossesse diminue le poids moyen de l'enfant à la naissance proportionnellement à la quantité de cigarettes fumées quotidiennement, augmente le risque de mort fœtale

in utéro et favorise l'apparition de pathologies cardio-respiratoires chez l'enfant à naître.

Fumer n'est pas une contre-indication à l'allaitement car les bénéfices de l'allaitement sont supérieurs aux risques induits par le tabagisme maternel. Cependant le tabac diminue la quantité de lait maternel produit et la nicotine passe dans celui-ci. Même si un arrêt du tabac est préférable, une fumeuse a la possibilité d'allaiter à distance des prises de cigarettes (13).

Le sevrage tabagique est possible chez la femme enceinte ou allaitante, cependant des précautions devront être prises quant à la prescriptions des différents traitements disponibles.

#### I.1.10 Effets du tabagisme passif

On appelle fumée principale celle aspirée par le fumeur, fumée secondaire celle s'échappant de la cigarette, du cigare ou de la pipe et tertiaire celle rejetée par le fumeur. Le nombre de particules libérées est 5 fois plus important dans la fumée secondaire que dans le courant primaire. Les fumeurs et les non-fumeurs y sont tous deux exposés, notamment dans les endroits clos comme dans un véhicule ou au domicile, c'est ce qu'on appelle le tabagisme passif.

Ce tabagisme passif augmente le risque de cardiopathie ischémique et de cancer du poumon d'environ 25% (14). Les risques de cancer des sinus et d'accident vasculaire cérébral sont multipliés par 2. Les non-fumeurs exposés à la fumée secondaire ont également une capacité respiratoire diminuée (15). Enfin, il existe une augmentation du risque de mort subite du nourrisson et de la fréquence des maladies respiratoires bénignes de l'enfant. D'autres effets sont soupçonnés, comme l'augmentation du risque de cancer du cerveau, du sein et du col de l'utérus, ainsi qu'une réduction du poids à la naissance et un retard de croissance intra-utérine lorsque la mère est exposée à la fumée lors de sa grossesse.

#### Conséquences sur la santé bucco-dentaire

### I.1.11 Atteintes dentaires

La fumée de cigarette entraîne l'apparition de taches jaunes ou brunes caractéristiques sur les dents. On relève également une prévalence carieuse plus importante chez les fumeurs (16) que l'on peut corrélérer à l'augmentation de la quantité de tartre (17) et à la diminution du débit salivaire, pouvant aller jusqu'à l'asialie.



Figure 4 : Dents tâchées et colorées d'un fumeur

### I.1.12 Atteintes parodontales

Le tabac induit une diminution de l'expression de l'inflammation gingivale. Les manifestations typiques de l'inflammation telle que l'œdème, la rougeur et les saignements n'apparaîtront qu'à un stade plus avancé de la maladie parodontale. Le diagnostic des gingivites et parodontites se trouve alors retardé et leur pronostic sera alors moins bon.

La consommation régulière de tabac entraîne également une augmentation du risque d'apparition d'une parodontite et une augmentation de la sévérité de la perte osseuse et des poches parodontales. (18)

Beaucoup d'études s'accordent également sur le fait que le tabac augmente le risque de perte des dents. (19)



Figure 5 : Parodontite chronique généralisée chez un patient fumeur (Sham et al. 2003)



### I.1.13 Pathologies malignes

Le risque de cancer de la cavité orale et du larynx est augmenté de deux à cinq fois chez les fumeurs de cigarettes et de sept à dix fois chez les fumeurs de cigares, selon la consommation quotidienne (20). Ce risque est encore augmenté en cas de co-addiction à l'alcool. Ce sont les deux cancers les plus courant chez le fumeur après le cancer du poumon. Dans 95% des cas il s'agira d'un carcinome épidermoïde.



Figure 6 : Carcinome épidermoïde (Sham et al. 2003)

On observe également chez les fumeurs l'apparition plus fréquente de lésions pré-cancéreuse qui deviennent des lésions cancéreuses dans 5% des cas (21). On peut regrouper ces lésions précancéreuses en deux catégories, les leucoplasies et les érythroplasies.

Les leucoplasies sont des lésions blanches asymptomatiques et adhérentes localisées sur la muqueuse buccales. Elles peuvent aussi bien se trouver sur la gencive, le plancher buccal, la langue, l'intérieur de la joue



Figure 7 : Exemple de leucoplasie (Sham et al. 2003)

ou le palais. Elles peuvent avoir des formes et des aspects différents. Le diagnostic se fait après avoir écarté toute autre pathologie et peut être confirmée par biopsie.

Les érythroplasies correspondent à une zone ou un groupe de tâches rouges formées sur la muqueuse buccale. Contrairement aux leucoplasies, elles peuvent être symptomatique et la probabilité de transformation en lésion maligne est supérieure.



*Figure 8 : Erythroplasie (Journal dentaire du québec, 2004)*

#### 1.1.14 Autres manifestations

On trouve d'autres manifestations au niveau de la cavité buccale, sans gravité mais portant plutôt atteinte au confort du fumeur. La plus évidente est l'halitose présente dès la prise de cigarette. On peut également citer la perte progressive du goût et de l'odorat, phénomènes qui reviennent à la normale en cas d'arrêt du tabac.

#### Bienfaits de l'arrêt du tabac

Les premiers effets positifs arrivent dès 20 minutes après la prise de la dernière cigarette avec un retour à la normale de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque. Au bout de 24h, le taux de monoxyde de carbone sanguin est égal à celui d'un non-fumeur. A 72h, la capacité pulmonaire commence à augmenter. Au bout de quelques semaines, on a une

diminution de la toux, de la congestion nasale et de l'essoufflement ainsi qu'une augmentation de sensation de bien-être. Un an après l'arrêt, le risque de maladie cardiovasculaire est réduit de moitié et le risque d'accident vasculaire cérébral équivalent à une personne n'ayant jamais fumé. 5 ans après l'arrêt du tabac, le risque de cancer du poumon est pratiquement divisé par 2. Enfin, 10 à 20 après la dernière cigarette, le risque de cancer de la bouche, de l'œsophage et de la vessie ainsi que l'espérance de vie sont proches de ceux d'un non-fumeur. (22)

## II. Prise en charge générale du sevrage tabagique : méthode des 5A

Il existe plusieurs méthodes de prise en charge du sevrage tabagique par les professionnels de santé. Nous allons présenter la méthode la plus utilisée et recommandée dans le monde. Elle s'appuie sur la publication du *National Institutes of Health* et du *National Cancer Institute* de 1989. Elle est présentée dans les recommandations américaines 2008, néo-zélandaises 2007, canadiennes 2007 et était préconisée en 2004 par la conférence « Grossesse et tabac » de l'ANAES. De plus, elle a été reconnue comme la méthode la plus efficace dans l'aide au sevrage tabagique (23). Elle est facilement réalisable par tout professionnel de santé en utilisation de routine lors de la visite des patients.

Elle est composée de cinq étapes :

- Ask : évaluer le statut tabagique
- Advise : conseiller l'arrêt
- Assess : évaluer la motivation à l'arrêt
- Assist : aider à l'arrêt
- Arrange : organiser le suivi du sevrage tabagique

### Ask : évaluer le statut tabagique

#### II.1.1 Dépister le tabagisme

Bien que le tabac ait un réel impact sur certaines pathologies, certaines thérapeutiques et même sur la santé générale de nos patients, rares sont les professionnels de santé demandant systématiquement aux patients s'ils sont fumeurs quand leurs pathologies n'ont pas de lien direct avec le tabac. Il a été montré qu'une fois sur trois, le médecin traitant ignore le statut tabagique de ses patients. (5)

Il s'agira alors de simplement poser la question « Etes-vous fumeur ? » au patient. Nous pourrons ensuite le placer dans une des trois catégories suivantes : fumeur, ancien fumeur ou non-fumeur. Il est également

important de demander le nombre de cigarettes fumées quotidiennement et depuis combien de temps car cela influe sur les risques encourus par le patient.

## II.1.2 Rechercher les co-addictions

La deuxième étape consistera à dépister d'éventuelles co-addictions. Cette étape est essentielle car l'existence d'une codépendance peut compliquer le sevrage tabagique voire le rendre impossible. On sait également que le sevrage d'une dépendance entraîne une augmentation de l'autre. La prise en charge des dépendances se fera souvent en même temps. Dans certains cas, comme avec l'alcool, le sevrage tabagique se fera dans un deuxième temps.

### II.1.2.1 *Alcool*

La consommation d'alcool est très courante chez les fumeurs. Cette consommation peut être occasionnelle sans excès, occasionnelle avec excès ou de façon régulière avec ou sans dépendance.

Lors de la mise en lumière d'une dépendance alcoolique, celle-ci doit être prise en compte dans la prise en charge du sevrage tabagique. En effet, il est presque impossible de se sevrer du tabac lorsqu'il existe une dépendance à l'alcool, car l'alcool est un stimulant de l'envie de fumer et l'état d'ébriété entraîne une perte de vigilance favorisant la rechute.

Il est en général conseillé de commencer par le sevrage alcoolique puis quelque mois plus tard d'aborder l'arrêt du tabac.

Un moyen simple d'évaluer la présence d'une dépendance à l'alcool est le test DETA composé de quatre questions :

Tableau 1 - Questionnaire DETA (*Diminuer, Encourage, Trop, Alcool*) (Ewing JA, 1974)

Question	Réponse	
Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	Oui	Non
Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation de boissons alcoolisées ?	Oui	Non
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	Oui	Non
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?	Oui	Non

Interprétation :

Deux réponses positives indiquent un potentiel problème de consommation d'alcool

### II.1.2.2 Cannabis

Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée en France avec 4,6 millions de consommateurs par an parmi les 11-75 ans.

Le sevrage du cannabis est plus simple que celui du tabac car sa dépendance est plus faible. Cependant le cannabis est régulièrement consommé dans un contexte festif, certaines personnes voudront donc conserver cette consommation. Dans ce cas il faudra leur conseiller de favoriser l'herbe non mélangée au tabac plutôt que la résine mélangée au tabac qui elle favorise l'entretien de l'addiction à la nicotine et les rechutes en cas de sevrage tabagique.

Le questionnaire CAST permet d'évaluer la nécessité de prise en charge de l'addiction au cannabis :

Au cours de 12 derniers mois	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	0	1	2	3	4
Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	0	1	2	3	4
Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?	0	1	2	3	4
Des amis ou des membres de votre famille vous-ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	0	1	2	3	4
Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	0	1	2	3	4
Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?	0	1	2	3	4

Tableau 2 - Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) (Legleye S, 2007)



#### Interprétation

- moins de 3 : usager sans risque de dépendance
- de 3 à 6 : risque faible de dépendance
- au moins 7 : risque élevé de dépendance

#### *II.1.2.3 Café*

Les fumeurs consomment plus de café que les non-fumeurs (24). La prise de tabac et de café sont même souvent simultanées. Une réduction de la consommation de café est souhaitable lors de l'arrêt du tabac. En effet, le tabac augmentant le métabolisme de la caféine, son arrêt provoque un doublement de la caféinémie en trois à six mois. (25) Cela pourrait être la cause ou un facteur aggravant de l'apparition de nervosité, d'irritabilité et d'insomnies observées lors de l'arrêt du tabac.

#### *II.1.2.4 Autres addictions*

Le tabagisme est fréquent chez les consommateurs d'autres drogues comme l'héroïne et la cocaïne. On peut aussi rechercher une éventuelle addiction aux médicaments.

### II.1.3 Rechercher d'éventuelles situations à risques

#### *II.1.3.1 Etat dépressif*

L'état dépressif caractérisé de l'adulte est, selon la classification CIM-10 de l'OMS, la présence pendant deux semaines d'une humeur dépressive, d'une perte d'intérêt ou de plaisir et/ou d'une perte d'énergie associées à au moins deux des symptômes suivants :

- Diminution de la concentration et de l'attention
- Diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi
- Sentiment de culpabilité et d'inutilité
- Perspectives pessimistes pour le futur



- Idées et comportement suicidaires
- Troubles du sommeil
- Perte d'appétit

Ces symptômes entraînant une détresse significative et un changement dans le fonctionnement professionnel, social ou familial.

Les fumeurs sont trois fois plus nombreux à répondre positivement à la question « Avez-vous dans le passé présenté un épisode de dépression ? » (5). Le lien entre le tabac et le passé dépressif existe mais la relation de causalité n'est pas encore établie. Est-ce que le tabac conduit à la dépression ou est-ce que les personnes à tendance dépressive ont plus de facilité à devenir dépendant du tabac ?

Cependant, les patients avec des antécédents d'état dépressif avérés ont plus de risques de développer une dépression lors du sevrage. C'est pourquoi il est important de rechercher des signes de dépression avant de commencer la prise en charge.

Pour cela nous pouvons commencer par simplement demander au patient s'il se sent déprimé en ce moment. Une réponse claire peut suffire à estimer une prise en charge nécessaire. En cas de doutes, il existe le test HAD permettant de quantifier l'état dépressif (D) et l'anxiété (A) :

Tableau 3 - Test HAD (*hospital anxiety and depression*) (ANAES, 2004)

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)		8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	
La plupart du temps	3	Presque toujours	3
Souvent	2	Très souvent	2
De temps en temps	1	Parfois	1
Jamais	0	Jamais	0
2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois		9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	
Oui, tout autant	0	Jamais	0
Pas autant	1	Parfois	1
Un peu seulement	2	Assez souvent	2

Presque plus	3	Très souvent	3
3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver		10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence	
Oui, très nettement	3	Plus du tout	3
Oui, mais ce n'est pas trop grave	2	Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais	2
Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	1	Il se peut que je n'y fasse plus autant attention	1
Pas du tout	0	J'y prête autant attention que par le passé	0
4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses		11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	
Autant que par le passé	0	Oui, c'est tout à fait le cas	3
Plus autant qu'avant	1	Un peu	2
Vraiment moins qu'avant	2	Pas tellement	1
Plus du tout	3	Pas du tout	0
5. Je me fais du soucis		12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	
Très souvent	3	Autant qu'avant	0
Assez souvent	2	Un peu moins qu'avant	1
Occasionnellement	1	Bien moins qu'avant	2
Très occasionnellement	0	Presque jamais	3
6. Je suis de bonne humeur		13. J'éprouve des sensations soudaines de panique	
Jamais	3	Vraiment très souvent	3
Rarement	2	Assez souvent	2
Assez souvent	1	Pas très souvent	1
La plupart du temps	0	Jamais	0
7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)		14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	
Oui, quoi qu'il arrive	0	Souvent	0
Oui, en général	1	Parfois	1
Rarement	2	Rarement	2
Jamais	3	Très rarement	3

## Scores

Total A = somme des réponses 1, 3, 5, 7, 9, 11 et 13

Total D = somme des réponses 2, 4, 6, 8, 10, 12 et 14

## Interprétation

L'interprétation est valable pour les scores A et D :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine

### *II.1.3.2 Pathologies psychiatriques*

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont deux à quatre fois plus susceptibles d'être fumeurs. Jusqu'à 88% des sujets atteints de schizophrénie sont fumeurs. Le tabac interagit avec certains médicaments utilisés lors du traitement de maladies mentales et la nicotine peut atténuer certains effets secondaires de médicaments antipsychotiques. C'est pourquoi lors de la prise en charge de ces patients il faut veiller à ce qu'ils aient un suivi clinique pour éviter la survenue d'éventuels effets secondaires.(26)

### *II.1.3.3 Grossesse et allaitement*

Le tabac durant la grossesse peut avoir des conséquences importantes comme nous l'avons décrit précédemment. Cependant, en France, 24% des femmes fumeuses avant la grossesse continuent de fumer quotidiennement et 3% occasionnellement (27). Il sera donc important de connaître le statut tabagique des patientes enceintes afin de pouvoir au mieux les conseiller. Idéalement, l'arrêt du tabac devrait même être réalisé avant le début de la grossesse car l'éventail des thérapeutiques pour l'arrêt

du tabac est moins important chez la femme enceinte : les substituts nicotiques doivent être utilisés avec précaution chez ces patientes, et les traitements médicamenteux sont eux contre-indiqués.

82% des fumeuses ayant arrêté de fumer pendant la grossesse déclarent reprendre la cigarette dès la naissance de leur enfant. La nicotine passant dans le lait maternel et étant absorbé par le nourrisson en cas d'allaitement, certaines précautions devront être prises comme espacer la prise de cigarette de l'allaitement.

#### *II.1.3.4 Pathologies cardio-respiratoires*

Les patients qui ont des antécédents ou des pathologies chroniques cardio-respiratoires sont des patients qui doivent arrêter de fumer immédiatement. Cela afin de ralentir voire arrêter l'aggravation de leur pathologie ou de diminuer la probabilité d'un nouvel épisode, en cas notamment d'infarctus du myocarde. Ces patients seront donc plus difficiles à prendre en charge car la décision d'arrêt ne vient pas de leur volonté mais est une nécessité due à leur état de santé.

#### *II.1.3.5 Adolescents*

La prise en charge des adolescents est importante et différente de celle des adultes. Le but sera plutôt de faire en sorte que l'adolescent ne commence pas à fumer, par des messages de prévention, ou arrête avant que la dépendance soit totalement installée. La détermination de la dépendance au tabac est compliquée par l'interdiction de fumer à la maison et à l'école, on ne peut donc pas se baser sur le nombre de cigarettes fumées par jour et l'heure de la première cigarette. Un test spécifique a été proposé par Di Franza :

Tableau 4 - Test HONC (Hooked on Nicotine Checklist) (Di Franza, 2005)

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer sans pouvoir y arriver ?	Oui	Non
Fumez-vous actuellement parce que c'est vraiment difficile d'arrêter ?	Oui	Non
Avez-vous déjà pensé que vous fumez parce que vous êtes dépendant(e) du tabac ?	Oui	Non
Avez-vous déjà eu des envies impérieuses de fumer ?	Oui	Non
Avez-vous déjà senti que vous aviez vraiment eu besoin d'une cigarette ?	Oui	Non
Est-ce difficile de ne pas fumer aux endroits où c'est interdit comme par exemple à l'école ?	Oui	Non
Quand vous essayer d'arrêter ou quand vous n'avez pas fumé depuis un certain temps...		
Avez-vous trouvé difficile de vous concentrer sur votre travail parce que vous ne pouviez pas fumer ?	Oui	Non
Avez-vous été plus irritable parce que vous ne pouviez pas fumer ?	Oui	Non
Avez-vous senti un besoin urgent, une envie impérieuse de fumer ?	Oui	Non
Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se), incapable de rester tranquille, ou angoissé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?	Oui	Non
Vous-êtes-vous senti(e) triste ou déprimé(e) parce que vous ne pouviez pas fumer ?	Oui	Non
Additionnez vos réponses (1 point par réponse « oui »)		

Interprétation du score sur 11 :

- 0 à 2 : dépendance faible ou nulle à la nicotine
- 3 à 4 : dépendance faible à la nicotine
- 5 à 6 : dépendance moyenne à la nicotine
- 7 à 11 : dépendance forte à très forte à la nicotine

La plupart du temps le conseil sera suffisant chez l'adolescent, cependant le recours aux substituts nicotiques est possible chez les patients très dépendants. La prescription des substituts nicotiques est autorisée à partir de 15 ans. Quant aux médicaments de prescription obligatoire, le bupropion et la varénicline, ils ne sont autorisés qu'à partir de 18 ans. (5)

#### II.1.4 Evaluer la dépendance au tabac

Il y a plusieurs moyens d'évaluer la dépendance au tabac. Nous allons présenter ici la plus courante et conseillée. Il s'agit du test de Fagerström publié en 1990. Il existe deux versions de ce test : une version complète composée de six questions et une version simplifiée de deux questions seulement. Les résultats de ces tests indiqueront une dépendance faible, modérée ou grande. Cela nous servira pour évaluer la difficulté de prise en charge mais également nous orientera sur quelle stratégie thérapeutique employer. Un traitement simple par une forme unique de substitution nicotique sera en général suffisant pour une faible dépendance. Une dépendance importante, quant à elle, nécessitera la combinaison de plusieurs formes de substituts nicotiques, voire de Bupropion ou Varénicline, associées à une prise en charge psychologique et comportementale.

##### II.1.4.1 Version complète du test de Fagerström

Tableau 5 - Test complet de Fagerstrom (1990)

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1

	Après 60 min	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
A quelle cigarette de la journée renoncerez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

Interprétation du score sur 10 :

- 0 à 2 : dépendance faible ou nulle à la nicotine
- 3 à 4 : dépendance faible à la nicotine
- 5 à 6 : dépendance moyenne à la nicotine
- 7 à 10 : dépendance forte à très forte à la nicotine

#### II.1.4.2 Version simplifiée du test de Fagerström

Tableau 6 - Test simplifié de Fagerstrom (1990)

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1

	Après 60 minutes	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	3
	11 à 20	2
	21 à 30	1
	31 ou plus	0
Total		

Interprétation du score sur 6 :

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

Advise : conseiller l'arrêt

En tant que professionnel de santé, nous avons le devoir de conseiller à nos patients d'arrêter de fumer. Cette étape est régulièrement la dernière réalisée par les professionnels de santé, trop peu continuent la démarche de prise en charge du sevrage tabagique.

Ce conseil doit être clair et ferme. Il est également important qu'il soit personnalisé, en liant le tabac aux éventuels symptômes ou pathologies du patient. Il peut être intéressant de citer les coûts économiques et l'impact qu'il pourrait avoir sur l'entourage, notamment les enfants.

#### Exemples de conseils d'arrêt

- « Arrêter de fumer est la décision la plus importante que vous pouvez prendre pour protéger votre santé. Je peux vous aider si vous le souhaitez. »
- « Il est important que vous arrêtiez de fumer, et je peux vous aider. »
- « Je peux vous aider à arrêter de fumer. Ce sera sûrement plus facile que d'essayer tout seul. »
- « Arrêter de fumer pendant que vous êtes malade est une bonne décision, ce peut être l'occasion de reprendre votre liberté face au tabac. »
- « Fumer occasionnellement ou en faible quantité est encore dangereux. »
- « Il n'est jamais trop tard pour arrêter et c'est encore mieux si on arrête tôt. »
- « Continuer à fumer aggravera votre bronchite ou votre asthme [...], en revanche, arrêter de fumer pourra améliorer votre santé de façon importante. »
- « La fréquence des infections respiratoires des enfants est supérieure dans un environnement fumeur. »

Figure 9 - Exemples de conseils d'arrêt (Haute Autorité de santé, 2014)



### Assess : évaluer la motivation à l'arrêt

Il existe plusieurs façons de déterminer la motivation à l'arrêt de nos patients. La première et la plus simple consiste à utiliser une échelle visuelle analogique (EVA) graduée de 0 à 10. 0 correspond à une absence totale de motivation et 10 à une motivation maximale.



Figure 10 : Exemple d'EVA

Il existe d'autres méthodes basées sur les réponses à un court questionnaire. Un test très utilisé est le test de Légeron et Larue (2001). Il se compose de quatre questions :

Tableau 7 - Test de Légeron et Larue (2001)

Questions	Réponses
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
Avez-vous actuellement envie d'arrêter de fumer ?	
Pas du tout	0
Un peu	1
Moyennement	2
Beaucoup	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
Vous arrive-t-il de ne pas être content de fumer ?	
Jamais	0
Quelquefois	1
Souvent	2
Très souvent	3

Interprétation :

- 0 à 6 points : la motivation est insuffisante
- 7 à 13 points : la motivation est moyenne
- > 13 points : la motivation est importante

Un second test est courant pour évaluer la motivation de nos patients, il s'agit du test de Richmond (1993) lui aussi composé de quatre questions :

*Tableau 8 - Test de Richmond (1993)*

Aimeriez-vous arrêter de fumer si vous pouviez le faire facilement ?	Non	0
	Oui	1
Avez-vous réellement envie de cesser de fumer ?	Pas du tout	0
	Un peu	1
	Moyennement	2
	Beaucoup	3
Pensez-vous réussir à cesser de fumer dans les deux semaines à venir ?	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2
	Certainement	3
Pensez-vous être un ex-fumeur dans six mois ?	Non	0
	Peut-être	1
	Vraisemblablement	2

	Certainement	3
Total		

Interprétation :

- 5 ou moins : motivation faible
- 6-7 : motivation moyenne
- 8 ou plus : motivation importante

### II.1.5 Le cycle de Prochaska et Di Clemente

En 1994, Di Clemente et Prochaska ont montré que tout fumeur passe par différentes étapes. Il y a six étapes qui forment un cycle que l'on appelle « cycle de Prochaska ». Il est intéressant de déterminer où se situe notre patient afin d'adapter notre prise en charge. Ce cycle ne s'applique pas seulement pour l'arrêt du tabac mais peut être envisagé pour tout changement de situation.

Les six étapes sont les suivantes :

- *Précontemplation (ou pré réflexion)* : le fumeur est satisfait de sa situation et ne compte pas arrêter de fumer.
- *Contemplation ou réflexion* : le fumeur prend conscience des intérêts d'arrêter de fumer. Cependant, il ne se sent pas prêt ou capable d'arrêter pour le moment, tout en envisageant d'arrêter un jour.
- *Préparation* : la décision d'arrêter est prise. Le patient se renseigne et demande conseil à des professionnels.
- *Action* : le patient change ses habitudes. Cette étape débute au moment où il fixe la date d'arrêt, se prolonge par toutes les démarches du sevrage et s'arrête au bout de 3 à 6 mois, lorsque la situation est stabilisée et que le patient ne prend plus aucune aide à l'arrêt.
- *Maintien* : l'arrêt est un succès mais l'envie de fumer peut parfois se faire sentir, notamment dans les situations de stress ou en

présence d'autres fumeurs. Le patient doit être vigilant pour éviter les rechutes.

- *Résolution* ou *rechute* : cette dernière étape est double. Soit le patient s'est définitivement libéré de sa dépendance au tabac, dans ce cas il aura atteint l'étape de *résolution* et sortira du cycle de Prochaska. Soit il recommencera à fumer. On parlera alors de *rechute*. Le patient fera son retour dans le cycle de Prochaska, dans l'une des cinq premières étapes.

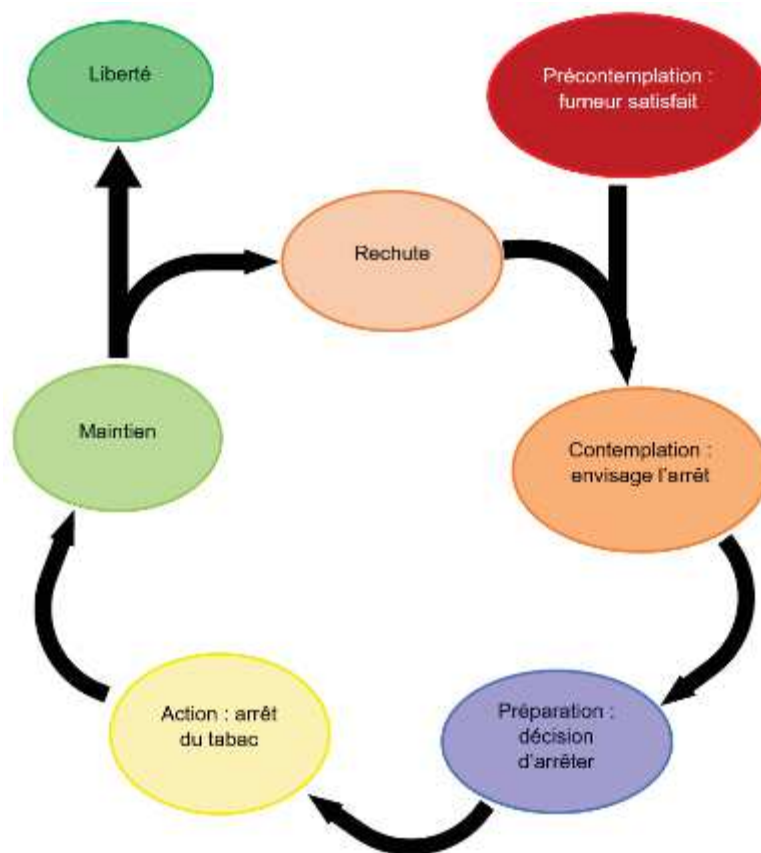


Figure 11 - Le cycle de Prochaska

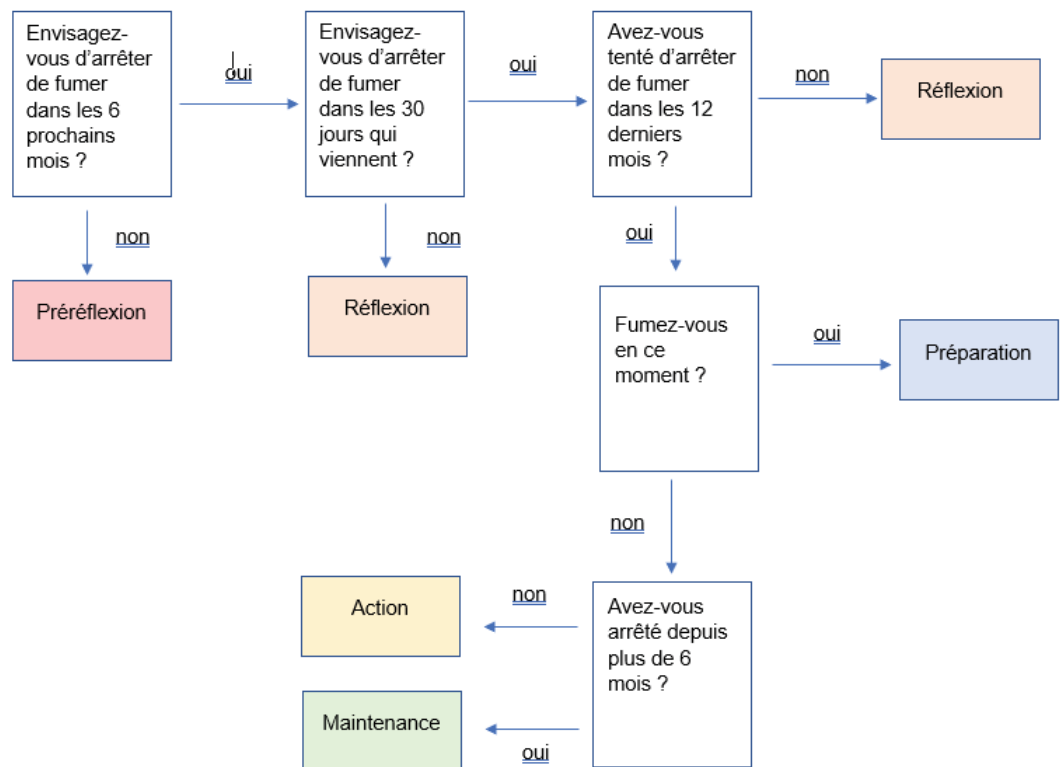
#### II.1.6 Evaluer le stade de préparation au changement en pratique

Deux moyens sont possibles pour situer un patient dans le cycle de Prochaska. Le premier est un questionnaire composé des deux questions suivantes : « Souhaitez-vous arrêter de fumer ? », « Si oui, dans combien de temps ? ». L'interprétation se fait selon le tableau suivant :

Tableau 9 - Interprétation du questionnaire permettant de déterminer la phase du cycle de Prochaska

Réponse		Interprétation
Non		Stade de préreflexion : fumeur satisfait
Oui	Un jour	Stade de réflexion : pense à arrêter mais n'est pas encore prêt
	Dans 6 à 12 mois	Phase de maturation de sa décision
	Dans moins de 3 mois	Stade de préparation
	Dans le mois	Stade de préparation terminé, le patient est prêt à arrêter

Le deuxième moyen est un arbre décisionnel développé par Prochaska et Di Clemente (1998) :



## II.1.7 Abord des patients en fonction de leur stade de préparation au changement

### II.1.7.1 *Fumeur non prêt à l'arrêt*

Les fumeurs non prêts à l'arrêt sont de moins en moins nombreux de nos jours. Ils représentent environ 30% des fumeurs dont 10 à 20% sont des jeunes n'ayant pas encore réfléchi à la question (5) et une partie importante des personnes plus âgées, en ayant assez que leur médecin ou leur famille leur répètent qu'ils doivent arrêter de fumer.

La conduite à tenir face à ces patients est le conseil minimum. Nous leur donnons des informations brèves, non moralisantes, sur les avantages d'arrêter de fumer, que nous pouvons agrémenter d'une ou plusieurs brochures explicatives sur les risques du tabac ou la prise en charge du sevrage tabagique, tout en lui rappelant que nous sommes à sa disposition s'il change d'avis.

Il est important de conseiller à ces patients d'arrêter de fumer même si on leur a déjà répété plusieurs fois car parfois il suffit d'une motivation supplémentaire pour les faire basculer et les engager dans le chemin du sevrage.

### II.1.7.2 *Fumeur hésitant*

Le fumeur hésitant est entré dans le cycle de Prochaska. Il voit les avantages d'arrêter de fumer et y réfléchit mais n'ose pas se lancer. Pour prendre en charge ce type de patient, il faut lui faire décrire les avantages et les inconvénients de fumer et de l'arrêt puis essayer de faire pencher la balance en faveur de l'arrêt.

#### II.1.7.2.1 Avantages de fumer

Les avantages qui peuvent être avancés par les patients sont :

- L'aide à la gestion des émotions et du stress

- L'aspect convivial (fête, pause avec les collègues...)
- Le plaisir procuré par une cigarette

#### II.1.7.2.2 Inconvénients de fumer

Les inconvénients de fumer selon les patients :

- La gêne au bien-être et au confort (odeurs, haleine, toux, essoufflement...)
- La santé : découverte d'une pathologie chronique liée au tabac, intervention chirurgicale programmée
- La gêne pour l'entourage : un conjoint ou des enfants demandant l'arrêt
- La lassitude : certains patients, en général après 40 ans, « en ont marre » de fumer
- Le coût : pour un patient fumant un paquet de cigarettes par jour en 2018, à un prix moyen de 7,90 euros, le coût à l'année s'élève à 2885,48 euros, soit 14427,38 euros en 5 ans et 28854,75 euros en 10 ans. Une élévation du prix du paquet à 10 euros est même prévue d'ici 2020. Ce qui élèverait ces coûts à 3652,20 euros à l'année, 18262,50 euros à 5 ans et 36525 euros à 10 ans, ce qui représente des sommes considérables.

Chaque patient peut trouver des arguments lui étant propres, parfois n'ayant pas de logique scientifique, mais qu'il faudra encourager.

#### II.1.7.2.3 Avantages d'arrêter

Les avantages de l'arrêt du tabac sont nombreux, à court et à long terme :

- Amélioration générale du bien-être et de la santé
- Diminution des risques cardio-vasculaires, respiratoires et de cancers

- Amélioration esthétiques : la peau redevient rose, les dents ne s'assombrissent plus. Ces arguments ont en général plus d'impact chez les jeunes adultes.
- Amélioration du confort et des interactions sociales par disparition de l'halitose et des odeurs liées au tabac.
- Economies à court, moyen et long terme, que ce soit directement par l'achat des cigarettes ou à cause des dépenses et/ou pertes de revenus découlant des pathologies générées par le tabac.

#### II.1.7.2.4 Inconvénients d'arrêter

Les inconvénients de l'arrêt sont plutôt les craintes des patients à l'idée d'arrêter :

- Peur de prendre du poids : les fumeurs prennent en moyenne 4,10 kg après avoir arrêté de fumer (28). Le tabac augmente la lipolyse, diminue la lipogénèse et prolonge la sensation de satiété. De ce fait les fumeurs ont souvent de plus mauvaises habitudes alimentaires que les non-fumeurs sans prendre plus de poids. La compensation du manque du tabac par le grignotage est également une raison de cette prise de poids. Il faut donc expliquer aux patients que cela peut être évité ou réduit, par une amélioration du régime alimentaire et/ou une augmentation de l'activité physique.
- Crainte des effets secondaires des médications. Les effets secondaires des médicaments sont faibles et peu importants face aux effets secondaires du tabac et les substituts nicotiques n'ont presque pas d'effets secondaires si les doses sont adaptées et en l'absence d'allergie.
- Crainte d'un nouvel échec. Un ou plusieurs échecs précédents n'indiquent pas une incapacité à l'arrêt mais une prise en charge inadaptée les fois précédentes. Il faut donc rassurer le patient, d'autant plus s'il a essayé d'arrêter seul ou sans médications.



- Peur de rechute en cas de fortes émotions. En effet le tabac accompagne souvent les situations de stress et les fumeurs craignent une trop grande envie de fumer dans ces situations. Il faut les rassurer en leur indiquant que les substituts nicotiques diminuent voire inhibe totalement l'envie de fumer même en cas de stress important.

### *II.1.7.3 Fumeur prêt à l'arrêt*

Si le fumeur est prêt à arrêter le tabac, la première chose sera de le féliciter et de l'encourager dans cette voie. Le but sera ensuite d'organiser le sevrage en fixant avec lui une date d'arrêt et d'établir la stratégie de prise en charge. La date d'arrêt doit être décidée par le patient afin que l'adhésion au traitement soit maximale. Le plus souvent ce sera un début de week-end ou de vacances, ou au contraire au début d'une semaine de travail.

Nous laisserons un délai entre la décision et l'arrêt en lui-même. Premièrement cela permet au patient de se préparer psychologiquement mais aussi d'opérer certaines modifications de son quotidien. Nous lui conseillerons par exemple de changer de marque de cigarette ou de moyen de les allumer, ceci afin de commencer à l'habituer au changement. Ensuite, cela lui permet d'anticiper d'éventuelles situations à risques ou d'en éviter certaines si par exemple une fête est prévue dans les prochains temps et qu'il ne se sent pas capable de résister à ce moment-là. Ce délai servira également à opérer une transition sur son régime alimentaire et/ou commencer à augmenter son activité physique par la reprise d'un sport ou l'augmentation du temps de marche quotidien par exemple.

Enfin, ce délai est nécessaire en cas de traitements par Varénicline ou Bupropion car ces médicaments doivent être pris pendant une semaine avant de commencer le sevrage tabagique.

Assist : aider au sevrage tabagique

Plusieurs outils de traitements sont disponibles. Les combinaisons de traitements sont plus efficaces que l'utilisation d'un seul outil. La combinaison la plus efficace est l'association médicaments (substituts nicotiques ou médicaments de prescription), soutien psychologique et entretiens motivationnels du patient.

### II.1.8 Substituts nicotiques

L'utilisation de substituts nicotiques a un double objectif : éviter le syndrome de manque et réduire la dépendance. Pour cela, ils libèrent la nicotine de façon beaucoup plus progressive que la cigarette. Ils vont alors entraîner une saturation des récepteurs nicotiques, ce qui évitera le syndrome de manque, sans les sur-stimuler afin de réduire progressivement leur nombre. Ce nombre revient à la normale en trois mois de substitution, mais en cas de rechute, leur multiplication sera plus rapide que chez quelqu'un n'ayant jamais fumé.

Il existe trois formes de substituts nicotiques : les transdermiques (patchs), les formes orales (gommes à mâcher, pastilles à sucer, pastilles sublinguales et inhalateurs) et le spray nasal.

#### *II.1.8.1 Les patchs ou timbres*

Le patch est un dispositif transdermique plus facile d'utilisation que les dispositifs oraux. Il permet également une libération plus stable et progressive de nicotine, ce qui est plus efficace pour diminuer la dépendance, mais moins efficace pour combler les besoins urgents en nicotine. Il existe des patchs pouvant être portés 16 heures ou 24 heures, disponibles en différentes tailles correspondant à la dose maximale de nicotine libérée. Afin de diminuer le risque de réaction cutanée, il est conseillé de changer le site d'application à chaque pose d'un patch. Une réaction allergique aux adhésifs utilisés est possible. Si la réaction cutanée est modérée (inférieure ou égale à la surface du patch) il est alors conseillé

de changer de marque, chacune utilisant des adhésifs différents. En cas de réaction cutanée importante (d'une surface supérieure à la taille du patch), il faudra alors abandonner cette forme de substituts nicotiniques.

Tableau 10 - Equivalence des patchs 16 heures et 24 heures(5)

	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	15 mg	21 mg	0,9 mg/h
Très grand	25 mg	-	1,56 mg/h

Le principe des patchs est toujours le même, la nicotine traverse progressivement la peau pour atteindre les vaisseaux sanguins des tissus sous-cutanés et rejoindre le cerveau. En revanche la pharmacocinétique est différente selon les patchs. On distingue trois cinétiques différentes (29) :

Les patchs Nicorette®, qui délivrent de la nicotine sur 16 heures, évitent une prise de nicotine nocturne pour réduire le risque d'insomnie mais il en résulte un taux de nicotine sanguin plus bas le matin et donc une remontée plus longue lors de la journée. Ce problème a tendu à être réduit avec la commercialisation depuis 2017 des patchs de 25 mg, plus fortement dosés en nicotine.

Les patchs Nicotinel® et Nicopatch® délivrent leur nicotine sur 24h avec une progression lente.

Les patchs Niquitin® délivrent une quantité importante de nicotine le matin puis stable durant la journée et la nuit.

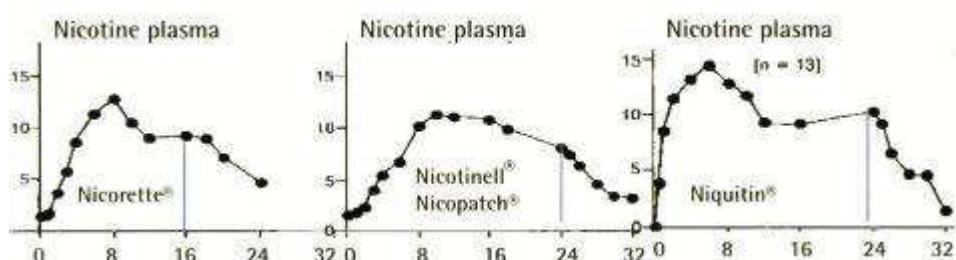


Figure 12 : Pharmacocinétique de la nicotine sur 24h en fonction du patch utilisé (Benowitz 1993)

### *II.1.8.2 Les gommes à mâcher*

Il s'agit de la première forme de substituts nicotiques ayant été commercialisée. Elles se présentent sous la forme de gommes aromatisées contenant 2 ou 4 mg de nicotine. De nombreux parfums et de nombreuses marques sont disponibles. Pour une efficacité maximale et éviter la survenue d'effets secondaires, une technique particulière doit être appliquée. La gomme doit être mordue une ou deux fois avant d'être plaquée contre la joue pendant une dizaine de minutes, puis mâchée une fois par minute pendant quinze à vingt minutes. Cette forme est moins utilisée de nos jours car son utilisation optimale est difficile, de plus elle entraîne un pic de nicotémie important pouvant sursaturer les récepteurs nicotiques et donc participer à l'entretien de l'addiction.

### *II.1.8.3 Les comprimés sublinguaux*

Ce sont de petits comprimés non enrobés et non aromatisés qui se placent sous la langue et fondent en 15 à 30 minutes. Leur avantage est d'éviter l'hypersalivation parfois provoquée par la mastication ou la succion, d'autant plus que la salive chargée en nicotine peut provoquer un hoquet. Ils sont commercialisés par Nicorette® sous la dénomination Microtab, sous forme de comprimés dosés à 2 mg de nicotine.

### *II.1.8.4 Les comprimés à sucer*

Ce sont des comprimés pelliculés à sucer lentement sans croquer. Ils sont commercialisés sous formes dosées à 2 mg ou 4 mg par Nicorette®, Nicotine EG®, Nicotinell® et Niquitin®. Les comprimés Nicopass® sont eux dosés à 1,5 mg et 2,5mg mais leur absorption buccale est meilleure donc leur cinétique est équivalente aux autres comprimés dosés respectivement à 2 et 4 mg.

#### *II.1.8.5 L'Inhalateur®*

Le Nicorette Inhalateur® est un système composé d'un tube dans lequel on introduit une cartouche contenant 10 mg de nicotine. En inspirant comme on le ferait avec une cigarette, une petite quantité de nicotine se retrouve alors sur la muqueuse buccale et va la traverser. L'avantage de cette forme de substitution est qu'elle permet de garder la gestuelle de la prise de cigarette.

#### *II.1.8.6 Le spray nasal*

Cette forme permet de délivrer la nicotine par application d'un spray dans la narine. La pharmacocinétique de cette forme est plus proche de la cigarette. Elle est souvent préférée par les fumeurs les plus dépendants, cependant à cause du pic de nicotine qu'elle génère, le risque d'entretenir une dépendance à la nicotine est importante.

#### *II.1.8.7 Efficacité des substituts nicotiques*

La méta-analyse de Fiore (2008) comparant les taux d'arrêt à six mois de certains substituts nicotiques par rapport à un placebo leur prête une efficacité pouvant être jusqu'à trois fois supérieure. La différence d'efficacité entre les patchs et les formes orales relève d'une plus grande difficulté du dosage, un sous-dosage diminuant grandement les chances de succès. En revanche on remarque que l'association de formes transdermiques et orales augmente significativement le taux d'abstinence à 6 mois.

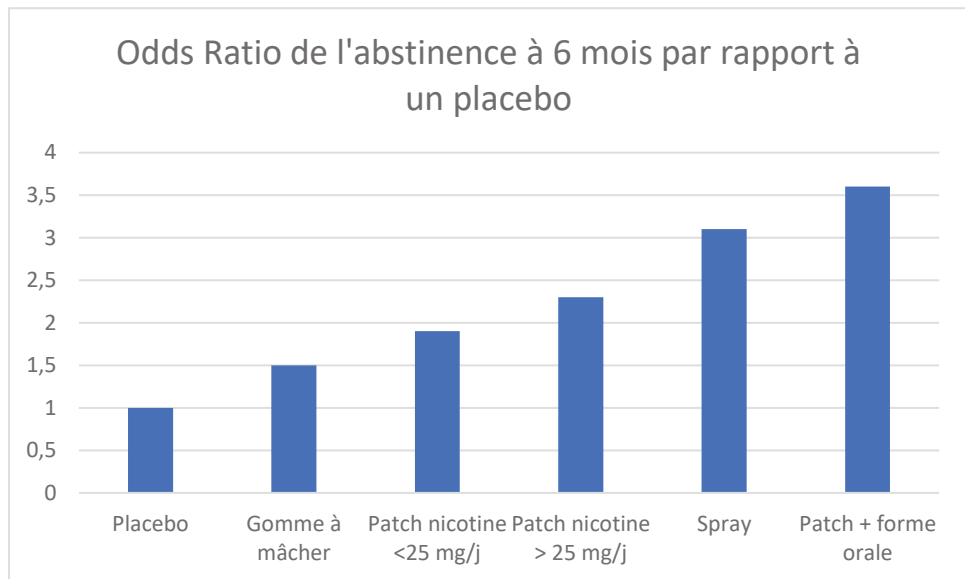


Figure 13 : Abstinence à 6 mois exprimée par l'Odds Ratio comparé au groupe contrôle pour différents substituts nicotiniques selon la méta-analyse de Fiore dans le guide américain du médecin pour l'arrêt du tabac (2008)

### II.1.8.8 Choix de la posologie

Le choix de la posologie initiale se fait en fonction de la quantité de cigarettes fumées par jour et l'heure de la première cigarette. L'adaptation se fera ensuite en fonction des symptômes de sous-dosage (envie de fumer, irritabilité) ou de surdosage (nausées, insomnies, tachycardie).

Tableau 11 : Proposition de posologie initiale des substituts nicotiniques (INPES, OFT)

Le patient fume	<10 cig./jour	10-19 cig./jour	20-30 cig./jour	>30 cig./jour
Pas tous les jours	Rien ou forme orale	Rien ou forme orale	-	-
Pas le matin	Rien ou forme orale	Rien ou forme orale	Patch moyen ou formes orales	Patch forte dose

<60 min. après le lever	Forme oral	Patch moyen ou formes orales	Patch forte dose	Patch forte dose +/- forme orale
<30 min. après le lever	Patch moyen ou formes orales	Patch forte dose	Patch forte dose +/- forme orale	Patch forte dose +/- forme orale
<5 min. après le lever	Patch de dose moyenne +/- formes orales	Timbre forte dose +/- forme orale	Timbre forte dose +/- forme orale	Timbre forte + moyenne dose +/- forme orale

### II.1.8.9 *Prise en charge par la sécurité sociale*

Depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2019, la prise en charge de l'ensemble des substituts nicotinique par la sécurité sociale se fait à hauteur de 65%.

### II.1.9 Médication de prescription

Les médicaments de prescription sont, selon les dernières recommandations de la HAS, les traitements de seconde intention dans la prise en charge du sevrage tabagique.

#### II.1.9.1 *Bupropion (Zyban®)*

##### II.1.9.1.1 Présentation

Le bupropion est un inhibiteur sélectif de la recapture neuronale des catécholamines (noradrénaline et dopamine). Il a été longuement utilisé comme antidépresseur aux Etats-Unis et au Canada, mais une psychiatre s'est rendu compte que certains de ses patients arrêtaient spontanément de fumer. Il est aujourd'hui utilisé seulement dans la prise en charge du sevrage tabagique. Son mécanisme d'action dans l'aide à l'abstinence

tabagique n'est pas connu. En revanche, son efficacité au long terme a été démontrée : seul, il double les chances d'arrêt du tabac par rapport à un placebo (30).

#### II.1.9.1.2 Effets secondaires

Les effets secondaires les plus courants sont l'insomnie et l'allergie. Il a été démontré un risque de crise d'épilepsie survenant dans moins d'un cas sur mille et cessant à l'arrêt du médicament. Il existe de nombreux autres effets secondaires rapportés, similaires à ceux rencontrés lors d'un sevrage tabagique sans bupropion, c'est pourquoi la responsabilité du médicament dans leur apparition est incertaine.

#### II.1.9.1.3 Contre-indications

Le bupropion ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Hypersensibilité au bupropion
- Antécédent de convulsions
- Antécédents de troubles graves du comportement alimentaire
- Tumeur du système nerveux central
- Insuffisance hépatique grave
- Sevrage alcoolique en cours
- Traitement par inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO).

L'utilisation du bupropion chez la femme enceinte n'est pas contre-indiquée mais n'est pas recommandée en raison de l'absence de preuve de son innocuité.

#### II.1.9.1.4 Posologie

La posologie usuelle est de 1 comprimé de 150 mg pendant 6 jours puis 2 comprimés de 300mg en deux prises espacées de 8 heures pendant 6 à 8 semaines.



#### II.1.9.1.5 Efficacité

Selon la méta-analyse de Fiore (2008), le Bupropion en utilisation seule a une efficacité dans l'abstinence à 6 mois deux fois supérieure à un placebo.

### II.1.9.2 *Varénicline (Champix®)*

#### II.1.9.2.1 Présentation

La Varénicline est à la fois agoniste et antagoniste des récepteurs nicotiques à l'acétylcholine  $\alpha 4\beta 2$ . Il permet ainsi de diminuer le manque et de simuler le plaisir lié à la nicotine.

#### II.1.9.2.2 Effets secondaires

L'effet secondaire le plus courant est l'apparition de nausées, qui augmentent progressivement avec la progression des doses, atteignent leur paroxysme au bout d'une semaine lorsque la dose est maximale puis diminue généralement ensuite. En cas de persistance, la posologie sera diminuée.

#### II.1.9.2.3 Contre-indications

La seule contre-indication à la Varénicline est l'hypersensibilité à la substance active ou l'un de ses excipients.

La prescription de Varénicline durant la grossesse n'est pas recommandée en raison de l'absence de preuve de son innocuité. En revanche il a été prouvé que la substance active passe dans le lait maternel, il est donc recommandé de faire un choix entre l'allaitement et le traitement par la Varénicline.

#### II.1.9.2.4 Posologie

La posologie usuelle est de 1 comprimé de 0,5 mg par jour pendant 3 jours, puis 1 comprimé de 0,5 mg deux fois par jour pendant 4 jours, suivi de 1 comprimé de 1 mg deux fois par jour pendant 11 semaines.

#### II.1.9.2.5 Efficacité

Selon la méta-analyse de Fiore (2008), la Varénicline a une efficacité à six mois trois fois supérieure à un placebo et de 50% supérieure à celle du Bupropion.

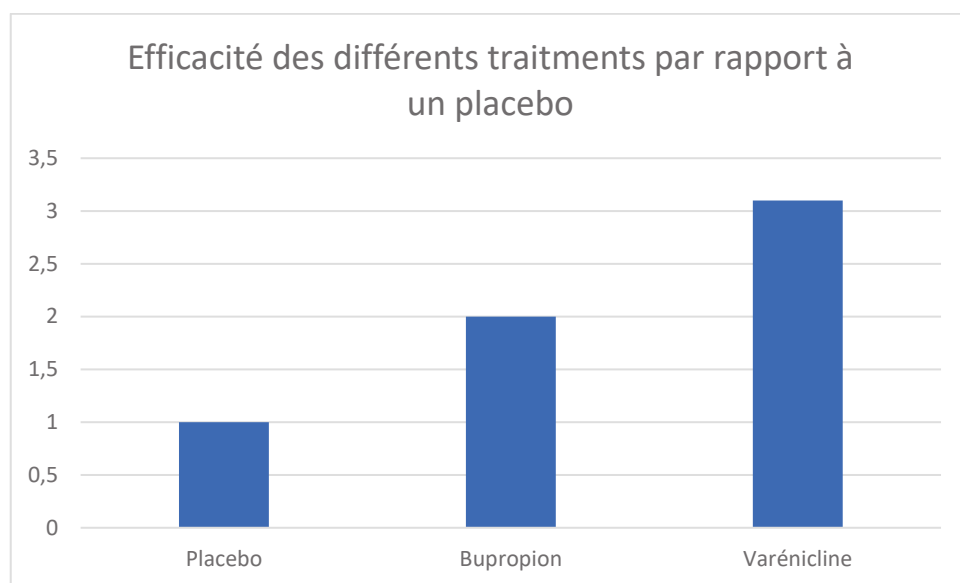


Figure 14 : Abstinence à 6 mois sous les différents traitements disponibles selon la méta-analyse de Fiore (2008)

#### II.1.10 Accompagnement psychologique

L'accompagnement psychologique du patient est un élément essentiel au même titre que les conseils initiaux et les prescriptions médicamenteuses. Cet accompagnement peut se faire sous différentes formes :

- Accompagnement par un médecin
- Accompagnement par d'autres soignants
- Accompagnement par téléphone et internet
- Thérapies cognitives et comportementales
- Autres psychothérapies

### II.1.10.1 L'accompagnement du médecin

L'accompagnement psychologique par le médecin est efficace même de courte durée et l'efficacité augmente jusqu'à une durée de 5 heures. Cet accompagnement est jumelé avec les entretiens motivationnels. L'objectif de ces consultations sera de répondre aux difficultés rencontrées par le patient, l'aider à les surmonter et à garder sa motivation à arrêter de fumer.

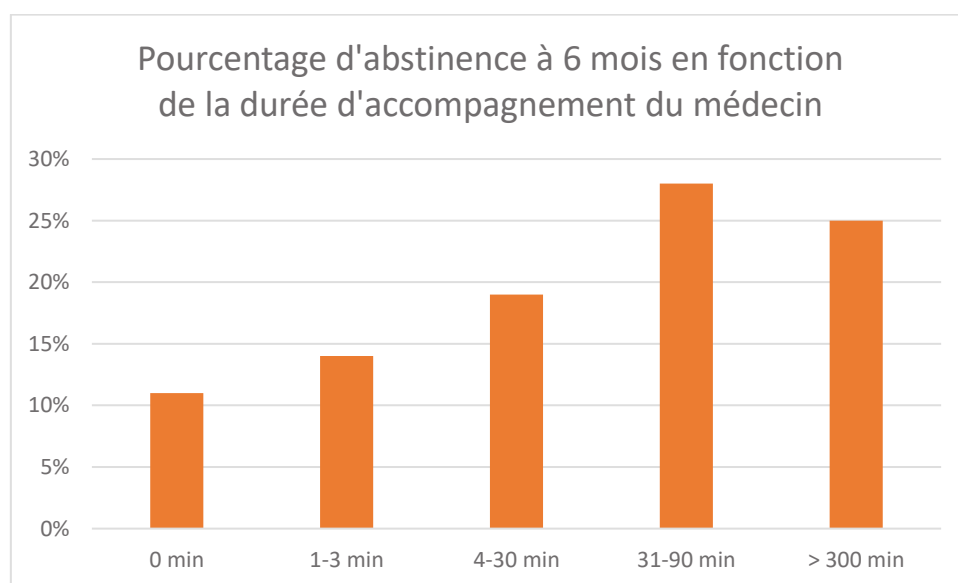


Figure 15 : Taux d'abstinence à 6 mois en fonction de la durée de l'accompagnement par le médecin selon la méta-analyse de Fiore (2008)

### II.1.10.2 L'accompagnement par un autre soignant

L'aide d'un professionnel de santé non-médecin augmente déjà significativement le taux d'arrêt à 6 mois. L'efficacité de chacune des professions de santé n'a pas été précisément évaluée.

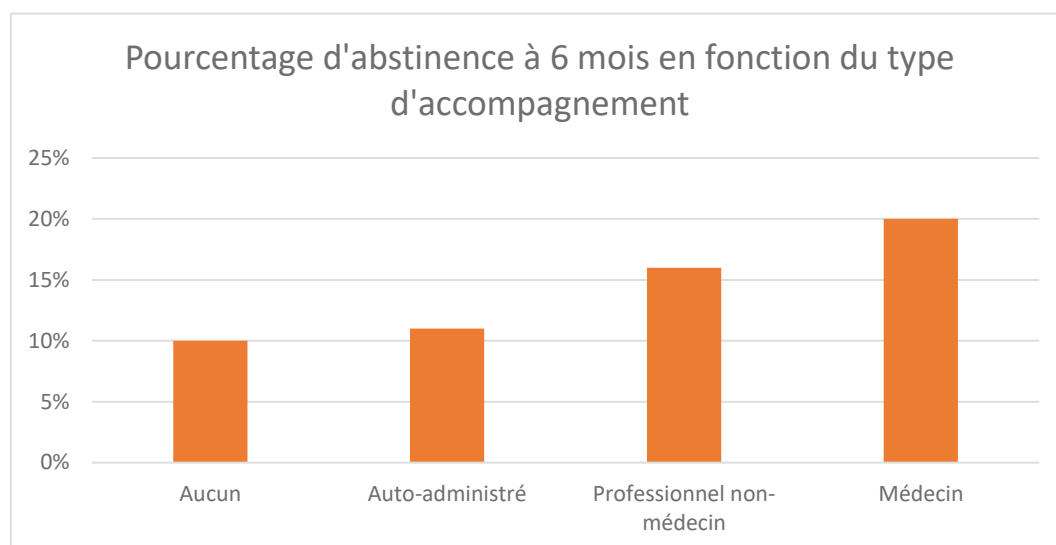


Figure 16 : Taux d'abstinence à 6 mois en fonction du type d'accompagnement selon la méta-analyse de Fiore (2008)

### II.1.10.3 Le conseil téléphonique et par internet

La mise en place de la ligne Tabac-Info-Service est une vraie aide pour les professionnels de santé n'ayant pas le temps nécessaire pour accompagner eux-mêmes leurs patients. L'inscription se fait par un appel au 3989 et permet de bénéficier d'entretiens téléphoniques avec des tabacologues ainsi qu'un e-coaching par courriel et sur l'application de téléphone « Tabac info service, l'appli ». Selon l'Inpes, 22% des bénéficiaires d'au moins un entretien téléphonique sont non-fumeurs à six mois et 73% estiment que le soutien téléphonique les a aidés dans leur démarche d'arrêt (31).

### II.1.10.4 Thérapies Comportementales Cognitives (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales sont des thérapies psychologiques visant à modifier le comportement ou la façon de penser. Le volet cognitif vise à modifier la façon de penser du fumeur vis-à-vis de la cigarette, en dissociant l'idée que la cigarette est une amie servant par exemple à surmonter certaines situations ou mieux se concentrer.

Le volet comportemental consiste à modifier les habitudes de comportement conduisant à allumer une cigarette en les remplaçant par autre chose. Par exemple, lorsque je suis stressé, au lieu d'allumer une cigarette je vais faire un exercice de respiration et boire un grand verre d'eau.

#### *II.1.10.5 Autres psychothérapies*

D'autres psychothérapies existent mais sont peu recommandées comme les méthodes d'aversion visant à dégouter du tabac en fumant rapidement jusqu'à l'apparition de nausées et les techniques d'autocontrôle ou de conditionnement. Les thérapies de groupe, quant à elles, peuvent être intéressantes. Parler avec d'autres personnes dans la même situation ou étant passées par les mêmes difficultés et ayant réussi à arrêter peut être un bon moyen d'entretenir sa motivation.

### II.1.11 Autres outils pour l'arrêt du tabac

#### *II.1.11.1 Vaccins anti-nicotiniques*

Plusieurs laboratoires à travers le monde tentent de développer un vaccin anti-nicotine. L'objectif étant de faire reconnaître la molécule de nicotine par des anticorps lors de son passage dans le sang afin de l'intercepter avant son arrivée dans le cerveau. Cela rendrait la prise de cigarette inefficace à combler les symptômes de manque et à entretenir la dépendance au tabac.

#### *II.1.11.2 Homéopathie et phytothérapie*

Des traitements alternatifs existent comme l'homéopathie ou la phytothérapie. Ces traitements ont d'après les études une efficacité comparable à celle du placebo. Ils n'ont donc aucun réel intérêt mais n'ont pas non plus de contre-indications, les patients ayant l'habitude d'y avoir recours peuvent donc les utiliser en complément des autres traitements.

### *II.1.11.3 Acupuncture, auriculothérapie, laser*

L'acupuncture est une technique de médecine traditionnelle chinoise dont les effets sur l'arrêt du tabac ne sont pas supérieurs à ceux d'un placebo (32).

L'auriculothérapie est une technique inventée en 1950 par Paul Nogier et inspirée de l'acupuncture, dont les méthodes sont appliquées uniquement au niveau de l'oreille, avec des aiguilles, fils ou maintenant au laser. Il n'y a aucune preuve de son efficacité sur le long terme (33), cette méthode n'est pas donc pas recommandée.

### *II.1.11.4 Hypnose*

Les études sur l'efficacité de l'hypnose sont peu fiables, notamment à cause de biais de sélections récurrents. Il semblerait néanmoins que l'hypnose soit plus efficace que l'absence de prise en charge.

### *II.1.11.5 Cigarette électronique*

La cigarette électronique est un produit sans statut véritable. Elle a été introduite sur le marché en 2004, présentée tantôt comme un moyen de fumer dans les endroits interdits car rejetant seulement de la vapeur, tantôt comme un produit d'arrêt du tabac.

A l'heure actuelle, l'efficacité de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique total est débattue. Cependant il semblerait que le vapotage permette la réduction de la consommation de tabac (34).

Une des interrogations concernant la cigarette électronique est son innocuité. En effet on retrouve entre autres dans la composition des e-liquides de la nicotine et du diacétyl, reconnu comme à l'origine de pathologies sévères du système respiratoire lorsqu'il est inhalé après avoir été chauffé. Un article récent (35) la soupçonne même d'entraîner un risque important de cancers du poumon et de la vessie et de pathologies

cardiaques. Cependant, pour le moment, les risques de la cigarette électronique sont considérés comme inférieurs à ceux de la cigarette traditionnelle, c'est pourquoi certains professionnels la recommandent dans la prise en charge de la diminution voire de l'arrêt du tabac.

#### Arrange : organiser le suivi

Il n'y a pas de consensus sur la fréquence des consultations de suivi du sevrage tabagique. La plupart des auteurs conseillent tout de même une consultation le jour de l'arrêt, dans les jours suivants, à un mois, entre un et six mois et à 6 mois. Après 6 mois il n'y aura plus de consultations spécifiques, la question du tabac sera abordée lors des visites de routine du patient.

#### II.1.12 Le jour de l'arrêt

Cette première consultation a pour objectif de s'assurer que le patient a pris les dispositions recommandées, en ayant écarté les produits liés au tabac autour de lui, trouvé un moyen d'augmenter son activité physique et pris conscience des situations à risque afin de les éviter. En cas de prise de Bupropion et Varénicline, il faut s'assurer que les médicaments sont bien pris depuis une semaine. Si le traitement se fait uniquement par substituts nicotinique, il faut s'assurer de la bonne application de l'éventuel patch et conseiller de noter le nombre de formes orales prises dans la journée. Enfin, il faut s'assurer que le patient a bien compris le déroulement du sevrage et répondre à ses éventuelles questions.

Il peut arriver que le patient fume une ou deux cigarettes pendant cette première journée malgré une motivation le plus souvent importante le premier jour. Il ne faut pas dramatiser cette situation, mais plutôt noter les raisons ayant conduit à cette prise de cigarette, savoir si cela est dû à un manque de substituts nicotiniques ou à des circonstances particulières.

### II.1.13 Dans la semaine qui suit l'arrêt

Ce premier contrôle permet de vérifier la bonne posologie des substituts nicotiques et son éventuelle adaptation. Un surdosage se traduira par des nausées et/ou insomnies associées à une absence d'envie de fumer. Un sous-dosage se traduira par une envie de fumer, une prise importante de formes orales voire la prise de quelques cigarettes dans la journée.

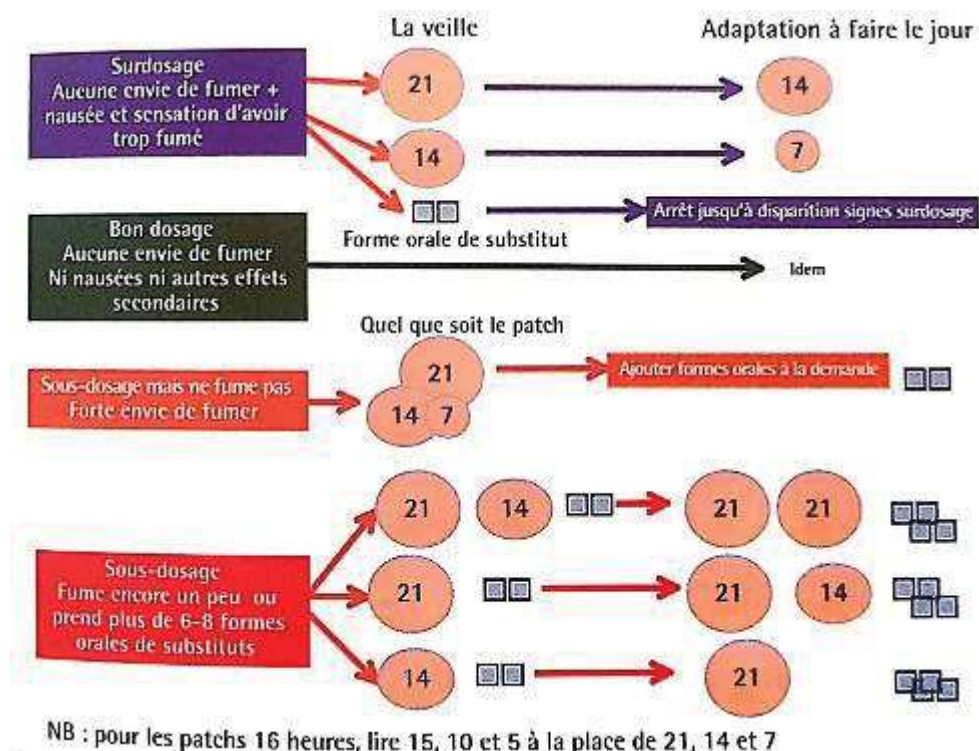


Figure 17 : Proposition d'ajustement de la posologie des substituts nicotiques (Dautzenberg 2010)

En cas de traitements par médicaments de prescription, ce premier rendez-vous servira pour rechercher l'apparition éventuelle d'effets secondaires et le contrôle du tabagisme pour éventuellement associer la prise de substituts nicotiques de forme orale.

### II.1.14 Les consultations suivantes

Les consultations suivantes serviront à vérifier la bonne posologie et la tolérance des traitements. Elles seront aussi l'occasion d'effectuer un contrôle de la prise de poids. Il est recommandé de ne pas faire attention au poids les premières semaines pour se focaliser sur l'arrêt en lui-même,



mais commencer à le contrôler dès la fin du premier mois permet de minimiser son augmentation. Nous évoquerons également l'évolution de l'humeur et du sommeil, qui peuvent être perturbés.

### Les rechutes

Le tabagisme est une maladie chronique récidivante. Même après un arrêt prolongé elle peut être réactivée. L'arrêt du tabac pendant trois mois ou plus doit être considéré comme un succès du sevrage. La reprise du tabac après trois mois est une rechute et non un échec de la thérapeutique.

Il faut savoir qu'un fumeur sur deux ayant arrêté de fumer à trois mois rechute dans l'année qui suit (5). Il faut donc informer le fumeur de ce risque dès la première prise en charge pour qu'il puisse dédramatiser si cela arrive, faire en sorte de l'éviter et lui donner les moyens de réagir si cela se produit. Afin d'anticiper la rechute, il est important de conseiller au patient d'éviter les situations à risque, casser l'idée reçue de certains fumeurs que fumer juste une cigarette n'est pas grave et d'analyser les circonstances des éventuelles rechutes antérieures.

En cas de reprise de quelques cigarettes, le retour vers le tabagisme antérieur peut être rapide. On fera en sorte d'éviter cette situation par la reprise de substituts nicotiques de forme orale, un entretien motivationnel et l'analyse de la situation ayant conduit à cette rechute.

En cas de retour au tabagisme antérieur, il faudra aider le patient à ne pas se démotiver et replanifier un arrêt dès que possible en tirant des leçons de cet échec.

### III. Les chirurgiens-dentistes et le sevrage tabagique

#### L'implication des chirurgiens-dentistes dans l'accompagnement au sevrage tabagique

Le chirurgien-dentiste est l'un des professionnels de santé les mieux placés pour participer au sevrage tabagique, notamment par la fréquence de consultation des patients ainsi que par l'impact direct du tabac sur la cavité buccale. Cependant, à part dans certains pays comme le Canada ou la Suisse où les chirurgiens-dentistes sont très impliqués dans la lutte contre le tabac, leur engagement reste insuffisant.

Une étude réalisée aux Etats-Unis en 2014 montrait que seuls 31% des chirurgiens-dentistes conseillaient à leur patient d'arrêter de fumer (contre environ 65% des médecins traitants) et parmi ces patients seulement 24,5% recevaient une aide au sevrage (contre 53% chez les médecins)(36). Selon une autre étude de 2014, seuls 1 patient fumeur sur 10 a reçu un conseil d'arrêt au cabinet dentaire. (37)

#### Les obstacles rencontrés par les chirurgiens-dentistes

##### III.1.1 Manque de temps et de rémunération

Les principaux obstacles rencontrés par les chirurgiens-dentistes sont le manque de temps et de moyens. En effet, l'accompagnement au sevrage tabagique est un acte chronophage que l'on ne peut facturer au cabinet dentaire. Dans le contexte d'un planning déjà bien rempli et d'une rentabilité à assurer, il paraît donc difficile d'intégrer des consultations de prise en charge de nos patients fumeurs.

##### III.1.2 Manque de moyens

Si les substituts nicotiques peuvent être prescrits par les chirurgiens-dentistes en France depuis le 26 janvier 2016, le Bupropion et la Varénicline ne peuvent être prescrits que par des médecins. Cela peut constituer un frein car empêche les chirurgiens-dentistes de disposer de l'ensemble de la palette thérapeutique disponible.

### III.1.3 Manque de connaissances

La formation au sevrage tabagique des chirurgiens-dentistes est souvent réduite si ce n'est absente de leur formation initiale. Ce manque de connaissances constitue un frein à la prise en charge des patients fumeurs voire même la principale cause de renoncement selon certaines études (38).

### III.1.4 Manque d'information des patients et crainte de perdre des patients

Beaucoup de patients ne savent pas que leur chirurgien-dentiste peut prendre en charge le sevrage tabagique. Certains praticiens craignent donc que leur intervention soit jugée inappropriée et que cela détériore leur relation patient-praticien voire incite certains patient à changer de dentiste traitant.

### III.1.5 Le tabagisme du praticien

Même si la proportion de fumeurs parmi les chirurgiens-dentistes est faible (39), les praticiens fumeurs ont plus de mal à s'engager dans la lutte contre le tabac par appréhension d'une moindre crédibilité.

### Mesures prises pour engager les chirurgiens-dentistes dans la lutte contre le tabac

### III.1.6 En France

Les différentes organisations pour la santé recommandent depuis des années l'implication de tous les professionnels de santé dans la lutte anti-tabagique.

En 1998, dans la conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac, l'ANAES souligne 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 leurs patients fumeurs, dans le cadre de programmes mis en place par les professionnels. » (40)

En 2004, les recommandations de bonnes pratiques de l'AFSSAPS précisent que « le nombre de patients dépendants au tabac est tel 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 (...) 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. » (41)

Dans les recommandations de bonne pratique de 2014, la HAS insiste sur le fait que « tous les professionnels de santé peuvent être impliqués dans le dépistage et l'aide à l'arrêt de l'usage du tabac, tels que les chirurgiens-dentistes, psychiatres, pneumologues, oncologues, cardiologues, infectiologues, médecins du travail, infirmiers, médecins et infirmiers scolaires, pharmaciens et psychologues. » (42)

Dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, l'article 134 ouvre le droit de prescription des substituts nicotiques aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers et infirmières et aux masseurs kinésithérapeutes (43).

En octobre 2016, la ministre chargée de la santé Marisol Touraine, Santé publique France et l'Assurance maladie lancent l'opération « Moi(s) sans tabac ». Cette opération propose à tous les fumeurs d'arrêter tous

ensemble pendant 30 jours. Les fumeurs ayant réussi à ne pas fumer pendant ces trente jours ont cinq fois plus de chance d'arrêter définitivement. (44) Chaque personne s'inscrivant à l'opération sur le site Tabac Info Service recevra un kit d'aide à l'arrêt du tabagisme composé d'un livret « Je me prépare », d'un agenda des 30 jours du mois de novembre, une carte « Le stress ne passera pas par moi » et une roue « je calcule mes économies ». Après le succès des éditions 2016 et 2017 avec respectivement 180 000 et 158 000 inscrits, l'opération est reconduite en 2018.

### III.1.7 A l'international

La convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac rappelle l'importance de l'implication de tous les professionnels de santé dans cette lutte et les incite à se former et à participer à la promotion du sevrage tabagique.

La Fédération Dentaire Internationale exhorte les praticiens à s'engager dans la prévention et la prise en charge du sevrage tabagique.

Certains pays ont mis en place des mesures importantes pour impliquer d'avantages les chirurgiens-dentistes. Au Canada par exemple, l'ordre des chirurgiens-dentistes du Québec a mis à disposition des praticiens un guide d'accompagnement au sevrage tabagique. Au Canada de nouveau, depuis 1999, il existe un code régissant les honoraires de services de désaccoutumance au tabac et les praticiens ayant suivi un programme reconnu de formation en sevrage tabagique peuvent prescrire du bupropion à leurs patients (45).

Aux Etats-Unis, le modèle « Fax to Quit » a été développé à l'Université du Wisconsin. Différents professionnels de santé peuvent, après identification d'un patient fumeur, transmettre les données à un organisme compétent qui pourra recontacter le patient et l'accompagner dans le sevrage tabagique. (46)

## IV. Prise en charge au cabinet dentaire

### Organisation du cabinet

La première mesure consiste afficher de façon visible que le cabinet de chirurgie-dentaire est un lieu de santé où informations et aides concernant le tabac et son sevrage sont disponibles

#### IV.1.1 Affiches et brochures

De nombreuses affiches anti-tabac sont disponibles sur le site [www.tabac-info-services.fr](http://www.tabac-info-services.fr) et peuvent être livrées directement au cabinet gratuitement. Il est important d'en disposer dans la salle d'attente pour rappeler aux patients que fumer est nocif pour la santé, mais qu'ils ne sont pas seuls et peuvent être aidés par des professionnels de santé, y compris leur chirurgien-dentiste.



Figure 18 : Exemples d'affiches disponibles sur [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)

Il existe aussi un grand nombre de brochures et dépliants pour renseigner les patients sur pourquoi et comment arrêter de fumer. Ces brochures doivent être visibles et facilement accessibles aux patients, à l'accueil ou dans la salle d'attente. Elles peuvent même être distribuées aux patients

directement à la fin de la consultation. Des brochures sont disponibles sur les sites de Santé publique France : Inpes et Tabac info service.

#### IV.1.2 Vidéos

Plusieurs vidéos ont été développées par la Haute Autorité de Santé depuis 2014 pour renseigner les patients sur les dangers du tabac et les inciter à se faire aider par des professionnels de santé. Ces vidéos peuvent être diffusées par intermittence dans la salle d'attente.

#### Méthode des 5A adaptée au cabinet dentaire

La méthode des 5A développée dans la partie précédente a été pensée pour être relativement brève et facilement utilisable par tous les professionnels de santé. Cependant, en raison des difficultés citées plus haut, elle paraît fastidieuse pour une application au cabinet dentaire. Il est donc nécessaire de l'adapter pour qu'elle soit applicable par tout chirurgien-dentiste.

#### IV.1.3 Déterminer le statut tabagique, conseiller l'arrêt et évaluer la motivation (Ask, Advise, Assess)

La première étape consistant à l'identification des fumeurs doit être systématique. Il faut alors connaître si le patient fume, combien de cigarettes par jour et depuis combien de temps. Le conseil à l'arrêt est très important car comme mentionné plus haut il augmente de 5% les chances d'arrêt du tabac. Enfin, nous pouvons facilement déterminer si le patient souhaite arrêter de fumer et où il se situe dans le cycle de motivation à l'arrêt.

Toutes ces étapes sont peu chronophages si elles sont posées sous forme de questions courtes lors de l'entretien avec notre patient en début de consultation. Ce temps peut encore être réduit si on inclut une partie

regroupant ces questions au questionnaire médical à remplir en salle d'attente lors de la première visite. En voici une proposition :

a) Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
b) Combien de cigarettes par jour ?	.....	
c) Depuis combien de temps ?	.....	
d) Combien de temps après le réveil allumez-vous votre première cigarette ?	<input type="checkbox"/> moins de 5 minutes <input type="checkbox"/> moins de 30 minutes <input type="checkbox"/> moins d'une heure <input type="checkbox"/> plus d'une heure	
e) Souhaitez-vous arrêter de fumer ?	<input type="checkbox"/> oui, dans le prochain mois <input type="checkbox"/> oui, dans les 6 prochains mois <input type="checkbox"/> oui, mais pas pour le moment <input type="checkbox"/> non, pas pour l'instant	
f) Avez-vous déjà essayé d'arrêter ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> moins de 4 fois <input type="checkbox"/> plus de 4 fois	
Si oui,		
g) Avez-vous utilisé des traitements pour vous aider ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
h) Avez-vous requis l'aide d'un professionnel de santé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
i) Avez-vous ressenti des symptômes de manque ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
j) Pourquoi pensez-vous avoir repris ?	..... ..... .....	
k) Êtes-vous concerné(e) par l'une des situations suivantes ?	<input type="checkbox"/> Consommez-vous régulièrement de l'alcool ? <input type="checkbox"/> Consommez-vous régulièrement du cannabis ?	



	<input type="checkbox"/> Souffrez-vous de pathologies cardio-vasculaires et/ou respiratoires ?
	<input type="checkbox"/> Avez-vous des antécédents de dépression ?
	<input type="checkbox"/> Êtes-vous enceinte ou en cours d'allaitement ?
I) Accepteriez-vous l'aide de votre dentiste pour arrêter de fumer ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Ce questionnaire permet de connaître l'histoire tabagique de notre patient, d'évaluer sa dépendance et sa motivation à l'arrêt ainsi que d'identifier une éventuelle situations à risque. Les questions g), h), i) et j) permettent de connaître les raisons des échecs antérieurs et permettent d'expliquer comment on peut remédier à cela cette fois. Sans avoir empiété sur le temps de la consultation, nous avons déjà tous les éléments nécessaires à la prise en charge de notre patient.

#### IV.1.4 Aider à l'arrêt (Assist)

##### IV.1.4.1 *Face à un patient non motivé*

Face à un patient qui ne souhaite pas arrêter, nous nous contenterons de lui prodiguer le conseil minimum. Cela consiste en une information brève et non moralisante sur les effets du tabac et surtout sur les avantages de l'arrêt. On peut également lui distribuer des brochures contenant des informations sur le tabac et sur l'accompagnement que peuvent leur prodiguer les professionnels de santé. Bien sûr nous concluons ce conseil en lui rappelant que nous restons à sa disposition s'il a des questions ou s'il décide d'arrêter de fumer.

#### IV.1.4.2 *Face à un patient hésitant*

On considèrera comme hésitant un patient ayant répondu « oui, mais pas pour le moment » à la question e). Nous commencerons par essayer de comprendre ce qui le fait hésiter. Les patients hésitants sont souvent des patients ayant déjà essayé d'arrêter mais sans réussite. C'est à ce moment que les questions g), h), i) et j) ont leur importance. En effet elles vont nous permettre de connaître les raisons des échecs précédant et de leur proposer une solution. Si le patient a essayé d'arrêter sans l'aide d'un professionnel de santé, nous lui expliquerons que seuls 3% des tentatives d'arrêt sans aide sont réussies. Si l'arrêt s'est fait sans médicaments, substituts nicotiques ou médicaments de prescription, nous pourrons lui expliquer que ces traitements doublent les chances de réussite du sevrage tabagique. Si une sensation de manque est apparue, elle est probablement la cause de cet échec et est évitable grâce à une posologie adaptée en substituts nicotiques.

Si le patient n'a jamais essayé d'arrêter, il faut comprendre ce qui le fait hésiter. Souvent ce sera l'appréhension des conséquences de l'arrêt : la prise de poids, la sensation de manque, l'irritabilité et la perte de contrôle du stress. Il faut alors rassurer le patient vis-à-vis de ces différents éléments. La prise de poids n'est pas une fatalité, il faudra seulement veiller à augmenter son activité physique en marchant un peu plus ou préférer les escaliers par exemple, ce qui est d'autant meilleur pour le corps que simplement éviter la prise de poids. La sensation de manque est évitée par une posologie de substituts nicotiques adaptée. L'irritabilité est également souvent liée à la sensation de manque, mais également aux éventuelles difficultés à dormir. Il faudra donc conseiller au patient de soigner son sommeil et de diminuer sa consommation de thé, café et boissons énergisantes. Enfin, la cigarette n'est qu'un moyen apparent de soulager le stress.

Repousser les craintes et les difficultés s'accompagne de l'explication des avantages de l'arrêt de la cigarette. Il faut explorer tous les volets, et pas seulement celui de la santé, qui est en général connu du patient et exposé jusqu'au paquets de cigarettes eux-mêmes. Il faut aborder l'aspect

économique, par exemple avec un rapide calcul du cout au mois, à l'année voire sur 5 à 10 ans, l'arrêt pouvant faire économiser des milliers voire des dizaines de milliers d'euros au long terme, que l'on peut illustrer d'exemples concrets, par exemple en disant qu'arrêter de fumer peut leur donner les moyens de s'offrir un beau voyage tous les ans.

Le but de cet entretien sera donc de convaincre le patient qu'arrêter de fumer, même si ce n'est pas facile, est dans son intérêt à court, moyen et long terme. L'objectif n'est pas que le patient prenne sa décision durant la consultation mais de lui donner les éléments pour qu'il puisse y réfléchir. A la fin de la consultation nous pouvons également lui remettre les brochures informatives sur le tabac et le déroulement du sevrage.

#### *IV.1.4.3 Face à un patient motivé*

Lorsque l'on a en face de nous un patient prêt à arrêter, nous devons commencer par le féliciter de son choix et l'encourager à rester motivé.

Dans les cas d'une consommation et/ou d'une dépendance importante, de plusieurs échecs même avec l'intervention d'un professionnel de santé, de l'existence d'une situation à risque ou co-addiction, il sera préférable d'adresser le patient à un spécialiste. Si l'on ne souhaite pas prendre en charge nous-même ce sevrage pour des raisons de planning, de rémunération ou parce que l'on ne s'en sent pas capable il ne faut pas hésiter également à adresser à un spécialiste.

Si l'on décide de prendre en charge l'arrêt du tabac nous-même, nous déciderons alors avec le patient d'une date d'arrêt, par exemple la veille du prochain rendez-vous ou d'une intervention chirurgicale pour que l'on soit présent pour le patient s'il a des questions ou des difficultés. L'important est que la décision finale de cette date soit faite par le patient. Il faudra ensuite décider de la stratégie à adopter. Il est conseillé de laisser au patient le choix de la prise ou non de médication. Bien sûr il est bon de leur rappeler que la prise de substituts nicotinique double les chances de réussite et qu'ils sont donc fortement recommandés. La posologie se fera en fonction du nombre de cigarettes consommées par jour et du temps entre le réveil et la première prise de cigarette. (Tableau 10)

#### IV.1.5 Organiser le suivi (Arrange)

Le suivi du patient au cabinet dentaire peut présenter certaines difficultés. Nous voyons en moyenne nos patients une à deux fois par an, ce qui est une bonne chose pour le suivi à long terme de l'arrêt du tabac car cela présente une fréquence suffisante pour un patient ayant arrêté depuis plus de six mois. Hors, comme nous l'avons vu précédemment, il est recommandé d'avoir plusieurs consultations de contrôle durant les six premiers mois après l'arrêt du tabac. En cas de traitements longs, prothétiques ou chirurgicaux par exemple, le nombre de visites sera important pendant plusieurs semaines ce qui peut être l'occasion de prendre quelques minutes à chaque consultation pour réaliser un suivi du sevrage tabagique. En revanche, il nous est impossible de mettre en place des consultations uniquement dédiées au sevrage tabagique si aucun autre soin n'est nécessaire. Une solution est de déléguer l'étape du suivi à un autre professionnel de santé ou à l'organisme de tabac info service qui est à la disposition des patients via un site internet, une ligne téléphonique, un système d'emailing ainsi qu'une application de smartphone.

#### Cas de l'arrêt temporaire

Pour certains actes de notre pratique au cabinet dentaire comme les avulsions, la pose d'implant ou encore les traitements de parodontologie, il est établi que le tabac est un facteur important de complication post-opératoire et d'échec du traitement. La proposition d'un arrêt du tabac pendant les jours voire les semaines suivant l'intervention chez les patients ne souhaitant pas arrêter définitivement de fumer permet de diminuer les risques liés au tabac.

Afin d'éviter toute sensation de manque, cette démarche temporaire doit être accompagnée de la prise d'une substitution nicotinique adaptée. Pour un arrêt de quelques jours, la prise de forme orale est suffisante. Pour un

arrêt de plus longue durée, il sera préférable d'utiliser des patchs associés à la prise de formes orales lors de l'apparition de sensation de manque. L'arrêt temporaire est en général bien conduit car les patients en comprennent les enjeux et savent que cela est pour une durée déterminée. Cela peut même constituer le départ de la décision d'arrêt définitif si la sensation de manque est bien gérée.

## **CONCLUSION**

Depuis le milieu du XXe siècle et les premières publications sur les dangers du tabac, ce dernier s'est peu à peu imposé comme l'un des principaux problèmes de santé publique. Aujourd'hui on considère le tabac comme à l'origine de 7 millions de morts par an à travers le monde, et ce chiffre pourrait atteindre 8 millions en 2030.

Les organismes de santé publique ont bien compris que l'implications des seuls des médecins et tabacologues n'était pas suffisante, c'est pourquoi toutes les recommandations actuelles à propos du sevrage tabagique soulignent la nécessité de l'engagement de tous les professionnels de santé.

Les chirurgiens-dentistes sont les professionnels de santé les plus fréquemment consultés avec une visite par an pour la majorité des Français et le tabac a des effets directement sur la cavité buccale. Ils ont donc une place privilégiée pour informer les patients sur les dangers du tabac et diagnostiquer les lésions bucco-dentaires qu'il a entraînées. On peut également souligner que les chirurgiens-dentistes ont une patientèle représentant toutes les tranches d'âge, ils sont donc également bien placés pour effectuer de la prévention auprès des plus jeunes populations.

Cependant, certains obstacles retiennent les chirurgiens-dentistes. S'ils sont enclins à déterminer le statut tabagique de leur patient et conseiller l'arrêt, ils sont généralement moins prêts à poursuivre la prise en charge du sevrage tabagique. Les raisons principales étant un manque de temps et l'absence de rémunération dédiée.

Bien entendu les chirurgiens-dentistes ne peuvent pas se substituer aux tabacologues. L'objectif est plutôt de s'inscrire dans une prise en charge pluridisciplinaire, en effectuant un dépistage du tabagisme, en orientant les patients vers les spécialistes ou prenant en charge les patients motivés à

arrêter et peu dépendants. Pour répondre aux limites rencontrées par les professionnels citées plus haut, la prise en charge de ces patients doit se faire par une démarche rapide, applicable au cabinet et réalisable non lors de consultations dédiées mais lors des visites du patient pour une consultation annuelle ou lors de soins programmés.

La première étape consiste à déterminer le statut et l'histoire tabagique du patient ainsi que son souhait d'arrêter ou non. Tout cela peut se faire par de simples questions ou être intégré au questionnaire médical.

Face à un patient ne souhaitant pas arrêter ou hésitant, on peut lui conseiller d'arrêter en lui parlant des risques bucco-dentaires et lui remettre des brochures. Face à un patient motivé à arrêter, il faudra au minimum l'adresser à un spécialiste. Il est également possible de le prendre en charge si sa dépendance à la nicotine est faible et s'il ne présente aucune situation à risque (co-addiction, dépression, grossesse, pathologies psychiatriques, cardio-vasculaires ou respiratoires), en lui prescrivant des substituts nicotiques sous formes transdermiques et/ou orales. Le suivi du sevrage peut-être effectué lors des rendez-vous suivants ou délégué à la ligne téléphonique et d'émiling de Tabac Info Service.

Les mécanismes de dépendance à la nicotine ne sont pas encore maîtrisés et la prise en charge du sevrage tabagique ne présente pas un taux de succès de 100%. Cependant la poursuite des études sur le sujet et le développement de nouveaux produits et traitements comme les vaccins anti nicotine pourraient conduire un jour à un monde sans tabac.

## SIGNATURE DES CONCLUSIONS

Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Nom - prénom de l'impétrant : TOQUE Benjamin

Titre de la thèse : Le rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge du sevrage tabagique

Directeur de thèse : Professeur Anne-Marie MUSSET

VU

Strasbourg, le : 18 JAN. 2019  
Le Président du Jury,

Professeur A.-M. MUSSET



VU

Strasbourg, le : 18 JAN. 2019  
Le Doyen de la Faculté  
de Chirurgie Dentaire de Strasbourg,

Professeur C. TADDEI-GROSS





## **Références bibliographiques**

1. Ferland C. Mémoires tabagiques. L'usage du tabac, du XVe siècle à nos jours. 2007;6(1):32.
2. Tabac Info Service. Histoire du tabac [En ligne]. <http://www.tabac-info-service.fr/Vos-questions-Nos-reponses/Histoire-du-tabac>. Consulté le 27 juillet 2018.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Tabagisme [En ligne]. <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Consulté le 28 juillet 2018.
4. Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin JL, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Évolutions*. 2015; 31:10.
5. Dautzenberg B. Le tabagisme : de la clinique au traitement. Paris : Med'com, 2010, 206.
6. Fedecardio. Les méfaits du tabac sur le cœur et les vaisseaux [En ligne]. <https://www.fedecardio.org/Je-m-informe/Je-dis-non-au-tabac/les-mefaits-du-tabac-sur-le-coeur-et-les-vaisseaux>. Consulté le 27 septembre 2018
7. Scanlon PD, Connett JE, Waller LA, Altose MD, Bailey WC, Buist AS. Smoking Cessation and Lung Function in Mild-to-Moderate Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2000;161:10.
8. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of smoking - 50 years of Progress. A report of the Surgeon General. Public Health Service. Rockville, MD : 2014.
9. Nguyen K, Tazi A. Histiocytose langerhansienne de l'adulte. 2006;13.
10. EurekaSanté. Les maladies causées ou aggravées par le tabac [En ligne]. <https://eurekasante.vidal.fr/maladies/psychisme/arreter-fumer-cigarette-tabac.html?pb=maladies-causees-aggravees-tabac>. Consulté le 2 novembre 2018.
11. Santé publique France. Cancer du poumon [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-poumon>. Consulté le 28 septembre 2018.
12. Ligue contre le cancer. Cancers lèvre-bouche-larynx (VADS) [En ligne]. [https://www.ligue-cancer.net/article/26099\\_cancer-de-la-levre-de-la-bouche-et-du-larynx](https://www.ligue-cancer.net/article/26099_cancer-de-la-levre-de-la-bouche-et-du-larynx). Consulté le 28 sept 2018.

13. Mauchamp M. Le tabac pendant la grossesse : étude sur l'évaluation de la consommation de tabac à l'accouchement ainsi que les raisons d'un non arrêt, menée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy sur 100 femmes. Mémoire de sage-femme. Université de Lorraine ; 2014, 92.
14. Hill C. Les effets sur la santé du tabagisme passif. BEH. 2011 ; 201-21 : 233-235.
15. Bird Y, Staines-Orozco H. Pulmonary effects of active smoking and secondhand smoke exposure among adolescent students in Juarez, Mexico. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2016 ; 11 : 1459-1467.
16. Campus G, Cagetti MG, Senna A, Blasi G, Mascolo A, Demarchi P, et al. Does Smoking Increase Risk for Caries A Cross-Sectional Study in an Italian Military Academy. *Caries Res*. 2011 ; 45(1) : 40-46.
17. Bergstrom J. Tobacco smoking and subgingival dental calculus. *J Clin Periodontol*. 2005;32(1):81-88.
18. Bergstrom J. Tobacco smoking and chronic destructive periodontal disease. *Odontology*. 2004 ; 92(1) : 1-8.
19. Carson SJ, Burns J. Impact of smoking on tooth loss in adults: Question: What is the association between smoking and tooth loss? *Evid Based Dent*. 2016 ; 17(3) : 73-74.
20. Winn DM. Tobacco Use and Oral Disease. *J Dent Educ*. 2001 ; 65(4) : 7.
21. Sham A, Cheung L, Jin L, Corbet E. The effects of tobacco use on oral health. *Hong Kong Med J*. 2003 ; 9 (4) : 271-277.
22. Fedecardio. Les bénéfices immédiats de l'arrêt du tabac [En ligne]. <https://www.fedecardio.org/Je-m-informe/Je-dis-non-au-tabac/les-benefices-immediats-de-larret-du-tabac>. Consulté le 13 août 2018.
23. Ramseier CA, Bornstein MM, Saxer UP, Klingler K, Walter C. Prévention et sevrage tabagique au cabinet dentaire. *Rev Mens Suisse Odontomastol*. 2007 ; 117 : 267-278.
24. Bjorngaard J, Nordestgaard A, Taylor A, Treur J, Gabrielsen M, Munafo MR, et al. Cigarette smoking increases coffee consumption: findings from a Mendelian randomisation analysis. *Int J Epidemiol*. 2017 ; 46(6) : 1958-1967.
25. Molimard R. Tabac et café, nicotine et caféine. *Sem Hop Paris*. 1994 ; 70 : 370-375.
26. Centre for Addiction and Mental Health. Mental illness and smoking [En ligne].


<https://www.nicotinedependenceclinic.com/English/teach/Pages/Resources.aspx>. Consulté le 17 août 2018.

27. Inpes. Grossesse et tabac : et si vous en profitez pour arrêter de fumer ?. [En ligne]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/14/cp140528-grossesse-et-tabac.asp>. Consulté le 18 août 2018.
28. Tian J, Venn A, Otahal P, Gall S. The association between quitting smoking and weight gain: a systemic review and meta-analysis of prospective cohort studies: Smoking cessation and weight gain. *Obes Rev.* 2015 ; 16(10) : 883-901.
29. Le Houezec J, Jacob P, Benowitz NL. A clinical pharmacological study of subcutaneous nicotine. *Eur J Clin Pharmacol.* 1993 ; 44(3) : 225-230.
30. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 ; (1) : 177.
31. Inpes. Tabac Info Service, une efficacité démontrée dans l'arrêt du tabac [En ligne]. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/15/cp152905-tabac-2015.asp>. Consulté le 24 août 2018.
32. White AR, Resch KL, Ernst E. A meta-analysis of acupuncture techniques for smoking cessation. *Tabacco Control ;* 8 : 393-397.
33. Gueguen J, Barry C, Seegers V, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'auriculothérapie. INSERM. 2013.
34. Haut conseil de la santé publique. Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. 2016 ; 26.
35. Canistro D, Vivarelli F, Cirillo S, Marquillas CB, Buschini A, Lazzaretti M, et al. E-cigarettes induce toxicological effects that can raise the cancer risk. *Sci Rep.* 2017 ; 7(1) : 2028.
36. Agaku IT, Ayo-Yusuf OA, Vardavas CI. A Comparison of Cessation Counseling Received by Current Smokers at US Dentist and Physician Offices During 2010–2011. *Am J Public Health.* 2014 ; 104(8) : 67-75.
37. Danesh D, Paskett ED, Ferketich AK. Disparities in receipt of advice to quit smoking from health care providers: 2010 National Health Interview Survey. *Prev Chronic Dis.* 2014 ; 11 : 131
38. Razavi SM, Zolfaghari B, Doost ME, Tahani B. Attitude and Practices Among Dentists and Senior Dental Students in Iran Toward Tobacco Cessation as an Effort to Prevent Oral Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015 ; 16(1) : 333-338.

39. Sarna L, Bialous SA, Sinha K, Yang Q, Wewers ME. Are health care providers still smoking ? *Nicotine Tob Res.* 2010 ; 12(11) : 1167-1171.
40. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus. Paris : ANAES ; 1998.
41. Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandation de bonne pratique. Paris AFSSAPS ; 2003.
42. Haute Autorité de santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique. Paris : HAS ; 2014.
43. Loi de modernisation de notre système de santé n° 2016-41 du 26 janvier 2016.
44. Santé publique France. Lancement de l'opération Moi(s) sans tabac : une nouvelle stratégie pour Santé publique France [En ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Lancement-de-l-operation-Moi-s-sans-tabac-une-nouvelle-strategie-pour-Sante-publique-France>. Consulté le 6 novembre 2018.
45. Gelskey S. Programmes et politiques de désaccoutumance au tabac à la Faculté de médecine dentaire de l'Université du Manitoba [En ligne]. <https://www.cda-adc.ca/jadc/vol-67/issue-3/145.html>. Consulté le 3 sept 2018.
46. Ebbert JO, Carr AB, Patten CA, Morris RA, Schroeder DR. Tobacco use quitline enrollment through dental practices. *J Am Dent Assoc.* 2007;138(5):595-601.

## Brochures réalisées dans le cadre de la thèse

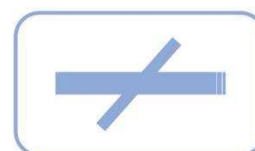
### Brochure à destination des patients

<h4>Pourquoi arrêter de fumer ?</h4>	<h4>Quels sont les moyens pour arrêter de fumer ?</h4>	<h4>Que sont les substituts nicotiniques ?</h4>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Pour votre santé</li><li>- Pour la santé de votre entourage</li><li>- Pour votre bien-être</li><li>- Pour faire des économies...</li></ul> <p>A chacun sa raison d'arrêter de fumer !</p>	<p>3 outils dont l'efficacité a été démontrée sont à votre disposition :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les traitements médicamenteux</li><li>• Les substituts nicotiniques</li><li>• Les thérapies cognitivo-comportementales</li></ul> <p>D'autres méthodes existent comme l'hypnose, l'acupuncture ou l'auriculothérapie mais leur efficacité n'est pas encore prouvée.</p> 	<p>Sous la forme de patchs, de gommes à mâcher, de comprimés à sucer ou à laisser fondre sous la langue, ils distribuent à l'organisme la dose de nicotine à laquelle il est habitué et permettent une désaccoutumance progressive en 3 à 6 mois.</p> <p>Leur utilisation double les chances de réussir à arrêter de fumer.</p>
<h4>Vers qui vous tourner ?</h4> <p>97% des personnes voulant arrêter seules échouent, c'est pourquoi il est préférable de vous faire aider :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• par un professionnel de santé</li><li>• par un organisme spécialisé comme le site <a href="http://www.tabac-info-service.fr">www.tabac-info-service.fr</a></li></ul>	<h4>Quels sont les traitements médicamenteux ?</h4> <p>Deux médicaments existent dans la prise en charge du sevrage tabagique : Le Bupropion et la Varéclique.</p> <p>Ces médicaments sont prescrits uniquement par un médecin lors de l'échec des autres solutions en raison de leurs risques d'effets secondaires</p>	<p>Depuis janvier 2016, ils peuvent être prescrits par les chirurgiens-dentistes, les masseurs kinésithérapeutes, les sages-femmes et les infirmières en plus des médecins. Leur prescription permet une prise en charge par la sécurité sociale à hauteur de 65%.</p>

<h4>Qu'est-ce qu'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ?</h4> <p>Il s'agit d'une prise en charge psychologique visant à modifier son comportement et ses habitudes conduisant à la prise d'une cigarette.</p>	<h4>Les étapes de l'arrêt</h4> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Choix d'une date d'arrêt.</li><li>2. Choix d'une stratégie avec un professionnel de santé : substituts nicotiniques ? TCC ?</li><li>3. Arrêt à la date fixée.</li><li>4. Adaptation de la posologie des traitements si nécessaire dans les jours suivant l'arrêt puis dans les semaines suivantes.</li><li>5. Suivi pendant 6 mois par un professionnel de santé ou par téléphone/internet : il est important de ne pas rester seul et de demander de l'aide en cas de difficultés.</li><li>6. Au bout de 6 mois : arrêt des substituts nicotiniques.</li><li>7. Tous les 6 mois à 1 an : consultation de contrôle chez un professionnel de santé.</li></ol>
<h4>Et la cigarette électronique ?</h4> <p>Même si ses effets ne sont pas encore totalement connus, la cigarette électronique est considérée comme beaucoup moins nocive que la cigarette. C'est pourquoi elle peut être utilisée comme une aide pour diminuer voire arrêter le tabac.</p>	<h4>Plus d'infos sur l'arrêt du tabac</h4> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les brochures et vidéos « Pour comprendre » : <a href="http://inpes.santepubliquefrance.fr/accessible/tabac">inpes.santepubliquefrance.fr/accessible/tabac</a></li><li>• Le site internet : <a href="http://www.tabac-info-service.fr">www.tabac-info-service.fr</a></li><li>• Le numéro de téléphone : 3989</li></ul>



## Pourquoi et comment arrêter de fumer ?



# Brochure à destination des chirurgiens-dentistes

### Pourquoi prendre en charge le sevrage tabagique ?

- Avec 78000 décès par an, le tabac est la première cause de décès évitable en France.
- Le tabac a des effets sur la cavité bucco-dentaire.
- Le chirurgien-dentiste est le professionnel de santé le plus fréquemment consulté.
- Lors d'une consultation, la parole du chirurgien-dentiste peut avoir un impact sur la décision des patients.

### Conséquences sur la santé générale

- **Cancers** (poumon, VADS...)
- **Pathologies cardio-vasculaire** (infarctus du myocarde, AVC...)
- **Pathologies respiratoires** (BPCO, insuffisance respiratoire...)
- **Perturbations de la grossesse**

### Conséquences sur la santé bucco-dentaire

- Atteintes **dentaires** (colorations, taches, caries...)
- Atteintes **parodontales** (augmentation de la prévalence et de la gravité des gingivites et parodontites)
- **Halitose**
- Augmentation de la prévalence des **lésions précancéreuses** (leucoplasies et érythroplasies)

## ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

### 1. Dépistage du tabagisme

- Êtes-vous fumeur ?
- Si oui, combien de cigarettes par jour ? Depuis combien de temps ?

### 2. Conseil minimum

- Souhaitez-vous arrêter de fumer ?
- Si non : conseiller d'arrêter sans être accusateur ou moralisateur.

3 à 5% DES FUMEURS ARRÊTENT GRÂCE AU CONSEIL MINIMUM

### 3. Evaluation de la motivation à l'arrêt

### 4. Evaluation de la dépendance

- Combien de temps après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?
  - a. < 5 min (3)
  - b. 6-30 min (2)
  - c. 31-60 min (1)
  - d. > 60min (0)
- Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?
  - a. > 31 (3)
  - b. 21-30 (2)
  - c. 11-20 (1)
  - d. < 10 (0)

**Interprétation :**

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

### 5. Recherche d'une situation à risque

- Co-addiction (alcool, cannabis, drogues, médicaments, ...)
- Pathologies cardio-vasculaires ou respiratoires graves
- Dépression
- Grossesse ou allaitement

*En cas de forte dépendance ou de situation à risque, il est préférable d'adresser le patient à un tabacologue ou un service spécialisé.*

### 6. Accompagner

Motivation faible ou inexistante

- Ne pas insister
- Parler des bénéfices de l'arrêt
- Essayer de motiver le patient à chaque consultation
- Remettre une brochure

Motivation moyenne

- Lever les obstacles à la motivation du patient (*peur de la prise de poids, de la sensation de manque...*)
- Remettre une brochure
- Réévaluer la motivation à la prochaine consultation

Motivation importante

- Faire choisir au patient une date d'arrêt
- Présenter les différentes solutions thérapeutiques (substituts nicotinique, thérapie cognitivo-comportementales...)

### 8. Prescription de substituts nicotiniques

Différentes formes de substituts nicotiniques :

- Patches à mettre le matin : 16h (5, 10, 15, 25mg) ou 24h (7, 14, 21mg)
- Formes orales à prendre à l'apparition de l'envie de fumer : 2 ou 4 mg (gommes à mâcher, comprimés sublinguaux, comprimés à sucer)

cig./jour 1ère cigarette	< 10	10-20	21-30	> 30
> 60 min	Forme orale	Forme orale	Patch moyen ou oral	Patch fort
< 60 min	Forme orale	Patch moyen ou orale	Patch fort	Patch fort + orale
< 30 min	Patch moyen ou orale	Patch fort	Patch fort + orale	Patch fort + orale
< 5 min	Patch fort + orale	Patch fort + orale	Patch fort + orale	Patch fort + patch moyen + orale

### 9. Suivi

- Adaptation de la posologie
- Lors de chaque consultations si plusieurs soins dans les semaines suivant l'arrêt
- Déléguer à la ligne téléphonie/emailing de Tabac Info Service ([www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr) ou 3989) en l'absence de temps
- Suivi au long terme lors des visites annuelles de routine

## LE SEVRAGE TABAGIQUE

### AU CABINET DENTAIRE

## Annexes

### *Annexe 1 - Liste des effets secondaires du Bupropion*

<b>Fréquence</b>	<b>Système / Organe</b>	<b>Effets indésirables</b>
<b>Fréquent(&gt;1/100)</b>	Signes généraux	Fièvre
	Système gastro-intestinal	Sécheresse buccale, troubles digestifs, douleurs abdominales, constipation
	Système nerveux central	Insomnie, tremblements, troubles de la concentration, céphalées, sensations vertigineuses, dépression, agitation, anxiété
	Peau/hypersensibilité	Eruption cutanées, prurit, sueurs, réactions d'hypersensibilité
	Organes des sens	Troubles du goût
<b>Occasionnels (&gt;1/1000)</b>	Signes généraux	Douleur thoracique, asthénie
	Appareil cardio-vasculaire	Tachycardie, élévation de la pression artérielle, bouffées vasomotrices
	Système nerveux central	Confusion, crises convulsives
	Système endocrinien et métabolisme	Anorexie
	Organe des sens	Acouphènes, troubles visuels
<b>Exceptionnels (&gt;1/10000)</b>	Appareil cardio-vasculaire	Vasodilatation, hypotension orthostatique, syncope
	Système nerveux central	Irritabilité, agressivité

	Peau, hypersensibilité	Réaction d'hypersensibilité sévère incluant œdèmes de Quincke, dyspnée/bronchospasme et choc anaphylactique Arthralgies, myalgies et fièvre Erythème polymorphe et syndrome de Stevens-Johnson
--	------------------------	--

*Annexe 2 - Liste des effets secondaires de la Varénicline*

<b>Fréquence</b>	<b>Système / Organe</b>	<b>Effets indésirable</b>
<b>Très fréquent (&gt;1/10)</b>	Système nerveux central	Insomnie, céphalées, rêves anormaux
	Système gastro-intestinal	Nausées
<b>Fréquent(&gt;1/100)</b>	Système nerveux central	Somnolence, vertiges, fatigue
	Système gastro-intestinal	Trouble de l'appétit, vomissements, constipation, diarrhée, trouble de la digestion, ballonnements, bouche sèche
	Organe des sens	Modification du goût
<b>Occasionnels (&gt;1/1000)</b>	Système nerveux central	Agitation, dépression, hallucinations, anxiété,



		modification de la libido, sueurs, envie d'uriner sans polyurie
	Organes des sens	Douleurs oculaires, nez bouché
	Système aéro-digestif	Brûlures d'estomac, aphtes, douleurs des gencives, toux, bronchites
	Peau	Démangeaisons, acné
<b>Exceptionnels (&gt;1/10000)</b>	Cardio-vasculaire	Infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral
	Hypersensibilité	Œdème de Quincke, éruption cutanée grave

TOQUE (Benjamin) – Le rôle du chirurgien-dentiste dans la prise en charge du sevrage tabagique.

(Thèse : 3<sup>ème</sup> cycle Sci. Odontol. : Strasbourg : 2019 ; N°28).

N°43.22.19.28

Résumé :

Le tabac est un problème de santé publique majeur. Avec environ 78000 morts par an, cela en fait la première cause de mort évitable en France. C'est pourquoi la lutte anti-tabagique requiert l'implication de tous les professionnels de santé.

Les chirurgiens-dentistes ont une place importante dans cette lutte. Ils ont une position privilégiée auprès des patients par la fréquence et la régularité des consultations. La cavité buccale est la première partie du corps exposée à la consommation de tabac, et les répercussions y sont malheureusement nombreuses. Il est donc important que les chirurgiens-dentistes aient les connaissances pour dépister une éventuelle pathologie liée au tabac. Ils doivent également pouvoir participer à la prévention des risques liés au tabagisme : informer les patients et accompagner vers le sevrage ceux qui le souhaitent.

Cette thèse a pour objectif de rassembler les connaissances nécessaires sur le tabagisme et le sevrage tabagique, ainsi que les méthodes de prise en charge des patients concernés. Nous nous proposons ensuite de les adapter à la pratique au cabinet dentaire, afin d'aider les chirurgiens-dentistes à s'impliquer au mieux dans la lutte anti-tabagique avec les autres professionnels de santé.

Rubrique de classement : SANTE PUBLIQUE

Mots clés : *Tabac*

*Sevrage tabagique*

*Chirurgiens-dentistes*

*Substituts nicotiques*

*Addiction tabagique*

Me SH : Tabacco

Smoking Cessation

Dentists

Nicotine Replacement Therapy

Smoking addiction

Jury :

Président : Professeur MUSSET Anne-Marie

Assesseurs : Docteur BORNERT Fabien

Docteur OFFNER Damien

Docteur BRIDONNEAU Thomas

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale :

*B.TOQUE*

*Le Bourg*

*71390 Ste Hélène*

Adresse de messagerie :

*b.toque@gmail.com*