

UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2021

N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 09 Mars 2021

Par Pauline LOBRY

Née le 30 Juillet 1994 à Cambrai (59) - France

**Aide au sevrage tabagique au cabinet dentaire :
élaboration d'un module d'autoformation destiné aux
étudiants en odontologie**

JURY

| | |
|--------------|---|
| Président : | Monsieur le Professeur Thomas COLARD |
| Assesseurs : | Monsieur le Docteur Philippe ROCHER |
| | <u>Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT</u> |
| | Madame le Docteur Marion TALLEUX |

Présentation de la Faculté Dentaire et de l'Université de Lille

| | | |
|--|---|-----------------|
| Président de l'Université | : | Pr. J-C. CAMART |
| Directeur Général des Services de l'Université | : | M-D. SAVINA |
| Doyen | : | E. BOCQUET |
| Vice-Doyen | : | A. de BROUCKER |
| Responsable des Services | : | S. NEDELEC |
| Responsable de la Scolarité | : | M. DROPSIT |

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

| | |
|----------------------|--|
| P. BEHIN | Prothèses |
| T. COLARD | Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux |
| E. DELCOURT-DEBRUYNE | Professeur Emérite Parodontologie |
| C. DELFOSSE | Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique |
| E. DEVEAUX | Dentisterie Restauratrice Endodontie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES :

| | |
|---------------------|---|
| K. AGOSSA | Parodontologie |
| T. BECAVIN | Dentisterie Restauratrice Endodontie |
| A. BLAIZOT | Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale |
| P. BOITELLE | Prothèses |
| F. BOSCHIN | Responsable du Département de Parodontologie |
| E. BOCQUET | Responsable du Département d' Orthopédie Dento-Faciale Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire |
| C. CATTEAU | Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale. |
| X. COUTEL | Biologie Orale |
| A. de BROUCKER | Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux |
| M. DEHURTEVENT | Prothèses |
| T. DELCAMBRE | Prothèses |
| F. DESCAMP | Prothèses |
| M. DUBAR | Parodontologie |
| A. GAMBIEZ | Dentisterie Restauratrice Endodontie |
| F. GRAUX | Prothèses |
| P. HILDEBERT | Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie |
| C. LEFEVRE | Prothèses |
| J.L. LEGER | Orthopédie Dento-Faciale |
| M. LINEZ | Dentisterie Restauratrice Endodontie |
| T. MARQUILLIER | Odontologie Pédiatrique |
| G. MAYER | Prothèses |
| L. NAWROCKI | Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille |
| C. OLEJNIK | Responsable du Département de Biologie Orale |
| P. ROCHER | Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux |
| L. ROBBERECHT | Dentisterie Restauratrice Endodontie |
| M. SAVIGNAT | Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux |
| T. TRENTESAUX | Odontologie Pédiatrique |
| J. VANDOMME | Responsable du Département de Prothèses |

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Présentation de la Faculté Dentaire et de l'Université de Lille..... | 2 |
| Table des matières | 5 |
| Liste des abréviations | 8 |
| Introduction | 10 |
| I. Lutte contre le tabagisme à travers le monde..... | 11 |
| I.1 A l'échelle mondiale..... | 11 |
| I.1.1 Actions de l'OMS..... | 11 |
| I.1.2 Journée mondiale sans tabac | 12 |
| I.2 A l'échelle nationale..... | 12 |
| I.2.1 Législations et plans..... | 12 |
| I.2.2 Moi(s) Sans Tabac | 18 |
| I.3 A l'échelle régionale : actions de l'ARS | 19 |
| II. Place du chirurgien-dentiste dans le sevrage tabagique..... | 20 |
| II.1 Acteur de première ligne | 20 |
| II.1.1 Missions | 20 |
| II.1.1.1 Types d'interventions..... | 21 |
| II.1.1.2 Types d'aide | 22 |
| II.1.1.3 Déroulement de l'accompagnement..... | 22 |
| II.1.2 Efficacité des interventions d'aide au sevrage tabagique..... | 23 |
| II.1.2.1 Interventions des professionnels de santé | 23 |
| II.1.2.2 Intervention des chirurgiens-dentistes..... | 23 |
| II.1.3 Freins au développement du sevrage tabagique par les chirurgiens-dentistes..... | 24 |
| II.1.4 Quelle cotation appliquer ? | 27 |
| II.2 Actions à l'échelle collective française : mise à disposition d'informations..... | 29 |
| II.2.1 Liste des composants des produits de tabac | 29 |
| II.2.2 Documentation à destination des patients | 29 |
| II.2.2.1 Les affiches | 29 |
| II.2.2.2 Les brochures et dépliants | 30 |
| II.2.3 Les services d'aide..... | 31 |
| II.3 Actions à l'échelle individuelle : les étapes de la prise en charge personnalisée du fumeur | 32 |
| II.3.1 Les méthodes d'intervention | 32 |
| II.3.1.1 Méthode VBA | 32 |
| II.3.1.2 Méthode AAR | 33 |
| II.3.1.3 Méthode des 5A et des 5R | 33 |
| II.3.2 Statuer sur le profil tabagique du patient..... | 34 |
| II.3.2.1 Définir le statut tabagique..... | 34 |
| II.3.2.2 Evaluer la consommation de tabac | 35 |
| II.3.2.3 Evaluer la dépendance tabagique | 36 |
| II.3.2.3.1 Test de Fagerström | 37 |
| II.3.2.3.2 Index de fort tabagisme (HSI) | 37 |
| II.3.2.3.3 <i>Cigarette Dependence Scale</i> (CDS) | 38 |
| II.3.2.3.4 Test de Horn..... | 38 |

| | | |
|--------------|--|----|
| II.3.2.3.5 | Le CO testeur..... | 38 |
| II.3.2.4 | Rechercher les facteurs de risque liés au tabac..... | 40 |
| II.3.3 | Initier et soutenir le changement du patient | 41 |
| II.3.3.1 | Les étapes du changement..... | 41 |
| II.3.3.2 | Les conseils d'arrêt | 43 |
| II.3.3.3 | Evaluer la motivation à l'arrêt..... | 45 |
| II.3.3.4 | Renforcer la motivation | 46 |
| II.3.3.4.1 | Adapter son attitude en fonction de la motivation du fumeur | 46 |
| II.3.3.4.2 | L'entretien motivationnel (EM)..... | 49 |
| II.3.3.4.2.1 | <i>Définition.....</i> | 49 |
| II.3.3.4.2.2 | <i>Les stratégies relationnelles.....</i> | 49 |
| II.3.3.4.2.3 | <i>Les outils de l'EM.....</i> | 50 |
| II.3.3.4.3 | Faire basculer la balance décisionnelle | 51 |
| II.3.3.4.3.1 | <i>Les bénéfices du sevrage sur la santé générale.....</i> | 52 |
| II.3.3.4.3.2 | <i>Les bénéfices du sevrage au niveau bucco-dentaire</i> | 55 |
| II.3.3.4.3.3 | <i>Les bénéfices additionnels.....</i> | 56 |
| II.3.3.5 | Informers des effets secondaires de l'arrêt du tabac..... | 57 |
| II.3.3.5.1 | Le syndrome du sevrage tabagique..... | 57 |
| II.3.3.5.2 | La prise de poids..... | 57 |
| II.3.3.5.3 | La consommation de café..... | 58 |
| II.3.3.5.4 | La toux et les expectorations | 58 |
| II.3.4 | Accompagner le patient dans son sevrage tabagique..... | 58 |
| II.3.4.1 | Les traitements conventionnels | 58 |
| II.3.4.1.1 | Les traitements de substitution nicotinique (TSN)..... | 59 |
| II.3.4.1.1.1 | <i>Pourquoi prescrire de la nicotine pour combattre la dépendance à la nicotine ?.....</i> | 60 |
| II.3.4.1.1.2 | <i>Efficacité des TSN</i> | 61 |
| II.3.4.1.1.3 | <i>Effets indésirables des TSN.....</i> | 63 |
| II.3.4.1.1.4 | <i>La prescription des TSN en 5 étapes.....</i> | 65 |
| II.3.4.1.2 | Les médicaments du sevrage tabagique | 71 |
| II.3.4.1.3 | Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) | 72 |
| II.3.4.2 | Les alternatives aux traitements conventionnels | 73 |
| II.3.4.2.1 | La cigarette électronique..... | 73 |
| II.3.4.2.1.1 | <i>La cigarette électronique peut-elle être une aide au sevrage tabagique ?.....</i> | 73 |
| II.3.4.2.1.2 | <i>Effets indésirables de la cigarette électronique.....</i> | 76 |
| II.3.4.2.2 | Les autres alternatives | 78 |
| II.3.4.3 | La réduction de consommation | 80 |
| II.3.4.4 | L'abstinence temporaire du tabagisme périopératoire..... | 82 |
| II.3.4.5 | L'accompagnement de la femme enceinte | 83 |
| II.3.5 | Aider au maintien du sevrage tabagique au long cours | 84 |
| II.3.5.1 | Prise en charge pluridisciplinaire..... | 85 |
| II.3.5.2 | Assurer un suivi..... | 85 |
| II.3.5.3 | Prévenir les rechutes..... | 85 |
| II.3.5.4 | Faire face aux rechutes..... | 86 |
| II.3.6 | Résumé de la prise en charge du fumeur | 88 |
| II.3.6.1 | Les différentes interventions..... | 88 |
| II.3.6.2 | La prise en charge du fumeur au cabinet dentaire | 89 |

| | |
|--|------------|
| III. Elaboration d'un module d'autoformation des étudiants en odontologie dans l'aide au sevrage tabagique des patients | 92 |
| III.1 Objectifs | 92 |
| III.2 Méthodologie..... | 93 |
| III.2.1 Choix du format pédagogique | 93 |
| III.2.2 Choix du support de diffusion..... | 94 |
| III.2.3 Présentation synthétique du contenu pédagogique | 94 |
| III.2.4 Modalités de contrôle des compétences acquises | 97 |
| III.2.5 Calendrier pédagogique | 97 |
| III.2.6 Evaluation par les apprenants du module d'auto-formation | 97 |
| III.3 Résultats | 98 |
| III.4 Discussion..... | 98 |
| III.4.1 Intérêts | 98 |
| III.4.2 Limites..... | 98 |
| III.4.3 Perspectives | 99 |
| Conclusion | 101 |
| Références bibliographiques | 103 |
| Annexes | 114 |
| Annexe 1 : Ordonnance type pour le sevrage tabagique | 114 |
| Annexe 2 : Méthode des 5A..... | 115 |
| Annexe 3 : Méthode des 5R | 117 |
| Annexe 4 : Test de Fagerström (53)..... | 118 |
| Annexe 5 : Interprétation du score obtenu au test de Fagerström (53)..... | 119 |
| Annexe 6 : Version simplifiée du test de Fagerström ou HSI (54)..... | 120 |
| Annexe 7 : Interprétation du score obtenu au HSI (54)..... | 121 |
| Annexe 8 : Cigarette Dependence Scale (CDS) (164)..... | 122 |
| Annexe 9 : Test de Horn sur la dépendance psychologique du tabac (23) . | 124 |
| Annexe 10 : Echelle d'interprétation de la mesure du CO en ppm..... | 125 |
| Annexe 11 : Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) (23,58) | 126 |
| Annexe 12 : Journal de consommation des cigarettes (43) | 128 |
| Index des figures | 129 |
| Index des tableaux | 131 |

Liste des abréviations

- **Afssaps** Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (devenue l'ANSM en 2012)
- **ANSES** Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
- **ANSM** Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- **AM** Assurance Maladie
- **ARS** Agence Régionale de Santé
- **BPCO** Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
- **CDS** *Cigarette Dependance Scale* (test de dépendance à la cigarette)
- **CIRC** Centre International de Recherche sur le Cancer
- **CO** Monoxyde de Carbone
- **CSAPA** Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- **CSC** *Cigarette Smoke Condensate* (condensat de fumée de cigarette)
- **ELSA** Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
- **EM** Entretien Motivationnel
- **HAP** Hydrocarbures Aromatiques Polycycliques
- **HAS** Haute Autorité de Santé
- **HSI** *Heaviness of Smoking Index* (index de fort tabagisme)
- **Inpes** Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- **Inserm** Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- **OFDT** Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
- **OFT** Office Français de prévention du Tabagisme
- **OMS** Organisation Mondiale de la Santé
- **PA** Paquet-année
- **RESPADD** Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des ADDictions
- **SPF** Santé Publique France
- **TCC** Thérapies Cognitives et Comportementales
- **TSN** Traitement de substitution nicotinique
- **UPA** Unité paquet-année
- **URPS** Union Régionale des Professionnels de Santé

- **VADS** Voies aérodigestives supérieures
- **VBA** *Very Brief Advice on Smoking*
- **VEMS** Volume Expiratoire Maximal par Seconde

Introduction

Le tabagisme est un enjeu majeur de Santé Publique dans le monde. Il concerne environ 30% des français. C'est la première cause de mortalité évitable et un facteur de risque important pour de nombreuses pathologies (1). Les chirurgiens-dentistes se placent en première ligne pour observer les effets néfastes significatifs du tabac sur la santé bucco-dentaire. De plus, ils sont susceptibles de rencontrer fréquemment des patients fumeurs puisqu'environ 63% des français consultent un chirurgien-dentiste au moins une fois par an (2). Comme tout professionnel de santé, ils ont un rôle essentiel dans la lutte contre le tabagisme en accompagnant les patients fumeurs dans le dépistage et l'arrêt du tabac. Ils ont donc la possibilité d'accroître le taux d'abstinence tabagique et devraient donc être en mesure de proposer une aide adaptée à tout patient fumeur. Si les chirurgiens-dentistes sont conscients de l'importance des interventions à mener contre le tabagisme, celles-ci restent encore trop limitées et leur implication en la matière est perfectible. L'un des obstacles régulièrement évoqué repose sur leur manque de formation.

Cette thèse vise à répondre aux enjeux de santé publique de lutte contre le tabagisme, en proposant un module d'autoformation en ligne dédié aux professionnels de santé bucco-dentaire d'aide pratique au sevrage tabagique. A l'ère du numérique qui ne cesse d'évoluer et au vu des évolutions sanitaires actuelles, l'acquisition de compétences par l'e-learning se développe massivement dans le paysage éducatif. De nombreux avantages justifient le choix de ce type de support tels que l'accessibilité, la flexibilité et l'auto-évaluation laissant une place active à l'apprenant dans son apprentissage qui avance à son propre rythme. Cette formation s'adresse en premier lieu aux étudiants en formation initiale en odontologie, mais pourrait à terme être étendu aux chirurgiens-dentistes souhaitant approfondir leurs compétences sur ce sujet.

La première partie de ce travail rappelle les principales actions de lutte contre le tabagisme menées à travers le monde, et plus précisément en France. La deuxième partie est consacrée au rôle central du chirurgien-dentiste, aux différentes interventions possibles et aux étapes de prise en charge du patient fumeur dans l'accompagnement au sevrage. Enfin, la dernière partie présente succinctement l'élaboration du module d'autoformation en ligne.

I. Lutte contre le tabagisme à travers le monde

Afin d'enrayer le fléau du tabagisme, diverses mesures de lutte anti-tabac ont été adoptées dans de nombreux pays afin de réduire la prévalence du tabagisme et ses impacts sanitaires. Les chapitres suivants rapportent les principales mesures prises à l'échelle mondiale puis nationale, de manière non exhaustive.

I.1 A l'échelle mondiale

I.1.1 Actions de l'OMS

La **Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT)** est un traité international adopté en mai 2003 par l'Assemblée mondiale de la Santé et entré en vigueur le 27 février 2005 (3). Aujourd'hui, elle compte 168 signataires dont la Communauté Européenne. Elle a été élaborée suite à la mondialisation de l'épidémie de tabagisme qui a été facilitée par divers facteurs transfrontaliers, notamment la libéralisation des échanges commerciaux et les investissements étrangers. Cette convention définit un cadre juridique pour la coopération sanitaire internationale et fixe des normes exigeantes en matière d'application. Elle a mis au point des stratégies de réduction de l'offre et de la demande pour réglementer les substances engendrant la dépendance (3).

En 2007, l'OMS a présenté le programme MPOWER qui définit 6 mesures afin de réduire la consommation de tabac (1) :

- « **Monitor** » : Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention ;
- « **Protect** » : Protéger la population contre la fumée de tabac ;
- « **Offer** » : Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac ;
- « **Warn** » : Mettre en garde contre les méfaits du tabagisme. Les mises en garde illustrées, sur conditionnement neutre des paquets de cigarettes avec messages choc, rendent les gens beaucoup plus conscients des méfaits du tabac ;
- « **Enforce** » : Faire respecter l'interdiction globale de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage ;
- « **Raise** » : Augmenter les taxes sur le tabac. C'est le meilleur moyen pour réduire les dépenses de santé chez les jeunes et les personnes à faibles revenus. Une hausse des prix de 10% réduit la

consommation de 4% dans les pays à revenus élevés et de 5% dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires.

Deux articles de la CCLAT font plus précisément écho aux missions des professionnels de santé dans la lutte antitabac, à savoir (3) :

- **L'article 12**, « *éducation, communication, formation et sensibilisation du public* », vise à renforcer la sensibilisation du public sur les questions de lutte antitabac en utilisant tous les outils de communication disponibles comme les campagnes médiatiques, les programmes d'éducation et de formation ;
- **L'article 14**, « *mesures de réduction de la demande concernant la dépendance au tabac et de l'arrêt du tabac* », concerne la promotion du sevrage tabagique et du traitement de la dépendance en développant l'offre de conseil, de soutien psychologique, de traitement de substitution nicotinique et des programmes d'éducation. Les pays signataires de la CCLAT s'engagent à diffuser des lignes directrices fondées sur des preuves scientifiques et prendre des mesures pour promouvoir l'arrêt du tabac.

I.1.2 Journée mondiale sans tabac

Le 31 mai de chaque année dans le monde est célébrée la Journée mondiale sans tabac. Elle est organisée par l'OMS depuis 1987¹. Elle vise à informer la population, notamment les jeunes, sur les dangers du tabac, les pratiques commerciales et les techniques de manipulation des industries de tabac, les actions de lutte antitabac de l'OMS et sur les moyens pour protéger sa santé et celle d'autrui.

I.2 A l'échelle nationale

I.2.1 Législations et plans

Pour limiter l'exposition au tabac, différentes mesures nationales ont été mises en place depuis 1976 :

¹ Source disponible à l'adresse suivante : www.who.int/fr/campaigns/world-no-tobacco-day/

- **La « Loi Veil » n°76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme** visait à (4) :
 - Restreindre la publicité sur le tabac ;
 - Interdire le parrainage des produits de tabac ou événements s'adressant aux mineurs ;
 - Instaurer les premières interdictions de fumer dans certains lieux (locaux qui reçoivent des mineurs, hôpitaux, locaux contenant de l'alimentation) ;
 - Mentionner des avertissements sanitaires sur les paquets tels que « abus dangereux ».

- **La « Loi Evin » n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme** a promulgué (5) :
 - L'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif ;
 - L'interdiction de propagande ou de publicité en faveur du tabac et des produits dérivés (même pour tous les événements sportifs en France) ;
 - L'interdiction de toute distribution gratuite ;
 - L'interdiction de la vente aux moins de 18 ans ;
 - L'interdiction de tout parrainage lié au tabac.

- **Le 1^{er} Plan Cancer 2003-2007** a mis en place des plans nationaux pour la lutte contre le cancer en France, ainsi qu'une stratégie de lutte contre le tabagisme associant l'augmentation des prix du tabac de 40% en 14 mois, des campagnes d'information, des actions ciblées vers les jeunes et les femmes, et le développement des aides à l'arrêt du tabac (6) ;

- **Le Décret n°2004-949 du 6 septembre 2004** relatif à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans (7) ;

- **Le Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006** a fixé les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif (restaurants, gares, lieux de travail, transports en commun, établissements de santé, écoles, collèges, lycées...). Il est entré en vigueur le 1^{er} février 2007 (8) ;

- **Le Plan Cancer 2009-2013** a poursuivi la lutte contre le tabac en ayant pour objectifs de (9) :
 - Réduire l'attractivité des produits tabac,
 - Renforcer la politique d'aide au sevrage tabagique,
 - Etendre l'interdiction de vente du tabac aux mineurs de moins de 18 ans.

- **Le Programme National de Réduction du Tabagisme 2014-2019 (PNRT)** lancé par le Ministère de la Santé et centré autour de 3 axes prévoyait de (10):
 - Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme (paquets neutres, interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants, interdiction des arômes dans les cigarettes, interdiction de fumer dans les aires de jeux et interdiction de vapoter dans certains lieux) ;
 - Aider les fumeurs à arrêter de fumer (campagne d'information, implication des médecins traitants, droit de prescription des substituts nicotiques étendu aux autres professionnels de santé², meilleur remboursement par l'Assurance Maladie des substituts nicotiques, dispositif d'aide à l'arrêt chez la femme enceinte) ;
 - Agir sur l'économie du tabac (mise en place de fonds dédiés aux actions de lutte contre le tabagisme, Moi(s) sans tabac, lutte contre le commerce illicite).

L'objectif annoncé du PNRT était de réduire le nombre de fumeurs quotidiens d'au moins 10% entre 2014 et 2019 : il a été accompli avec une réduction de 16% du tabagisme pendant cette période. On peut donc supposer que les mesures réglementaires et de prévention mises en place ont été efficaces (11).

L'Ordre National des Chirurgiens-Dentistes s'est positionné comme un acteur majeur dans la lutte contre le tabagisme, en intégrant le comité de coordination du PNRT en 2014, afin de mobiliser les chirurgiens-dentistes au repérage et à la prise en charge du patient fumeur (12).

² Seuls les médecins et les sages-femmes pouvaient prescrire des TSN avant la loi du 26 janvier 2016

- Pour répondre aux objectifs du PNRT 2014-2019, **la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé** autorise, en plus des médecins et des sages-femmes, les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes à prescrire les traitements de substitution nicotinique. Les sages-femmes ont bénéficié d'un élargissement de leurs droits de prescription à l'entourage de la femme enceinte ou accouchée³ (13).

- **L'ordonnance n°2016-623 du 19 mai 2016** a imposé aux fabricants de tabac de ne produire que des paquets neutres standardisés, quelle que soit la marque, en respectant différents critères (figure 1)(14) :
 - Tous les paquets de cigarettes doivent comporter la même couleur et le même format ;
 - Les avertissements sanitaires sont davantage chocs, combinés (texte et visuel), et élargis à 65% de la surface du paquet ;
 - L'inscription de la marque doit être uniformisée avec la même typographie et la même couleur. Les logos sont interdits ;
 - Interdiction de mentionner la composition des cigarettes sur le paquet, afin de ne pas inciter le consommateur à comparer les cigarettes entre elles au risque de choisir celles qu'il croit être les moins nocives, oubliant que ces produits sont tous nocifs pour la santé et que les nombreux risques liés au tabac sont identiques peu importe la composition des cigarettes.

³ Source : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/prise-en-charge-sevrage-tabagique#:~:text=La%20loi%20du%2026%20janvier.les%20traitements%20nicotiniques%20de%20substitution>



Figure 1 : Standardisation des paquets neutres de cigarettes⁴

- **Le Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 (PNLT)** s'inscrit dans la continuité du PNRT et s'oriente autour de 4 axes majeurs (15) :
 - Protéger les enfants pour éviter l'entrée dans le tabagisme en :
 - Déployant de nouveaux modèles d'interventions ;
 - Rendant le tabac moins attractif ;
 - Encourager et accompagner les fumeurs vers le sevrage en :
 - Améliorant l'accessibilité des traitements et des prises en charge ;
 - S'adaptant aux besoins des publics spécifiques et vulnérables ;
 - Agir sur l'économie du tabac au niveau européen pour protéger la santé publique en :
 - Rendant moins accessibles les produits du tabac ;
 - Luttant contre les achats transfrontaliers ;
 - Poursuivant la lutte contre toutes les formes de trafic et d'achat illicites ;
 - Soutenant la reconversion des buralistes pour réduire l'accessibilité matérielle du tabac ;
 - Surveiller, évaluer et diffuser les connaissances relatives au tabac.

⁴ Image disponible à l'adresse suivante : www.cnct.fr

- **Le Décret n°2017-633 du 24 avril 2017** a porté sur les conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectif, tels que les lieux de travail, les établissements scolaires et les transports (16) ;
- **Depuis le 1^{er} janvier 2019**, l'Assurance Maladie rembourse les traitements de substitution nicotinique sur prescription à hauteur de 65%. Le reste est pris en charge par les organismes complémentaires santé. Le forfait annuel d'aide au sevrage tabagique de 150 € n'existe plus⁵ ;
- **L'arrêté du 31 janvier 2020** a porté sur l'homologation des prix de vente au détail des tabacs manufacturés⁶ en France dont l'objectif est d'augmenter le prix du paquet à 10 € d'ici fin 2020 (17).
- **Le Plan Cancer 2021-2025** vise à supprimer l'exposition de la population française au tabac, premier facteur de risque de cancer, d'ici 2030. Pour y parvenir, plusieurs actions sont envisagées (18) :
 - Poursuivre l'augmentation du prix des produits du tabac pour en limiter l'accès ;
 - Etendre les espaces sans tabac et faire respecter les interdictions de fumer et de vente aux mineurs ;
 - Garantir l'interdiction de vente aux mineurs par des dispositifs de contrôle ;
 - Dénormaliser totalement l'image du tabac ;
 - Renouveler le PNLT en mobilisant l'ensemble des leviers ;
 - Impliquer l'ensemble des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux à l'accompagnement de l'arrêt du tabac ;
 - Renforcer l'accompagnement des fumeurs en développant la communication et le marketing social ;
 - Favoriser la prise en charge des personnes qui fument dans l'arrêt du tabac.

Par la mise en place de ces différentes actions, l'ambition du Ministère de la Santé est d'aider les jeunes à devenir la première « génération d'adultes sans tabac » d'ici 2032 (19).

⁵ Source : www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/medicaments-et-dispositifs/prise-en-charge-sevrage-tabagique

⁶ Liste des prix consultable sur www.douane.gouv.fr/la-douane/opendata/categories/tabacs-manufactures

I.2.2 Moi(s) Sans Tabac

En Novembre de chaque année en France, se déroule la campagne nationale du « Moi(s) sans Tabac »⁷. Elle est organisée par Santé Publique France (SPF) depuis 2016. Elle fait écho à la campagne britannique « Stopober », invitant les fumeurs à arrêter le tabac en Octobre de chaque année



depuis 2012 (12). L'objectif du « Moi(s) sans Tabac » est d'encourager les individus à se joindre à l'arrêt collectif du tabac pendant 30 jours. Elle s'inscrit dans la démarche motivationnelle du patient avec l'idée selon laquelle s'il arrive à arrêter de fumer pendant 1 mois, il peut prendre conscience qu'il est capable d'arrêter plus longtemps. C'est beaucoup plus simple et accessible de se fixer un objectif court plutôt que de se fixer un arrêt total.

De plus, l'arrêt du tabac pendant 1 mois permet de diminuer la dépendance et les symptômes de sevrage, ce qui multiplie par 5 les chances d'arrêter de fumer définitivement (20).

Chaque année, des outils de communication sont proposés et sont disponibles gratuitement comme des affiches, des dépliants, des guides d'action et un kit du participant au Mois sans tabac ; ce dernier contient un programme de 40 jours avec des conseils et une roue pour calculer ses économies (figure 2).



Figure 2 : Kit du participant au Mois Sans Tabac
(source : www.mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr)

Lors de la 5^e édition du Mois sans tabac en 2020, un guide à la prescription des dérivés nicotiques a été réalisé pour l'usage des professionnels de santé. Il se présente sous la forme d'une ordonnance type pour le sevrage tabagique

⁷ Source : www.mois-sans-tabac-info-service.fr

(annexe 1). Cet outil est une aide à la prescription pour évaluer la dépendance tabagique du patient afin de choisir la dose de nicotine dont il a besoin, ainsi que pour déterminer quelle forme galénique et quel dosage initial prescrire. Sur l'ordonnance reçue, le patient peut également entourer les signes de surdosage ou de manque qu'il ressent pendant son traitement. L'adaptation du dosage sera alors plus aisée lors du prochain rendez-vous par le praticien (20).

1.3 A l'échelle régionale : actions de l'ARS

Les Agences Régionales de Santé (ARS) financent différents plans d'actions dans la lutte contre le tabagisme, en fonction du Programme Régional de Santé (PRS) qui rapporte les données épidémiologiques régionales puis établit les priorités de santé. Le PNLT 2018-2022 a consacré 100 millions d'euros, issus de taxes sur le tabac, pour le fonds de lutte contre le tabac, dont un quart pour la réalisation des appels à projets (AAP) dans chaque région de France⁸.

L'ARS propose des projets de financement avec des associations pour sensibiliser les professionnels de santé dans les régions prioritaires. C'est le cas notamment des Hauts-de-France qui recense le plus grand nombre de cancers des voies aéro-digestives en France métropolitaine, suivie par la Picardie et le Grand-Est. De plus, la prévalence du tabagisme est plus élevée dans les Hauts-de-France par rapport au niveau national (30,5% contre 26,9%)(21). Dans les Hauts-de-France, l'ARS collabore avec l'URPS et « *Hauts-de-France Addictions* » pour développer des formations dans les territoires dits « prioritaires » où la prévalence des cancers est la plus élevée. Un outil adapté à la pratique dentaire a également été créé : il s'agit d'une pochette intitulée « Chirurgie-dentaire et sevrage tabagique : quels outils ? »⁹ qui vise à sensibiliser les praticiens à l'abord du fumeur (figure 3). A l'intérieur de cette pochette se trouvent deux fiches explicatives pour les chirurgiens-dentistes et trois fiches repères pour les patients. C'est un guide facilement utilisable au cours d'une consultation pour échanger et informer les patients sur les bénéfices de l'arrêt du tabac sur sa santé bucco-dentaire ou sur les risques de la consommation de tabac en cas de prise en charge bucco-dentaire. Les fiches

⁸ Sources : www.ars-sante.fr , www.hautsdefrance-addiction.org , www.urpcd-hdf.fr

⁹ Source : www.hautsdefrance-addiction.org

destinées aux patients permettent de renforcer le discours des praticiens sur les liens entre la consommation de tabac et la santé bucco-dentaire. Cet outil favorise le repérage systématique du tabagisme, voire une démarche de sevrage, partielle ou complète, au décours des soins bucco-dentaires.



Figure 3 : Exemples de pochette sur les outils du sevrage tabagique en chirurgie-dentaire et de fiche patient (source : URPS et Hauts-de-France Addiction)

II. Place du chirurgien-dentiste dans le sevrage tabagique

III.1 Acteur de première ligne

II.1.1 Missions

Le chirurgien-dentiste, du fait d'une relation suivie avec les patients, occupe une place privilégiée en termes de prévention auprès de toutes les populations. Il est susceptible de rencontrer fréquemment des patients fumeurs puisqu'environ 63% des français consultent un chirurgien-dentiste au moins une fois par an (2). Il rencontre également régulièrement des enfants et des adolescents, et peut les informer des méfaits du tabac, les inciter à éviter de fumer ou à cesser une dépendance tabagique avant qu'elle ne devienne trop

forte. Il soigne souvent des femmes enceintes ou en âge de procréer et se doit d'exposer les risques potentiels du tabac pour elles et leur futur enfant.

Il a aussi un rôle à jouer dans le dépistage et dans le traitement des conséquences bucco-dentaires de la consommation de tabac. Un examen intra-oral de routine permet de repérer la plupart des lésions buccales liées au tabac à un stade précoce. Il a donc un rôle majeur en repérant les premiers signes d'alerte.

De plus, il n'est pas rare que ce soient les conséquences du tabagisme qui conduisent un patient à consulter un chirurgien-dentiste, sans que le patient fasse pour autant le lien entre les symptômes et sa consommation de tabac, avec par exemple (22) : colorations dentaires, mauvaise haleine, lésions précancéreuses des muqueuses, douleurs dentaires et gingivales, récessions, déchaussements dentaires...

Le chirurgien-dentiste est donc un acteur de première ligne dans la prévention tant dans le dépistage précoce des conséquences bucco-dentaires liées au tabac, que dans l'information au patient sur les conséquences du tabagisme, mais aussi dans la motivation à l'arrêt du tabac, et l'accompagnement dans le sevrage tabagique.

La lutte contre le tabagisme doit devenir une priorité pour tous les membres de l'équipe de soins au cabinet dentaire afin d'observer une amélioration de la santé bucco-dentaire et des résultats thérapeutiques pour les patients.

II.1.1.1 Types d'interventions

Le rôle du chirurgien-dentiste est essentiel dans la lutte contre le tabagisme et ses actions peuvent être multiples (23):

- Mettre à disposition des documents d'information dans le cabinet dentaire (par exemple des affiches et/ou des plaquettes dans la salle d'attente) ;
- Identifier les patients fumeurs en leur posant la question et l'indiquer dans le dossier médical ;
- Sensibiliser sur les conséquences du tabac ;
- Informer sur les bienfaits à l'arrêt ;
- Dépister les lésions et orienter en cas de doute sur le diagnostic et/ou la prise en charge ;
- Rechercher les facteurs de risque associés au tabac ;
- Conseiller l'arrêt ;

- Motiver à l'arrêt du tabac ;
- Accompagner le sevrage tabagique avec :
 - La méthode « AAR » pour « *Ask, Advise, Refer* » qui consiste à identifier le fumeur, lui conseiller l'arrêt et l'orienter pour la prise en charge du tabagisme ;
 - La méthode des « 5A » : *Ask* (poser des questions), *Advise* (conseiller), *Assess* (évaluer), *Assist* (aider, soutenir) et *Arrange* (organiser) ;
 - Une intervention brève ;
 - Une prescription de substituts nicotiques ;
 - Des entretiens motivationnels ;
- Orienter la prise en charge tabagique vers un autre professionnel de santé.

Afin de pouvoir s'intégrer aisément à tout type de consultation dans un cabinet dentaire en ne devenant pas une contrainte temporelle, l'intervention se doit d'être brève, soit moins de 10 minutes.

II.1.1.2 Types d'aide

Face au patient tabagique, le chirurgien-dentiste peut potentiellement choisir entre différentes attitudes, soit :

- L'accompagner dans le sevrage tabagique avec une prise en charge personnalisée et une prescription de substituts nicotiques ;
- Au minimum, l'orienter vers un médecin généraliste, un tabacologue ou un service d'addictologie dédié ;
- Ne rien faire et ne pas aborder la thématique du tabac : ce n'est bien évidemment pas ce qu'on attend du chirurgien-dentiste.

II.1.1.3 Déroulement de l'accompagnement

Lors de toute anamnèse, le chirurgien-dentiste doit interroger le patient sur sa consommation de tabac : fumez-vous ? Depuis quand ? Combien de cigarettes par jour ? Il convient naturellement de l'informer sur les conséquences du tabac sur la santé générale et bucco-dentaire, mais aussi sur les bénéfices à l'arrêt du tabac, et les possibilités de sevrage tabagique.

De plus, le chirurgien-dentiste est amené à préciser les recommandations liées au tabac lors des soins dentaires ou à leur issue, en particulier en cas d'extraction dentaire, de pose d'implant, de traitement parodontal ou d'éclaircissement dentaire.

Chaque professionnel de santé doit s'accorder sur la cohérence de son discours et des conseils donnés au patient. A tout moment, l'accompagnement peut être transféré à un autre professionnel de santé. La prise en charge d'un patient tabagique est bien souvent pluridisciplinaire et la place du chirurgien-dentiste y est très importante pour l'amorcer. Par exemple, il peut initier l'accompagnement jusqu'à la prescription des substituts nicotiques et le suivi du traitement, puis orienter le patient vers un accompagnement psychologique spécialisé qui dépasse son domaine de compétences. En fonction de ses compétences et de la complexité du cas, chaque professionnel peut aller plus ou moins loin dans la prise en charge.

Dans tous les cas, quel que soit le motif de consultation du patient fumeur, tout professionnel de santé se doit d'évoquer le conseil minimal d'arrêt et d'engager une démarche active auprès du patient (24).

II.1.2 Efficacité des interventions d'aide au sevrage tabagique

II.1.2.1 Interventions des professionnels de santé

Selon une étude britannique menée auprès de médecins généralistes en 1999, l'association de 3 interventions (conseils d'arrêts, entretiens motivationnels et traitements de substitution nicotinique) augmenterait le taux d'abstinence à un an de 7,7% à 16,9% (25).

Selon Gordon et al., le recours à la méthode des 5A doublerait le taux de réussite du sevrage tabagique (passant de 8,8% sans celle-ci à 16,5% avec elle) (26). Ces résultats sont comparables à ceux obtenus avec la méthode « AAR » (27).

II.1.2.2 Intervention des chirurgiens-dentistes

Une étude américaine a montré que les fumeurs sont plus susceptibles d'arrêter de fumer et se sentent plus encouragés lorsque les conseils du chirurgien-dentiste sont accompagnés d'une prescription de substituts

nicotiques (28). Ainsi, le chirurgien-dentiste doit conseiller tous les patients fumeurs mais aussi leur proposer un aide médicamenteuse afin d'augmenter leur chance de succès au sevrage tabagique (28).

Une méta-analyse Cochrane regroupant 14 essais a évalué l'efficacité des interventions au cabinet dentaire (29). Elle a montré que l'intervention d'un chirurgien-dentiste, qu'elle soit comportementale ou pharmacologique, pouvait accroître le taux d'abstinence tabagique à 6 mois et plus, en comparaison de l'absence d'intervention de celui-ci (OR=1,71, IC95% : [1,44-2,03]).

Le chirurgien-dentiste peut proposer des interventions à plusieurs niveaux pour accompagner le patient fumeur. Un examen bucco-dentaire combiné à une brève intervention, consistant à poser quelques questions autour de la consommation tabagique et à donner de brefs conseils, augmente la motivation du patient et entraîne 2,5 fois plus de chance d'arrêter de fumer qu'un arrêt individuel (29,30). Une étude a montré qu'une intervention plus intensive, à raison de 5 visites pendant 3 mois avec un entretien et la prise simultanée de patchs et de gommes, a permis à plus de 36% des patients d'arrêter de fumer au bout d'un an contre 13% dans le cas d'un arrêt individuel (22).

Des contacts réguliers avec la répétition de conseils renforçant la motivation au sevrage semblent efficaces. Plus le nombre de consultations d'un patient fumeur chez le chirurgien-dentiste est élevé, plus la probabilité d'abandon du tabac serait grande (31). Ainsi, les chirurgiens-dentistes ont toute leur place, au même titre que d'autres professionnels de santé, pour aider les patients fumeurs à arrêter le tabac.

II.1.3 Freins au développement du sevrage tabagique par les chirurgiens-dentistes

Malgré leur rôle central, l'implication en tabacologie des chirurgiens-dentistes semble peu développée. Plusieurs freins pourraient expliquer ce point.

A l'échelle mondiale, bien que la plupart des chirurgiens-dentistes considèrent qu'ils ont un rôle essentiel auprès des patients fumeurs, notamment dans l'identification de la consommation de tabac, dans les informations sur les conséquences du tabac et les conseils d'arrêt, peu d'entre eux se sentiraient suffisamment préparés, efficaces ou formés (32,33). Selon des études

américaines, indiennes et australiennes, le manque de formation est le plus souvent cité comme obstacle freinant l'investissement dans le sevrage tabagique au cabinet dentaire. Parmi les autres freins, on retrouve la résistance perçue des patients, la réaction négative anticipée des patients, les faibles chances de succès, le manque de rémunération, le manque d'informations sur les ressources disponibles, le manque de matériel d'éducation et d'orientation et les doutes sur les compétences des chirurgiens-dentistes pour aider à l'arrêt du tabac (32–35).

A l'échelle nationale, le Réseau de Prévention des Addictions (RESPADD) a récemment réalisé une enquête « Tabagisme en blouse blanche » par questionnaire destiné aux personnels hospitaliers (médecins, infirmières, aides-soignantes, pharmaciens, cadre de santé...) afin d'évaluer leur implication dans la prise en charge du tabagisme en France (36). On peut remarquer que cette enquête n'a pas intégré les chirurgiens-dentistes. Néanmoins, les résultats sont intéressants. La quasi-totalité des répondants a déclaré que la prise en charge doit être proposée à l'ensemble des fumeurs (91%) et aux personnes ayant des pathologies liées au tabac (97%). Cependant, 63% ont déclaré ne pas participer à cette prise en charge alors que 62% ont répondu être en mesure d'orienter le patient vers une consultation d'addictologie ou tabacologie. Pour 81% des répondants, leur formation sur le tabagisme était insuffisante et 64% aimeraient être mieux formés sur la prise en charge des fumeurs.

Une enquête par questionnaire en ligne a été menée auprès des chirurgiens-dentistes pour le 12^{ème} congrès de la Société Française de Tabacologie (SFT) en 2018 dans le cadre d'un mémoire du DIU de tabacologie (37). Parmi les 106 réponses de chirurgiens-dentistes, 58% indiquaient systématiquement le statut tabagique dans le dossier médical du patient, 30% au cas par cas et 12% jamais. De plus, 40% donnaient systématiquement un conseil d'arrêt, 50% au cas par cas et 11% jamais. On remarque que 43% des chirurgiens-dentistes préféraient orienter le fumeur vers un autre professionnel de santé. Seulement 36% évaluaient la motivation à l'arrêt, 24% donnaient des conseils et proposaient un accompagnement personnalisé, 14% distribuaient de la documentation et 5% prescrivaient des substituts nicotiniques (bien qu'ils soient autorisés à le faire depuis 2016)(13,37).

Les résultats d'une enquête, en cours de publication, ont été présentés par le Dr Jérémie Glomet lors de l'assemblée générale en visioconférence de la Recherche Clinique en Odontologie Libérale (ReCOL) diffusée le 27 novembre 2020. Cette enquête fait l'état des lieux des connaissances, des attitudes et des pratiques actuelles en tabacologie chez les chirurgiens-dentistes en France, via un questionnaire diffusé sur les réseaux sociaux. Il semblerait que le manque de formation soit le principal frein au développement du sevrage tabagique au cabinet dentaire selon 65% des praticiens. Ils ont ensuite évoqué le manque de connaissances (60%), le manque de temps (50%) et le manque de supports (48%). Environ 39% d'entre eux ne savent pas non plus à qui adresser le patient fumeur et 37% ne se sentent pas légitimes de le prendre en charge. De plus, moins de 15% des étudiants et des praticiens ont répondu avoir reçu un cours sur la prise en charge tabagique, ce qui confirme le fait que la formation en tabacologie est limitée et peu accessible dans le cursus odontologique français.

Si l'on essaie de résumer les différents obstacles à la participation des chirurgiens-dentistes au sevrage tabagique, on retrouve habituellement dans la littérature scientifique internationale et française (33,34,37-39) :

- **Le manque de formation, de connaissances et de pratique** : la majorité des étudiants en odontologie pensent qu'ils devraient être formés en tabacologie. La plupart ont reçu des cours sur les conséquences du tabac, mais peu d'entre eux ont déclaré avoir reçu une formation sur la pharmacologie et la prise en charge du sevrage tabagique durant leur cursus universitaire. Davantage de formations et de ressources pourraient encourager les chirurgiens-dentistes à être plus proactifs pour aider les patients à arrêter de fumer ;
- **Le manque de temps** : une consultation en tabacologie est chronophage, il faut prévoir du temps pour expliquer au patient, répondre à ses interrogations, développer un discours motivationnel...
- **Le manque de support** ;
- **Le manque de connaissance des services à qui adresser le patient** ;
- **Le manque de légitimité et de perception de son rôle** : certains chirurgiens-dentistes ne se sentiraient pas à l'aise ni suffisamment légitimes pour accompagner les patients dans leur sevrage tabagique, notamment par manque de compétence ;

- **La peur de « braquer » le patient** : le rôle du chirurgien-dentiste dans le dépistage et la prise en charge du sevrage est bien souvent méconnu par les patients. Ils ne vont pas spontanément chez leur chirurgien-dentiste pour demander une aide à l'arrêt du tabac. Les patients ne s'attendent pas à recevoir des conseils sur le tabagisme venant d'un chirurgien-dentiste. Bien souvent, ils n'ont pas connaissance des conséquences du tabac sur la cavité buccale, et ne comprennent pas pourquoi ni comment leur chirurgien-dentiste pourrait les accompagner dans l'arrêt du tabac.
- **L'absence de reconnaissance financière pour le praticien** : En France, la consultation en tabacologie n'étant pas codifiée dans la CCAM ni reconnue dans l'exercice dentaire, il n'y a aucune rémunération spécifique pour un chirurgien-dentiste accompagnant un patient dans le sevrage tabagique (il est toutefois possible de la facturer en NPC, c'est-à-dire non pris en charge par l'Assurance Maladie (AM)).
- **L'idée préconçue d'un patient « difficile »** : Si les soignants considèrent d'emblée qu'un patient fumeur est « difficile », en pensant a priori qu'il a de mauvais facteurs pronostiques pour arrêter de fumer (tels que la consommation d'autres substances addictives, ou des comorbidités psychiatriques, etc.) et en raison de mécanismes de défense personnels, ces soignants auront moins tendance à lui proposer un sevrage tabagique. Cela reflète le concept psychologique de « prédiction autoréalisante » : le patient étiqueté « difficile » l'est d'autant plus si le soignant le représente comme tel (39).

II.1.4 Quelle cotation appliquer ?

Il n'existe pas de cotation spécifique dans la CCAM relative à l'aide au sevrage tabagique applicable en chirurgie dentaire. Il est possible de coter une consultation (code « C » d'un montant de 23 €), puisque, bien souvent, le chirurgien-dentiste effectue le repérage du statut tabagique et initie l'aide au sevrage au cours de la première consultation. Le praticien ne pourra néanmoins pas re-facturer de consultation pour ce même patient au cours d'éventuelles consultations de suivi spécifique d'aide au sevrage tabagique. Le chirurgien-dentiste reste libre de facturer en NPC une/des consultation/s de suivi dédiée/s au sevrage tabagique, bien qu'elle/s ne soit/ent pas prise/s en charge par l'AM. Cet acte figurera alors hors nomenclature (HN). Dans ce cas, le patient doit en

être préalablement informé. Il faudra réaliser un devis avec un libellé adapté (par exemple : « Aide au sevrage tabagique ») et la mention « acte non codé » sur lequel figureront les honoraires libres établis avec tact et mesure (pour rappel, les actes NPC d'un montant supérieur ou égal à 70 € imposent de remettre un devis au patient ¹⁰). Dans ce cas, l'acte ne sera pas remboursable par l'AM et sera noté dans le dossier du patient sans code CCAM, mais avec le libellé. Il n'est pas non plus transmis à l'AM. Une note d'honoraires remise au patient peut être envoyée par ce dernier à son organisme complémentaire en vue de bénéficier d'une éventuelle participation par cette dernière.

Ces préoccupations d'ordre financières constituent indéniablement une limite à l'investissement des chirurgiens-dentistes dans l'accompagnement au sevrage tabagique des patients fumeurs. En effet, on ne peut que se féliciter de la reconnaissance de la compétence du chirurgien-dentiste dans ce domaine mais aussi regretter l'absence de reconnaissance financière dans le champ de l'AM du travail d'accompagnement du patient par le chirurgien-dentiste. La HAS a d'ailleurs recommandé en 2014 que « les consultations **longues** dédiées au sevrage tabagique soient identifiées et que leur prise en charge soit valorisée financièrement »(23). Il ne s'agit pas seulement d'effectuer une simple prescription de TSN au cours d'une seule consultation, mais bien d'une démarche d'accompagnement qui s'inscrit dans la durée. En effet, une seule consultation est largement insuffisante pour espérer initier, ajuster et maintenir un arrêt définitif du tabac. Le travail d'écoute, de diagnostic et de prise en charge du patient fumeur au fauteuil du chirurgien-dentiste prend du temps. Ainsi, les frais non remboursés par l'AM des consultations de suivi appliqués par un chirurgien-dentiste pourraient freiner les patients à accepter ce type de prise en charge et les praticiens à développer ce type d'approche, d'autant plus si ces mêmes patients peuvent bénéficier d'un accompagnement pris en charge par l'AM via d'autres professionnels de santé (par exemple via un médecin généraliste ou spécialiste¹¹).

¹⁰ Source : <https://www.ameli.fr/chirurgien-dentiste/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-conventionnels/devis-obligatoire>

¹¹ Il existe pour les médecins tabacologues un code spécifique « ALQP003 » dans la CCAM, lorsqu'ils effectuent les tests au repérage des neuro-psychopathologies. Cette cotation permet de facturer 69,12 € mais elle ne peut être faite qu'une fois par an (source : <https://www.tabacologue.fr/spip.php?rubrique81#:~:text=Nous%20pratiquons%20dans%20le%20cadre,qu'une%20fois%20par%20an.>).

II.2 Actions à l'échelle collective française : mise à disposition d'informations

II.2.1 Liste des composants des produits de tabac

Depuis la standardisation des paquets neutres en 2016, la composition des principaux composants du tabac ne figure plus sur les paquets de cigarettes. L'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire (ANSES) met néanmoins à disposition sur son site Internet deux tableaux renseignant sur la composition des produits du tabac et des produits de vapotage ¹².

II.2.2 Documentation à destination des patients

II.2.2.1 Les affiches

Des affiches anti-tabac disposées dans les salles d'attente peuvent susciter l'intérêt des fumeurs et les inciter à aborder plus facilement le sujet. Elles leur rappellent que le tabagisme est un problème majeur pour leur santé mais qu'il existe des solutions et qu'ils peuvent demander de l'aide au chirurgien-dentiste. A titre d'exemple, la fondation ARC pour la recherche sur le cancer a réalisé une affiche sur les bénéfices à l'arrêt du tabac à court et à moyen termes (figure 4). D'autres affiches soutiennent l'arrêt du tabac et encouragent les fumeurs à s'inscrire au Mois sans tabac (figure 5) ; elles sont disponibles gratuitement sur le site de Tabac Info Service ¹³.



¹² Tableaux disponibles à l'adresse suivante : www.anses.fr/fr/content/les-produits-du-tabac-et-produits-connexes

¹³ Source disponible à l'adresse suivante : <https://pro.tabac-info-service.fr/ABCedaire>

Figure 4 : Affiche « Tabac et cancer » sur les bienfaits de l'arrêt du tabac à court et moyen termes (source : <https://www.fondation-arc.org/support-information/affiche-tabac-et-cancer>)

Figure 5 : Affiche pour soutenir les patients souhaitant arrêter de fumer réalisée dans le cadre du Mois sans tabac 2020 (source : www.tabac-info-service.fr)

II.2.2.2 Les brochures et dépliants

Pour compléter une information délivrée au patient au cours d'une discussion, le chirurgien-dentiste peut lui remettre de la documentation sur thème du tabac. Ces documents (brochures, dépliants, flyers, livrets...) peuvent être accessibles en libre-service en salle d'attente ou remis à la fin d'une consultation. Ils permettent de faire le point sur la dépendance du patient, sa motivation à l'arrêt et les traitements possibles tout en délivrant des conseils d'arrêt.

Différents dépliants sont disponibles gratuitement sur le site Internet de Tabac Info Service (figure 6). Ils informent sur les raisons d'arrêter le tabac, les différentes aides possibles, l'impact du tabagisme passif et d'autres dépliants ciblent directement des populations spécifiques à risque telles que les femmes enceintes et les adolescents.

Une brochure, intitulée « *J'arrête la cigarette : une décision salubre pour ma santé bucco-dentaire* » (figure 7) a été réalisée par l'Office Français de prévention du Tabagisme (OFT) en 2009. Elle expose les relations entre le tabagisme et la santé bucco-dentaire.



Figure 6 : Dépliants sur les raisons d'arrêter de fumer et les moyens pour y parvenir (source : www.tabac-info-service.fr)



Figure 7 : Brochure sur le tabagisme et la santé bucco-dentaire (40)

II.2.3 Les services d'aide

Différents services et interlocuteurs sont à disposition des fumeurs pour les aider, répondre à leurs questions, les informer et les accompagner dans l'arrêt du tabac. Voici quelques exemples non-exhaustifs¹⁴ :

- **Tabac Info Service** est un service mis en place par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) devenu SPF en 2016. Ce service propose un accompagnement personnalisé aux fumeurs souhaitant arrêter de fumer, à partir de plusieurs supports :
 - Un site internet www.tabac-info-service.fr sur lequel on retrouve de la documentation, des conseils mais aussi un annuaire des consultations en tabacologie pour trouver facilement un professionnel de santé dans la région souhaitée ;
 - Un numéro de téléphone (**39 89**) permet de joindre un tabacologue gratuitement de 8h à 20h et du lundi au samedi, qui pourra répondre aux questions du fumeur et démarrer un coaching d'aide à l'arrêt. Il est aussi possible d'obtenir des adresses de consultations d'aide à l'arrêt ;
 - Une application mobile « Tabac Info Service », décrite comme un coach à portée de main, peut être personnalisée selon les habitudes et les motivations du fumeur. Elle informe des méthodes de sevrage, donne des conseils, permet de suivre l'évolution de la consommation, les bénéfices sur la santé et les économies réalisées ;
- Le site internet helvétique www.stop-tabac.ch rassemble de nombreuses informations et des conseils sur l'arrêt du tabac. Il propose l'application gratuite « Stop-tabac » sur smartphone et un coach en ligne personnalisé pour accompagner les fumeurs dans leur sevrage. Cette application est disponible en Suisse mais aussi en France ;
- Les **Consultations des Jeunes Consommateurs (CJC)**, destinées aux adolescents, sont anonymes et gratuites. Elles permettent de faire le point sur la consommation de tabac, d'alcool ou de drogues ;

¹⁴ Source disponible à l'adresse suivante : www.tabac-info-service.fr

- Les **services d'addictologie hospitaliers**, les **Equipes de Liaisons et de Soins en Addictologie (ELSA)**, et les **Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)** ;
- De nombreux **professionnels de santé** sont en mesure d'accompagner les patients dans leur arrêt du tabac : pharmaciens, tabacologues, médecins traitants, médecins du travail, sages-femmes, infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes notamment.

II.3 Actions à l'échelle individuelle : les étapes de la prise en charge personnalisée du fumeur

Moins de 10% des fumeurs restent abstinents 12 mois après un arrêt spontané. Il est possible d'arrêter de fumer seul. Néanmoins, un fumeur a 80% plus de chances d'arrêter le tabac s'il reçoit l'aide d'un professionnel de santé, d'où l'intérêt de mettre en place un accompagnement personnalisé adapté à chaque fumeur (41–43).

II.3.1 Les méthodes d'intervention

Toute addiction est une maladie chronique qui implique une prise en charge et une attention prolongée. L'aide au sevrage tabagique comporte différentes phases successives évoluant parfois sur plusieurs années (44). Différentes méthodes ont été élaborées et validées pour faciliter l'abord du fumeur et effectuer une brève intervention antitabac. Ces interventions prennent souvent moins de 5 minutes à mettre en œuvre et, d'après les études, des interactions courtes de 3 à 5 minutes peuvent s'avérer efficaces (42).

II.3.1.1 Méthode VBA

La « méthode VBA » (*Very Brief Advice on Smoking*) est une intervention brève pouvant être réalisée de manière opportuniste en 30 secondes dans presque toutes les situations face à un fumeur (45). Elle a été développée au Royaume-Uni par *The National Centre for Smoking Cessation and Training* (NCSCT). Paradoxalement, il ne s'agit pas de conseiller les fumeurs d'arrêter le tabac, ni de demander combien ils fument ou s'ils veulent arrêter. Cette méthode consiste à donner des conseils à chaque occasion qui se présente face à un fumeur, car une intervention brève peut faire toute la différence. De plus, les patients sont 4 fois plus susceptibles d'arrêter de fumer avec du soutien. Elle comporte 3 étapes :

- **Ask** : Identifier le statut tabagique : « Fumez-vous ? » ;
- **Advise** : Conseiller sur la manière la plus efficace d'arrêter : « Saviez-vous que la meilleure façon d'arrêter de fumer est une combinaison de médicaments et de soutien spécialisé ? Si vous êtes intéressé(e), je peux vous référer à un service spécialisé pour arrêter de fumer que beaucoup de mes patients ont trouvé utile. » ;
- **Act** : Offrir de l'aide, en fonction de la réponse du patient :
 - S'il est intéressé :
 - Donner des informations ;
 - Prescrire des médicaments ;
 - Orienter vers un service de tabacologie ;
 - S'il n'est pas intéressé :
 - « C'est votre choix bien sûr. L'aide sera toujours disponible. Je reste à votre disposition si vous changez d'avis. » ;
 - Réévaluer aux prochains rendez-vous.

II.3.1.2 Méthode AAR

La « méthode AAR » est une méthode très brève, pouvant être réalisée en 3 minutes par le praticien souhaitant orienter le fumeur vers un service de tabacologie, un médecin ou tout autre aide externe. Elle se déroule en 3 étapes (42) :

- **Ask** : identifier le fumeur ;
- **Advise** : conseiller l'arrêt ;
- **Refer** : orienter le fumeur pour une prise en charge par d'autres professionnels de santé ou des services.

II.3.1.3 Méthode des 5A et des 5R

La « méthode des 5A » est recommandée dans de nombreux pays pour lutter contre le tabagisme, notamment aux Etats-Unis par l'*US Public Health Service*, au Canada, en Australie et en France par la HAS (23,33). Il s'agit d'une intervention brève et systématique pouvant être réalisée en 5 à 10 minutes par tout professionnel de santé pendant une consultation avec un patient fumeur. Présentée comme un entretien motivationnel, elle consiste à délivrer des messages courts d'encouragement à l'arrêt du tabac adaptés aux différents stades de motivation du fumeur. Elle comporte 5 étapes basées sur le modèle du

changement de comportement et adressées au patient souhaitant arrêter de fumer (23)(annexe 2) :

- **Ask** : interroger sur la consommation de tabac,
- **Advice** : conseiller l'arrêt du tabac,
- **Assess** : évaluer la motivation à l'arrêt du tabac,
- **Assist** : aider et soutenir l'arrêt,
- **Arrange** : organiser un suivi régulier.

Pour les patients ne souhaitant pas arrêter de fumer, une stratégie complémentaire peut être mise en place après l'étape « Assess » pour accroître la motivation à l'arrêt. Elle comprend des entretiens motivationnels en se basant sur la « méthode des 5R » (23)(annexe 3) :

- **Relevance** (raison),
- **Risks** (risques),
- **Rewards** (résultats/bénéfices),
- **Roadblocks** (résolution des obstacles),
- **Repetition** (répétition).

Les points suivants détaillent les interventions pouvant être pratiquées par le chirurgien-dentiste pour chaque patient fumeur en se basant sur la méthode des 5A, brève et facilement réalisable lors d'une consultation (46).

II.3.2 Statuer sur le profil tabagique du patient

Selon les recommandations de la HAS, tout professionnel de santé devrait préciser le statut tabagique de chaque patient, ainsi que le nombre de cigarettes fumées chaque jour et inscrire cette information dans le dossier médical du patient (24). Pour identifier le statut tabagique, le praticien peut poser les questions suivantes (47) :

- « Fumez-vous ? » ;
- Si le patient répond oui : « Combien de cigarettes par jour ? » ;
- Si le patient répond qu'il a cessé le tabac : « Depuis quand avez-vous arrêté ? ».

II.3.2.1 Définir le statut tabagique

Il existe 3 définitions pour définir le statut tabagique d'un individu (48) :

- Un **non-fumeur** est une personne ayant fumé moins de 100 cigarettes au cours de sa vie ;
- Un **ex-fumeur** (ou fumeur sevré) a stoppé totalement et définitivement son tabagisme depuis 12 mois minimum ;
- Un **fumeur actif** est un fumeur non sevré depuis 12 mois.

II.3.2.2 Evaluer la consommation de tabac

Pour déterminer la consommation de tabac fumé, on utilise une unité de mesure appelée « paquet-année » (PA) ou « unité-paquet-année » (UPA). Le nombre de paquets-année est calculé en multipliant le nombre de paquets de cigarettes fumés par jour par le nombre d'années pendant lesquelles la personne les a fumés. On prend comme référence un paquet standard qui contient 20 cigarettes. C'est un calcul approximatif qui permet de mettre en corrélation les effets du tabac avec la quantité de tabac consommée. Ainsi, un paquet-année correspond à la consommation de 1 paquet de 20 cigarettes par jour pendant 1 an. Cependant, cette notion de paquet-année n'est pas l'indicateur le plus révélateur du risque tabagique. Outre la quantité, la durée est aussi importante à connaître. En effet, la durée de l'exposition au tabac serait quatre fois plus déterminante que la quantité de cigarettes fumées. Doubler la dose multiplie le risque de cancer par 2, alors que doubler la durée le multiplierait par 16 voire 23 (46). Par conséquent, plus le fumeur commence tôt à fumer, plus il a un risque important de développer un cancer du poumon, du fait de l'exposition répétée aux substances cancérigènes, et ce, même en petite quantité (49). Ainsi, le risque de développer une maladie liée au tabagisme dépend de plusieurs facteurs (50,51) :

- Du nombre de cigarettes fumées chaque jour (consommation moyenne de tabac) ;
- De la durée pendant laquelle la personne a fumé ;
- De l'âge du début du tabagisme ;
- De la façon de fumer (aspirations profondes, nombre de bouffées, position des doigts sur le filtre, maintien de la cigarette entre les lèvres, etc) ;
- Du mode de consommation (cigarette, tabac roulé, chicha...) ;
- Du type de tabac (teneur en nicotine, additifs et goudrons).

Il est utile de connaître précisément les différents produits de tabac fumé par le patient car la dose de nicotine diffère également selon le mode de

consommation. Il est possible de calculer une équivalence en nombre de cigarettes manufacturées en comparant le taux de nicotine présent dans une cigarette industrielle par rapport aux autres produits de tabac (tableau 1)(46). En prenant comme référence qu'une cigarette manufacturée contient 1 mg de nicotine, on peut estimer la dose de nicotine nécessaire au fumeur en fonction des produits consommés.

Tableau 1 : Equivalence des produits de tabac en nombre de cigarettes manufacturées (46)

| Produits de tabac | Equivalent en nombre de cigarettes manufacturées |
|---|--|
| 1 cigarette à rouler | 3 |
| 1 dose de tabac à chiquer gardée 30 minutes en bouche | 4 |
| 1 pipe | 5 |
| 1 petit cigare | 1 à 2 |
| 1 cigarillo | 2 à 3 |
| 1 grand cigare | 8 à 20 |
| 1 séance de chicha | 40 |

II.3.2.3 Evaluer la dépendance tabagique

L'addiction au tabac est un phénomène complexe qui fait intervenir 3 types de mécanisme de dépendance pouvant varier d'un individu à un autre (48) :

- La **dépendance physique** (ou pharmacologique) est directement liée au manque de nicotine. Lorsqu'elle est fumée, elle atteint rapidement le cerveau en moins de 7 seconds, ce qui provoque un « effet de shoot ». Elle se fixe alors sur les récepteurs cholinergiques nicotiniques et stimule les systèmes de récompense, en modulant la libération de nombreux neurotransmetteurs dont la dopamine. Des signes de manque, aussi appelés symptômes de sevrage, apparaissent lorsque la nicotémie est basse. Le fumeur ressent alors une envie irrésistible de consommer une cigarette : c'est le « craving ». Cette dépendance est indépendante de la volonté et peut être comblée par un traitement de substitution nicotinique;
- La **dépendance comportementale** (ou sociale) s'installe dans la répétition de gestes quotidiens liés à la cigarette. Une situation ou un contexte déclenche la consommation d'une cigarette, sans besoin ou envie. La consommation de cigarette devient un réflexe, une habitude, un automatisme pouvant être associé à une situation particulière (moments de convivialité, après le repas, à la pause au travail, en association avec

d'autres substances addictives comme le café, l'alcool, le cannabis,...). Cette dépendance peut être gérée par les thérapies cognitivo-comportementales (dites TCC) qui permettent le « désapprentissage » des habitudes liées au tabac et l'apprentissage de nouveaux rituels grâce aux motivations ;

- La **dépendance psychologique** est variable d'une personne à l'autre. Elle dépend du plaisir que le fumeur obtient en consommant du tabac et de son recours à la cigarette en fonction de ses émotions positives ou négatives. L'individu fume pour trouver une source de réconfort, ressentir des sensations agréables, se relaxer, réfléchir, contrer l'ennui, éviter des émotions négatives... Cette dépendance, du fait d'un fort effet antidépresseur de la cigarette, nécessite parfois un traitement médicamenteux.

Plusieurs tests ou questionnaires existent pour évaluer la dépendance tabagique dont le repérage est essentiel pour faciliter l'arrêt. La prescription de substituts nicotiques se justifie lorsque la dépendance physique est avérée grâce à un test.

II.3.2.3.1 Test de Fagerström

Le plus utilisé est le test de Fagerström publié en 1991. Il permet, en posant 6 questions, de mesurer le degré de la **dépendance physique** à la nicotine, et ainsi de choisir le bon dosage pour le traitement de substitution nicotinique (annexe 4)(52,53). Une fois ce test rempli, on calcule le total des points pour obtenir un score sur 10 qui permet de connaître le niveau de la dépendance physique à la nicotine et les solutions adaptées (annexe 5).

II.3.2.3.2 Index de fort tabagisme (HSI)

Une version simplifiée du test de Fagerström a été proposée : l'**Index de fort tabagisme** ou **HSI** (*Heaviness of Smoking Index*) (54). Cette version reprend les questions 1 et 4 du test de Fagerström ayant les scores les plus importants (annexe 6). Elle est plus simple à utiliser en pratique et peut se faire rapidement à l'oral. Le total des points donne un score sur 6 et permet de connaître le niveau de la dépendance (annexe 7).

II.3.2.3.3 Cigarette Dependence Scale (CDS)

Le *Cigarette Dependence Scale* (CDS) est un auto-questionnaire progressif (annexe 8) et plus complet que le test de Fagerström. Il comporte 12 questions selon 3 grandes étapes : évaluation, usage à risque, usage nocif. L'avantage est qu'il permet une prise de conscience et un engagement vers l'arrêt par le simple fait de le remplir. Le patient doit répondre à toutes les questions puis faire le total des points. Le résultat du test met en évidence une dépendance modérée, intermédiaire ou forte. Ce questionnaire peut être proposé par le chirurgien-dentiste au patient ou être mis à la libre disposition des patients en salle d'attente par exemple.

II.3.2.3.4 Test de Horn

Le test de Horn permet d'établir le profil **psychologique** de la dépendance au tabac. La dépendance psychologique représente le besoin de maintenir ou de retrouver des sensations agréables associées à l'action de fumer : le plaisir, la détente, le bien-être... Ce test identifie les raisons qui poussent à fumer et permet ainsi d'agir sur ces facteurs en priorité. Il s'agit d'entourer un score pour chaque question. A la fin du test, on additionne les scores pour chaque facteur indiqué (par exemple pour le facteur « relaxation », on additionne les scores des items c + j + o). Un total de plus de 10 points sur une ligne indique qu'il s'agit d'une raison qui incite à fumer (annexe 9)(23).

II.3.2.3.5 Le CO testeur

L'appareil CO testeur permet de mesurer le monoxyde de carbone expiré (COE) de manière simple, rapide et non invasive pour identifier le statut tabagique des fumeurs (figure 8)(55).



Figure 8 : Appareil CO-testeur
(source : www.pharmacie-vivre-sans-tabac.ch)

Cette mesure indique l'intensité de l'inhalation de la fumée de tabac. Le taux de COE est proportionnel à la quantité et à la façon de fumer. Le CO est un marqueur biologique non spécifique du tabagisme dont la demi-vie est courte (2 à 6 h). Il a une origine endogène, par le catabolisme de l'hémoglobine, mais surtout exogène par la combustion incomplète de molécules organiques (bois, charbon, gaz naturel, gaz d'échappement, pétrole, butane, propane, essence,

tabagisme actif et passif...). Le CO est présent dans les 3 types de fumée de tabac (principal, secondaire et tertiaire).

Pour que la mesure du COE soit optimale, il est recommandé d'attendre **au moins 30 minutes** entre la mesure et la dernière cigarette fumée. Le fumeur doit d'abord prendre une inspiration profonde, puis bloquer sa respiration pendant 15 secondes, et enfin expirer en continu par la bouche, lentement pendant 10 à 30 secondes, dans l'embout à usage unique du CO testeur.

La valeur seuil du CO est le plus souvent exprimée en ppm (particules de CO par millions de particules d'air) de COE : elle varie de 3 à 10 ppm chez un non-fumeur. Certains appareils peuvent indiquer la concentration sérique de la carboxyhémoglobine (HbCO) en pourcentage. En tabacologie, une valeur supérieure à 8 ppm ou 2% d'HbCO, chez un patient sans asthme ni BPCO, est probablement un signe que le patient est un fumeur régulier. Chez un fumeur moyen, 10 ppm correspondent à la consommation quotidienne de 10 cigarettes. En moyenne, une cigarette industrielle équivaut à 1 ppm, mais souvent les femmes enceintes présentent un phénomène compensatoire : l'intoxication au CO reste élevée du fait d'un tirage plus important sur une consommation moindre (56).

Le taux de COE peut être faussement augmenté en cas de consommation d'alcool ou de bonbons riches en polyols, d'exposition aux vapeurs de CO d'une chaudière à gaz défectueuse, de pollution atmosphérique importante ou de tabagisme passif (45).

Une échelle d'interprétation du taux de CO est disponible en annexe 10 et permet de déterminer le risque d'intoxication au monoxyde de carbone en fonction de la consommation tabagique.

Cet outil a plusieurs intérêts (55) :

- Ludique, il aide à la motivation,
- Plus fiable que le test de Fagerström,
- Résultat immédiat,
- Facile à utiliser,
- Il remplace le test sanguin pour connaître le taux de CO.

Il permet de sensibiliser les fumeurs sur le degré d'intoxication au CO, d'établir le lien entre le taux de CO et le nombre de cigarettes consommées, d'avoir une idée du tirage, mais c'est aussi un important outil motivationnel (55). Chez la femme enceinte, notamment, l'indication du taux de CO lui permet de prendre conscience de son intoxication tabagique, mais aussi de celle de son fœtus qui a un taux de carboxyhémoglobine 10 à 15% plus élevé que celui du sang maternel. La demi-vie de la carboxyhémoglobine fœtale est de 8h, elle s'élimine donc plus lentement chez le fœtus que chez la mère. Le fœtus est aussi plus vulnérable à l'hypoxie induite par le monoxyde de carbone et cela peut avoir des répercussions sur son développement (56). Il existe des appareils CO testeurs indiquant simultanément le taux de CO expiré en ppm, %HbCO maternel et %HbCO fœtal.

II.3.2.4 Rechercher les facteurs de risque liés au tabac

Il est important de repérer les situations à risque pour lesquelles le sevrage tabagique est une nécessité absolue. Ces facteurs de risque associés au tabagisme peuvent en effet entraîner des complications telles que (24,46,48,57) :

- **Des pathologies pulmonaires** : broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème, insuffisance respiratoire chronique...
- **Des pathologies cardio-vasculaires** : hypertension artérielle (HTA), accident vasculaire cérébral (AVC), insuffisance coronarienne, artériopathie oblitérante des membres inférieurs...
- **Des pathologies néoplasiques** : cancers des VADS, de la vessie, broncho-pulmonaire...
- **Des troubles psychiatriques** : schizophrénie, troubles bipolaires, dépression, anxiété. Les **troubles anxieux et dépressifs** peuvent être dépistés par l'échelle HAD (*Hospital Anxiety and Depressions Scale*) (58) (annexe 11). Les fumeurs ayant des antécédents dépressifs sont plus exposés à la décompensation d'un trouble de l'humeur à l'arrêt du tabac. Chez les fumeurs présentant un trouble anxieux, le syndrome du sevrage tabagique est plus intense. Le niveau d'anxiété augmente pendant les 2 premières semaines du sevrage puis il diminue après 1 mois. Un syndrome anxio-dépressif important peut être une contre-indication au sevrage tabagique. C'est un risque de comorbidité médicale psychiatrique et devra être traité avant d'instaurer le sevrage tabagique (23,57) ;

- **Des co-addictions et consommations d'autres substances psychoactives** : la recherche d'une consommation d'autres produits psychoactifs doit être systématique :
 - Alcool : la consommation d'alcool est un facteur de risque de rechute du tabagisme. La prise d'alcool est un stimulus déclencheur de l'envie de fumer ;
 - Cannabis : il empêche l'arrêt du tabac ;
 - Autres substances (consommation d'opiacés (héroïne, codéine, méthadone, morphine...), barbituriques, benzodiazépines, amphétamines, cocaïne, acide lysergique (LSD), médicaments...) et addictions comportementales : nécessitent une prise en charge spécialisée.
- **La prise d'une contraception orale combinée** : le risque cardiovasculaire est augmenté avec le tabac ;
- **La grossesse ou l'allaitement** : le tabac augmente les risques de fausses couches, de retards de croissance intra-utérin, de grossesses extra-utérines et d'accouchements prématurés ;
- **Le diabète de type 2** doit toujours être recherché chez le patient fumeur, d'autant plus s'il possède des antécédents familiaux de diabète, un surpoids ou une obésité abdominale. Une étude a montré que l'arrêt du tabac chez les personnes diabétiques est l'un des traitements les plus efficaces pour réduire les risques de maladies coronariennes (59).

Selon les facteurs de risque associés, le patient doit être informé des risques potentiels liés au tabagisme ainsi que de l'intérêt d'entreprendre l'arrêt du tabac, indispensable en cas d'association de plusieurs facteurs.

II.3.3 Initier et soutenir le changement du patient

II.3.3.1 Les étapes du changement

L'arrêt du tabac est un cheminement qui passe par différentes étapes décrites dans le modèle transthéorique de DiClemente et Prochaska (figure 9). Dans ce cycle, le fumeur parcourt 6 phases avant d'arrêter de fumer (57,60,61) :

- **La pré-intention** : Le premier stade est celui du « fumeur heureux » et satisfait. Il ne voit pas le tabagisme comme un problème et n'a aucune envie d'arrêter dans l'immédiat. Le déni est plus ou moins fort ;

- **L'intention** : Après une phase de maturation, le fumeur entre dans la spirale du changement. Il pense à arrêter de fumer mais il est indécis et ambivalent : « *Je voudrais bien arrêter de fumer mais...* ». Il est conscient du problème lié au tabac et envisage d'arrêter dans les 6 mois à venir ;
- **La préparation** : Le fumeur prend la décision d'arrêter et se prépare au changement. Il planifie l'arrêt du tabac. Il organise une stratégie d'arrêt, fixe une date d'arrêt, recherche des informations et demande des conseils ;
- **L'action** : Il est activement engagé dans le changement et arrête de fumer. Il modifie ses comportements et ses habitudes dans le but d'arrêter sa consommation de tabac ;
- **Le maintien** : Il a fait des changements et tente de maintenir le sevrage. Cependant, une reprise du tabac peut arriver à tout moment et le patient doit rester vigilant. Les rechutes sont fréquentes mais font partie des étapes vers le succès final. En cas de rechute, le fumeur recommencera les étapes du cercle pour atteindre l'objectif d'un arrêt définitif. Il faut savoir qu'une fois entré dans la spirale du changement, le fumeur ne reviendra jamais à la première phase de « fumeur heureux » ;
- **La résolution / liberté** : Il s'est résolu dans un sevrage définitif, il n'est plus attiré par la cigarette et il est convaincu qu'il ne redeviendra pas fumeur.



Figure 9 : La spirale du changement selon le modèle transthéorique de DiClemente et Prochaska : les stades de préparation à l'arrêt du tabac (23,61)

II.3.3.2 Les conseils d'arrêt

La HAS recommande aux professionnels de santé de donner systématiquement au fumeur un conseil d'arrêt du tabac de manière précise, claire et non moralisatrice (24). Le conseil donné par un professionnel de santé augmente de plus de 50% les chances que le fumeur réussisse à arrêter le tabac sur le long terme (plus de 6 mois)¹⁵. Tout professionnel de santé peut délivrer ce conseil, même s'il n'assure pas la suite de la prise en charge.

¹⁵ Source : <https://pro.tabac-info-service.fr/Je-m-informe/S-informer>

Le conseil d'arrêt s'adresse à tous les fumeurs, prêts à arrêter ou non de fumer. En pratique, il s'agit de questionner régulièrement chaque patient vu en consultation sur sa consommation de tabac et son désir d'arrêter (62) :

- « *Êtes-vous fumeur ?* » ;
- Et si oui : « *Souhaitez-vous arrêter de fumer ?* » ou « *Avez-vous déjà envisagé l'arrêt ?* ».

Ces questions sont suivies d'une instruction verbale centrée sur le fumeur, pouvant être accompagnée de documentations et d'informations sur les dangers du tabagisme.

Voici quelques exemples de conseils d'arrêt (23) :

- « *Je pense qu'il est important pour vous d'arrêter de fumer maintenant et je peux vous y aider* » ;
- « *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* » ;
- « *Si vous arrêtez de fumer, vous allez fortement améliorer le bénéfice sur votre santé bucco-dentaire* » ;
- « *Je peux vous aider à arrêter de fumer. Ce sera sûrement plus facile que d'essayer tout seul* » ;
- « *Fumer même occasionnellement ou en faible quantité est encore dangereux* » ;
- « *Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer et c'est encore mieux si on arrête tôt* ».

Donner des exemples adaptés à la situation du patient et aux inconvénients qu'ils ressentent à fumer, l'aide à mieux visualiser les bénéfices de l'arrêt, par exemple « *L'arrêt du tabac vous permettra de...* » :

- « *...Monter les marches des escaliers sans être essoufflé* » ;
- « *...Vous sentir en meilleure forme pour pouvoir jouer au ballon avec vos enfants* » ;
- « *... Ne plus exposer vos enfants à la fumée de tabac* » ;
- « *...Retrouver la saveur des aliments et le plaisir gustatif* ».

II.3.3.3 Evaluer la motivation à l'arrêt

Il est important de bien déterminer le niveau de motivation à cesser de fumer du patient, afin de le conseiller sur la meilleure façon d'y parvenir. Cette évaluation peut se faire à l'aide d'échelles visuelles analogiques de la motivation (figure 10)(23,62).



Figure 10 : Echelles analogiques d'évaluation de la motivation
(source : www.has-sante.fr)

II.3.3.4 Renforcer la motivation

II.3.3.4.1 Adapter son attitude en fonction de la motivation du fumeur

Le niveau de motivation permet de déterminer le stade de changement dans lequel se situe le fumeur au moment de la discussion. En fonction de ce stade, le praticien devra adapter son approche (tableau 2). Pour accompagner étape par étape le fumeur dans son désir de changement, il faut tenir compte du stade où il se trouve afin de progresser étape par étape vers la réussite du sevrage. A chaque étape correspondent des actions et des attitudes adaptées (23).

Tableau 2 : Attitudes recommandées selon le degré de motivation du fumeur (23,47)

| Niveau de motivation | Stade de changement | Description | Attitude et actions du soignant recommandées |
|--|--|---|---|
| Fumeur satisfait (50 à 60% des fumeurs) | Pré-intention | Le patient n'a pas l'intention d'arrêter de fumer dans les 6 prochains mois. Le tabagisme n'est pas perçu comme un problème. | <ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie • Comprendre sans juger les représentations qu'a le patient de son tabagisme et les avantages qu'il en retire • Proposer une évaluation de son niveau de dépendance • S'informer sur les connaissances du patient des effets du tabac et des aides disponibles pour le sevrage • L'aider à entrevoir les avantages qu'il pourrait obtenir en arrêtant de fumer • Susciter le doute • Conseiller l'arrêt • Proposer une approche de réduction de la consommation • Donner de la documentation • Ne pas insister si vous sentez une résistance • « Le jour où vous vous sentirez prêt, je peux vous y aider, si vous en ressentez le besoin » |
| Fumeur ambivalent (30 à 40%) | Ambivalence de la réflexion = Intention | Le patient souhaite arrêter de fumer au cours des 6 prochains mois. Il commence à percevoir le tabagisme comme un problème. Il est ouvert à la discussion sur l'arrêt du tabac, même s'il est ambivalent. Il montre son intention d'arrêter. | <ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie • Aider le patient à identifier les avantages qu'il retire de son tabagisme • Aider le patient à identifier ses inquiétudes et ses freins à l'idée d'arrêter le tabac • Aider le patient à s'acheminer vers la décision du changement en l'amenant à exprimer les avantages qu'il pourrait tirer de l'arrêt du tabac • Evaluer le sentiment d'efficacité personnelle du patient • Aider le patient à améliorer son sentiment de confiance en lui avec un entretien motivationnel court • Parler des méfaits du tabac sur la santé buccodentaire et générale • Discuter des bénéfices à l'arrêt du tabac |
| Fumeur qui se prépare à l'arrêt (10 à 15%) | Préparation = Prise de décision | Le patient se prépare à arrêter de fumer au cours du prochain mois. Il montre clairement sa volonté d'arrêter de fumer, mais il s'inquiète souvent en anticipant les difficultés à venir. Il prend sa décision et élabore la méthode pour y parvenir. | <ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie • Discuter des meilleures stratégies pour cesser de fumer • Construire avec le patient un plan de changement en définissant des objectifs concrets • Proposer une aide médicamenteuse • Proposer au patient de fixer une date d'arrêt précise • Informer des ressources gratuites • Conduire un entretien motivationnel court • Proposer le recours aux méthodes comportementales • Recourir à l'éducation thérapeutique permettra au patient d'acquérir les compétences qui l'aideront à mener à bien sa démarche |

| | | | |
|---|---|---|--|
| Fumeur prêt à arrêter | Action | <p>Le patient a entrepris son sevrage et met en œuvre sa décision. Il doit faire face aux difficultés liées au sevrage : symptômes de manque, forte envie de fumer, éléments déclencheurs du tabagisme...</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie • Si le patient le souhaite, l'accompagner et l'aider à mettre en œuvre les conditions optimales pour la réussite de son projet (gestion de la dépendance comportementale et physique) • Encourager le patient en reconnaissant et en valorisant ses efforts réalisés • Anticiper les difficultés (rechute, faux pas) et discuter des moyens pour les surmonter • Lui demander s'il lui arrive de fumer à l'occasion • Discuter de nouvelles stratégies pour résister aux envies de fumer, si besoin • Lui recommander d'être vigilant |
| Non-fumeur | Le patient a retrouvé sa liberté face à l'addiction = Maintien | <p>Le patient poursuit ses efforts pour maintenir son statut de non-fumeur et éviter une rechute. Il est heureux d'avoir réussi le sevrage.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie • Organiser un suivi régulier • Conforter le patient en rappelant et en valorisant ses efforts réalisés • Encourager le patient à persister dans ses efforts, à renforcer son engagement et l'aider à ne pas rechuter • Comprendre les nouvelles difficultés et élaborer avec le patient des solutions aux problèmes qu'il peut rencontrer |
| Patient ayant recommencé à fumer | Rechute | <p>Le patient se sent coupable et découragé d'avoir recommencé à fumer.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve d'écoute bienveillante et d'empathie • Dédramatiser la situation sans la banaliser pour autant • Chercher à comprendre les raisons de la rechute • Aider le patient à tirer les enseignements de la rechute en identifiant les situations et les comportements à risques et les pensées permissives associées • Aider le patient à réengager le processus, en sachant que plusieurs cycles sont parfois nécessaires avant de parvenir à un sevrage définitif |

II.3.3.4.2 L'entretien motivationnel (EM)

II.3.3.4.2.1 Définition

L'entretien motivationnel (EM) est une méthode de communication et de préparation au changement de comportement. Elle favorise le développement de la motivation intrinsèque du patient par un travail d'exploration et de résolution de ses ambivalences. L'ambivalence, hésitation ou oscillation dans le choix entre plusieurs options, est considérée comme un frein puissant à la décision de changer (63). L'EM est une approche centrée sur le patient pour encourager la décision de changer. Les principaux moteurs de l'EM sont l'empathie, le soutien à l'efficacité personnelle, le développement des divergences et la diminution des résistances au changement. C'est plus une façon d'être du soignant, une attitude, pour adopter une évolution du style relationnel avec le patient. Son utilisation ouvre des perspectives intéressantes dans l'éducation thérapeutique et la prise en charge des addictions (64).

II.3.3.4.2.2 Les stratégies relationnelles

Le style relationnel du soignant est un facteur déterminant pour guider les patients vers les changements qu'ils souhaitent. La manière d'agir et d'interagir avec le patient peut influencer son comportement, soit en renforcement positif, soit en renforcement négatif.

L'approche motivationnelle s'oppose à l'approche directive. Elle se réalise en collaboration positive avec le patient, respectant son autonomie et en le laissant évoquer les changements qu'il se sent capable de réaliser. Contrairement à l'approche directive, cette approche ne cherche pas à éduquer, ni à faire preuve d'autorité, ni à se confronter au patient. Plutôt que de dire au patient comment et pourquoi il devrait changer son comportement, le soignant va l'aider à explorer ses propres raisons pour lesquelles il n'est pas certain de cesser de fumer et à trouver des moyens de le rendre capable d'arrêter de fumer (65).

Les psychologues William R. Miller et Stephen Rollnick ont observé que l'attitude du soignant pouvait fortement influencer sur les oscillations du patient (66). Si le soignant prend parti pour le changement en lui disant quel est le bon choix (« *Je comprends mais ce serait vraiment bien si vous décidez d'arrêter de fumer* »), le patient va se défendre et contre-argumenter (« Vous avez raison mais je ne me sens pas prêt pour le moment »). A contrario, lorsque le soignant reflète ce qu'il comprend en reformulant les propos du patient (« *Même si vous*

vous dites que ce serait difficile à cause de ..., vous vous demandez si ce ne serait pas le bon moment pour arrêter de fumer »), le patient coopère plus facilement et répond en faveur du changement (63,66,67).

L'EM respecte l'autonomie et la liberté du patient en le centrant sur sa responsabilité. Elle vise à trouver en toute circonstance des raisons optimistes et à renforcer la confiance dans la capacité à changer du patient (63). La responsabilité du changement appartient toujours au patient. Le praticien doit écouter, comprendre et guider son patient. Il convient de demander l'autorisation au patient avant de donner une information afin de savoir si cela pourrait l'intéresser et il en sera d'autant plus réceptif, par exemple : « Souhaitez-vous en savoir plus sur les différentes aides possibles ? ». L'empathie est un point très important dans la prise en charge thérapeutique d'accompagnement, elle est au centre de l'entretien compréhensif. Il faut être à l'écoute des patients, les interroger, les amener à réfléchir sur leurs comportements de santé, leur attitude par rapport au tabac, à se poser les bonnes questions et à chercher les réponses par eux-mêmes. Le thérapeute renforce les ressources personnelles du patient en faveur du changement (64).

II.3.3.4.2.3 Les outils de l'EM

Les outils de l'EM se résument sous l'acronyme « OUVVER » : il s'agit de poser des questions OUvertes, de Valoriser la démarche du patient, d'avoir une Ecoute réflexive et de Résumer à la fin de l'entretien les échanges avec le patient (63). L'objectif est d'encourager le changement par un discours empathique qui favorise la confiance au patient. En cas de signe de résistance, il convient de changer d'attitude pour ne pas brusquer le patient (67).

- **Poser des questions ouvertes** : Ce sont des questions qui demandent une réponse en plusieurs mots ou phrases. Elles permettent au patient d'exprimer son problème et d'explorer sa situation, mais aussi de renforcer le sentiment que le soignant cherche à le comprendre. Voici quelques exemples :
 - « *Que pensez-vous de votre consommation de tabac ?* »,
 - « *Quels avantages auriez-vous à arrêter de fumer ?* »,
 - « *Qu'aimeriez-vous faire pour arrêter de fumer ?* ».

- **Valoriser** : Encourager le patient sur ses résultats et son engagement renforce son sentiment qu'il est capable de réussir le changement souhaité. Les encouragements entretiennent l'espoir et sont nécessaires pour remotiver le patient.

- **Pratiquer l'écoute réflexive** : Elle engage le patient dans un dialogue avec lui-même guidé par le soignant qui s'inspire des propos évoqués par le patient. Il choisit les points les plus susceptibles d'encourager le changement, d'explorer son ambivalence, de développer ses divergences et d'élaborer la résolution de ses difficultés en reflétant les sentiments et les propos du patient. Le principe est de laisser le patient s'exprimer et réfléchir : plus il parle, plus la probabilité qu'il soit acteur de son changement augmente. Elle donne au patient le sentiment d'être compris par le soignant. Par exemple, face à un patient fumeur qui ne peut pas se passer de cigarette le soir en rentrant de son travail, l'associant à un moment détente, le soignant peut dire : « *Ce que vous dites, c'est qu'il n'y a que la cigarette qui puisse vous détendre en rentrant du travail ?* ». Cela amène le patient à ensuite nuancer son propos.

- **Résumer** : Le résumé permet de faire le point pour intégrer ce qui a été dit à la fin d'un entretien. Il assure les transitions, reprend les informations pertinentes, et donne une logique à ce qui a été échangé, aux propos du patient (63).

II.3.3.4.3 Faire basculer la balance décisionnelle

Le principe de la balance décisionnelle a été décrit par Janis et Mann en 1977 (68,69). Ils ont été les premiers à conseiller de faire un bilan du pour et du contre sous la forme d'une balance avant de se lancer dans un changement d'habitudes. Cet outil est utile tout au long du processus, mais aussi pour rappeler les raisons de la motivation. Le patient continue de fumer parce qu'il y trouve des bénéfices (plaisir, détente, intégration sociale, bien-être) mais aussi pour éviter les effets désagréables de l'arrêt (peur de l'exclusion sociale, peur du manque, prise de poids...). On peut lui demander : « Quels seraient pour vous les principaux bénéfices à modifier votre consommation de tabac ? ». Chaque fumeur a ses propres motivations pour arrêter de fumer et celles-ci sont les plus

importantes pour lui (43). Le but est de confronter le fumeur à ses ambivalences, de l'aider à mieux percevoir le pour et le contre de la poursuite de son tabagisme et de faire pencher la balance vers le changement de comportement (figure 11). L'ambivalence et l'incertitude sont des éléments importants de prise de décision. La motivation à changer sera plus forte si le fumeur perçoit dans le changement un bénéfice plus important pour lui (70). Afin de faire basculer la balance décisionnelle, il convient d'expliquer au patient les inconvénients à fumer, mais également de mettre en avant les nombreux bénéfices de l'arrêt du tabac, en donnant des exemples concrets adaptés au patient. L'essentiel est d'engager la démarche, qui peut être plus ou moins progressive, et d'accompagner le fumeur tout au long de son parcours. Une étude américaine a révélé que les fumeurs sont plus réceptifs aux informations qui mettent l'accent sur les avantages de cesser de fumer (71).

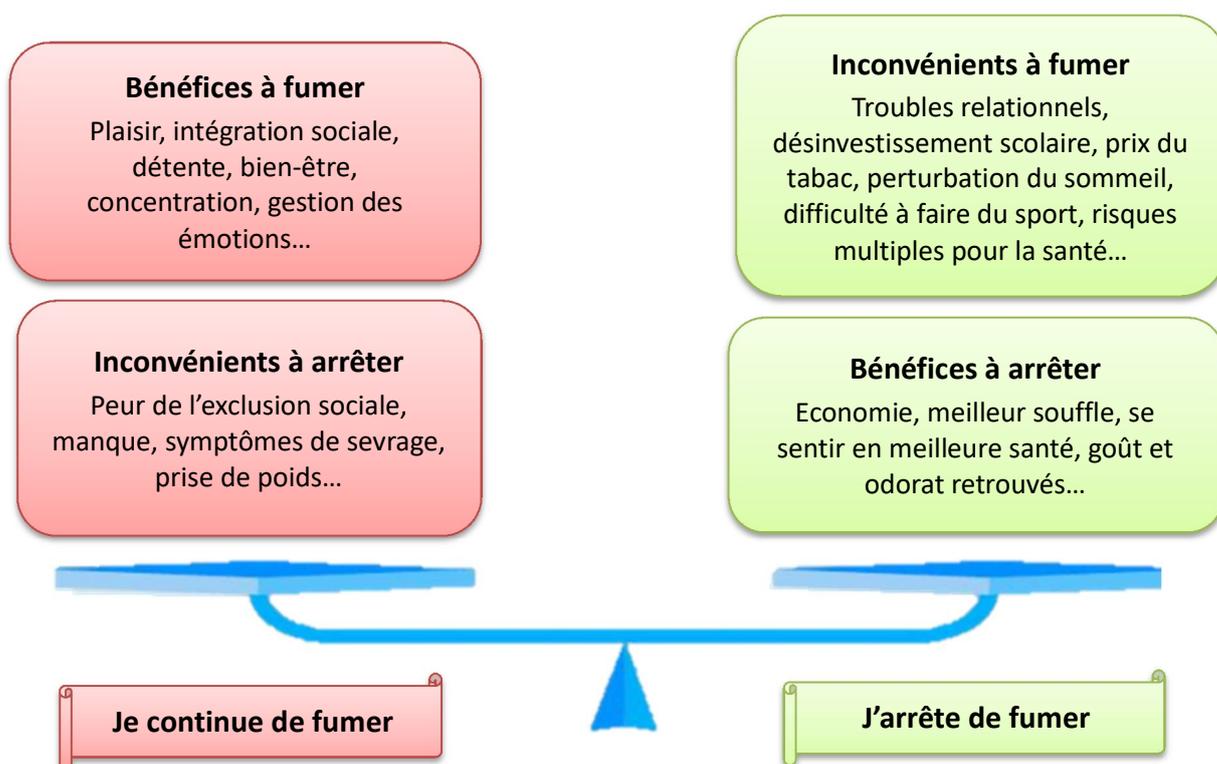


Figure 11 : La balance décisionnelle du fumeur (69)

II.3.3.4.3.1 Les bénéfices du sevrage sur la santé générale

Les bénéfices de l'arrêt du tabac sont d'autant plus déterminants que le sevrage tabagique est précoce. Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer mais le mieux est le plus tôt. Le sevrage est bénéfique en terme de qualité de vie

mais aussi d'espérance de vie (11). Une étude britannique a montré qu'arrêter de fumer avant 30 ans évite plus de 97% des risques liés au tabac alors qu'arrêter avant 40 ans en évite 90%. Bien que les risques d'arrêter de fumer soient plus importants au-delà de 40 ans, les risques de continuer sont 10 fois plus élevés. Même après 60 ou 70 ans, arrêter de fumer diminue les risques de pathologies liées au tabac, en particulier celui des accidents cardio-vasculaires (72,73). Les bénéfices arrivent plus ou moins rapidement après l'arrêt du tabac (figure 12).

| | Délai depuis la dernière cigarette | Bénéfices |
|-------------|------------------------------------|--|
| Court-terme | 20 minutes | ✓ La tension artérielle et la fréquence cardiaque diminuent et se normalisent |
| | 8 heures | ✓ Le taux de monoxyde de carbone dans le sang est divisé par 2 ✓ L'oxygénation des cellules redevient normale ✓ Diminution du risque de spasme coronarien |
| | 24 heures | ✓ Elimination de la nicotine dans l'organisme ✓ Les poumons commencent à évacuer le mucus et les résidus de la fumée : le fumeur va se mettre à tousser ✓ Normalisation du taux de monoxyde de carbone expiré |
| | 48 heures | ✓ Les terminaisons nerveuses gustatives commencent à repousser. Le goût et l'odorat s'améliorent ✓ Diminution du risque de crise cardiaque ✓ Amélioration de la qualité du sommeil ✓ Normalisation de la croissance fœtale |
| | 72 heures | ✓ Les bronches commencent à se relâcher ✓ Respirer devient plus facile, on se sent moins essoufflé à l'effort et plus énergique ✓ Diminution du risque de prématurité et de bébé de faible poids à la naissance |
| Moyen-terme | 2 semaines à 3 mois | ✓ La coagulation se normalise au bout de 15 jours, diminuant le risque de thrombose et d'infarctus ✓ La circulation sanguine s'améliore ✓ Diminution de la toux et de la fatigue ✓ Amélioration du souffle ✓ La fonction pulmonaire augmente de 30% ✓ Les terminaisons nerveuses gustatives ont totalement repoussé |
| | 1 à 9 mois | ✓ Les cils bronchiques repoussent ✓ L'essoufflement, la toux et l'expectoration diminuent ✓ Amélioration de la fonction pulmonaire (VEMS, CV) |
| | 1 an | ✓ Le risque de maladie coronarienne diminue de 50% ✓ Le risque d'AVC équivaut à celui d'un non-fumeur |
| Long-terme | 5 ans | ✓ Le risque de cancer du poumon diminue de 50% ✓ Le risque de cancer des VADS et de la vessie est réduit de 50% ✓ Le risque de cancer du col de l'utérus équivaut à celui d'une femme non-fumeuse |
| | 10 ans | ✓ Le risque de crise cardiaque équivaut à celui d'une personne n'ayant jamais fumé ✓ Le risque du cancer du larynx et du pancréas diminue |
| | 15 ans | ✓ Le taux de mortalité lié au cancer du poumon est nettement diminué ✓ Le risque de maladie coronarienne redevient celui d'un non-fumeur ✓ L'espérance de vie redevient identique à celle des non-fumeurs |



Figure 12 : Diminution des risques à l'arrêt du tabac au fil du temps (43,74,75)

II.3.3.4.3.2 Les bénéfices du sevrage au niveau bucco-dentaire

Des bénéfices à l'arrêt du tabac se font ressentir sur la santé buccale (22) :

- Après 2 jours, le patient retrouve le goût, l'odorat et une meilleure haleine ;
- Après 3 mois, l'état de la muqueuse buccale s'améliore ;
- Après 1 an, la santé des gencives redevient normale ;
- Au-delà de 5 à 10 ans, le risque de cancer de la cavité buccale devient comparable à celui d'un non-fumeur.

Le tabac entraîne des conséquences néfastes sur la santé bucco-dentaire et peut compromettre les succès thérapeutiques. Il convient au chirurgien-dentiste d'informer le patient des complications liées au tabac, des bénéfices apportés par le sevrage sur les thérapeutiques dentaires et des recommandations à adopter :

- **En cas de soin prophylactique ou esthétique** : Le traitement pour éliminer les colorations liées au tabac consiste à effectuer un détartrage et un polissage doux (avec de la pâte à polir abrasive ou un aéropolisseur). Un éclaircissement peut être envisagé pour atténuer la teinte jaunâtre des dents, préférentiellement une fois la consommation de tabac stoppée. En effet, dans le cas contraire, le sujet tabagique verra ses colorations réapparaître rapidement (76) ;
- **En cas de traitement parodontal** : L'arrêt du tabac réduit le risque d'apparition et de progression de la maladie parodontale. Il améliore l'état parodontal et le succès thérapeutique. Parallèlement au contrôle optimal de la plaque dentaire, le sevrage tabagique définitif est reconnu comme étant la mesure préventive et thérapeutique la plus importante lors de maladies parodontales (77) ;
- **En cas d'avulsion dentaire ou de chirurgie implantaire** : Pour tout type de chirurgie, il est recommandé de ne pas fumer pendant **6 à 8 semaines** avant l'intervention (23,41). Ce délai permet de réduire les complications post-opératoires liées au tabac d'environ 50% par rapport au fumeur actif, d'après une méta-analyse (78). L'arrêt du tabac plus de 4 semaines avant l'intervention réduit de 25% les complications, tandis qu'un arrêt de moins de 2 semaines n'apporte pas de différence significative comparativement au fumeur actif. Le bénéfice observé augmente proportionnellement avec la durée du sevrage. Afin de favoriser les suites opératoires, ce sevrage

doit se poursuivre pendant **2 à 4 semaines** pour la cicatrisation muqueuse et **2 à 4 mois** pour la cicatrisation osseuse (46,78–81). Une étude a montré que les patients qui arrêtent de fumer 1 semaine avant la pose de l'implant et 8 semaines après ont des taux de réussite identiques aux non-fumeurs (82).

Les conséquences du tabac sur la santé bucco-dentaire peuvent être d'ordre esthétique (colorations, récessions...), fonctionnel (douleur à la mastication, irritation des gencives...) ou social (peur de montrer son sourire, mauvaise haleine...). Ce sont des motifs de motivation importants pour le patient (40). Selon une étude, les patients ayant des colorations dentaires seraient plus susceptibles d'avoir une attitude positive envers le sevrage tabagique (83). Les problèmes bucco-dentaires peuvent être une opportunité pour conseiller l'arrêt du tabac.

II.3.3.4.3 Les bénéfices additionnels

Outre les bénéfices apportés sur la santé, l'arrêt du tabac entraîne bien d'autres avantages (84) :

- Après 24h, le monoxyde de carbone s'élimine dans le corps. A l'arrêt du tabac, la peau est mieux irriguée, moins polluée. L'aspect de la peau s'améliore, le teint s'éclaircit et les rides sont moins marquées. L'individu retrouve une haleine plus agréable et une voix plus claire ;
- Souvent le fumeur a le bout des doigts jaunis, mais à l'arrêt du tabac le renouvellement cellulaire permet à la peau de reprendre sa couleur naturelle ;
- L'arrêt du tabac permet de préserver son entourage familial du tabagisme passif, les proches sont plus sereins ;
- Les odeurs du tabac disparaissent de la maison, des meubles, des vêtements, des murs...
- Des économies sont réalisées, l'impact financier peut être une motivation pour arrêter ;
- L'estime de soi est renforcée par la fierté d'avoir réussi à arrêter de fumer. Le patient estime qu'il a été plus fort que la cigarette. Cela représente pour lui un sentiment valorisant, une preuve de confiance en soi et de volonté.

Il est important de signaler qu'il ne suffit pas d'énumérer pleins d'effets bénéfiques à l'arrêt du tabac pour motiver le fumeur au sevrage. Néanmoins, la connaissance de ces effets peut enrichir la motivation. Il s'agit de donner l'information au moment opportun, ouvrir une porte, en respectant le stade de changement de comportement du fumeur, afin qu'il trouve un levier de motivation qui lui soit essentiel¹⁶.

II.3.3.5 Informer des effets secondaires de l'arrêt du tabac

Il convient au chirurgien-dentiste d'informer le patient des effets secondaires pouvant survenir suite à l'arrêt du tabac, afin de mieux prévenir les risques de rechute.

II.3.3.5.1 Le syndrome du sevrage tabagique

Pendant le sevrage tabagique, des sensations désagréables peuvent apparaître et durer 2 à 4 semaines. Elles sont liées au manque de nicotine ou à un sous-dosage en substitut nicotinique (23) :

- Irritabilité, frustration, colère, nervosité,
- Anxiété,
- Difficultés de concentration,
- Fébrilité,
- Diminution de la fréquence cardiaque,
- Humeur dysphorique ou dépressive,
- Augmentation de l'appétit.

II.3.3.5.2 La prise de poids

L'arrêt du tabac peut entraîner une prise de poids modérée, pouvant freiner certaines personnes, notamment les femmes dans leur sevrage. La prise de poids est en moyenne entre 2 et 4 kg, mais elle peut être plus importante : environ 10% des sujets prennent plus de 10 kg (41).

Plusieurs mécanismes peuvent expliquer cette prise de poids à l'arrêt du tabac (62) :

- Perte de l'effet anorexigène et lipolytique de la cigarette : fumer 20 cigarettes permet de brûler environ 200 kcalories et de diminuer la sensation de faim,

¹⁶ Source disponible à l'adresse suivante : <https://hautsdefrance-addictions.org/>

- Amélioration du goût et de l'odorat qui augmente l'attrance vers les aliments sucrés.

Pour éviter la prise de poids à l'arrêt du tabac, il est conseillé au patient d'adopter une alimentation plus équilibrée, comme réapprécier le goût des fruits et des légumes, et d'entreprendre une activité physique. Un suivi diététique et psychologique peut être envisagé si le patient le souhaite (57).

II.3.3.5.3 La consommation de café

La consommation associée de café et de tabac est souvent retrouvée chez les fumeurs (41). La fumée de tabac accélère le catabolisme de la caféine. A l'arrêt du tabac, si la consommation de café reste inchangée, la caféinémie est doublée et pourrait accentuer les symptômes de sevrage, notamment la nervosité et les insomnies. D'après l'AFSSAPS, il est conseillé aux fumeurs en cours de sevrage de réduire leur consommation de café (41).

II.3.3.5.4 La toux et les expectorations

L'ex-fumeur se met à tousser et cracher les premiers mois suivant l'arrêt du tabac. C'est un phénomène tout à fait normal. Ceci est lié à la réactivation des cils qui recouvrent les bronches. Ces cils étaient bloqués par certains composants de la fumée du tabac. Ils retrouvent une fonction normale à l'arrêt du tabac. Ils déplacent le mucus hors des poumons ce qui permet de nettoyer les poumons et réduire le risque d'infection. Ce mucus s'évacue ensuite par la toux. Les cils font remonter certaines impuretés, comme les goudrons qui, par leur passage, peuvent provoquer une irritation. Au bout de 1 à 9 mois, la toux et l'expectoration diminuent progressivement (84). Certains patients peuvent se sentir « plus malades » que lorsqu'ils fumaient, mais il faut les rassurer et signaler que ces inconvénients sont transitoires.

II.3.4 Accompagner le patient dans son sevrage tabagique

II.3.4.1 Les traitements conventionnels

A ce jour, trois principaux moyens ont fait leur preuve pour accompagner les patients dans leur sevrage tabagique :

- Les **traitements de substitution nicotinique (TSN)** qui agissent sur la dépendance physique liée à la nicotine ;

- Les **médicaments du sevrage tabagique** comme la **varénicline** (Champix®), un agoniste partiel des récepteurs nicotiniques, et le **bupropion** (Zyban®), un psychotrope antidépresseur ;
- Les **thérapies comportementales et cognitives (TCC)** qui interviennent sur la dépendance psycho-comportementale, c'est-à-dire sur les habitudes, les automatismes et l'environnement du fumeur.

Ces méthodes sont complémentaires. Il est capital que toutes les dimensions de la dépendance soient prises en compte pour assurer le succès du sevrage tabagique.

II.3.4.1.1 Les traitements de substitution nicotinique (TSN)

Les TSN sont prescrits pour soulager les symptômes de sevrage, réduire les envies de fumer et prévenir les rechutes en remplaçant la nicotine présente dans les cigarettes (46). Ce sont les traitements médicamenteux recommandés en première intention. Ils sont disponibles sous différentes formes :

- Les **dispositifs transdermiques** appelés patchs nicotiniques ou timbres ;
- Les **formes orales** :
 - Gomme à mâcher,
 - Comprimé à sucer et pastille,
 - Comprimé sublingual,
 - Spray buccal,
 - Inhalateur.

Ils sont disponibles en vente libre dans les pharmacies. Certains substituts sont remboursables à 65% par l'AM sur prescription d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste, d'une sage-femme, d'un infirmier ou d'un masseur-kinésithérapeute. La liste des TSN remboursés est consultable sur le site de l'Assurance Maladie¹⁷. Cette liste est souvent modifiée, les prescripteurs doivent donc s'y référer régulièrement. La complémentaire santé peut également rembourser le reste à charge.

¹⁷ La liste des TSN remboursés par l'AM est disponible à l'adresse suivante : www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/delivrance-substituts-nicotiniques/substituts-nicotiniques

II.3.4.1.1.1 Pourquoi prescrire de la nicotine pour combattre la dépendance à la nicotine ?

La nicotine, lorsqu'elle est fumée dans une cigarette, est considérée comme l'une des substances les plus addictives. Il peut donc sembler paradoxal de prescrire de la nicotine pour arrêter de fumer. Il faut néanmoins distinguer la « mauvaise nicotine », contenue dans la cigarette, de la « bonne nicotine », administrée par les substituts nicotiques. Pour cela, il est nécessaire de rappeler la cinétique de la nicotine délivrée par la cigarette et de la comparer à celle des substituts nicotiques (figure 13) (85,86):

- La nicotine inhalée par la fumée entre rapidement dans les poumons et les vaisseaux. Elle atteint le cerveau en moins de 7 secondes et provoque des pics nicotiques, appelés « shoots », qui vont exciter les récepteurs nicotiques et déclencher la libération de dopamine responsable de la sensation de plaisir. Cela soulage immédiatement des sensations désagréables liées au manque. Un fumeur prend environ une dizaine de shoots par cigarette. Lorsque le fumeur est en manque de nicotine, il ressent de nouveau le besoin de fumer. C'est la multiplication de ces shoots tout au long de la journée qui crée et entretient le phénomène de la dépendance physique (85).
- A l'inverse, la nicotine est délivrée lentement par les substituts nicotiques et n'est donc pas accompagnée d'un effet de shoot. Pour un patch, elle traverse la peau et se diffuse lentement de façon continue par la voie veineuse. Pour les substituts oraux, la nicotine diffuse à travers les muqueuses buccales et atteint plus rapidement le cerveau que les patches, mais moins rapidement que la cigarette. Le principe est d'adapter la dose des substituts nicotiques au seuil du besoin en nicotine du patient, afin que tous les récepteurs nicotiques soient saturés en nicotine sans être stimulés. Il n'y aura pas de pic de nicotine, donc pas de surexcitation de ces récepteurs, ni de phénomène de dépendance lié aux substituts nicotiques. Les besoins en nicotine vont diminuer progressivement et on pourra réduire le dosage des TSN jusqu'à ce que le patient n'en ait plus besoin (86).

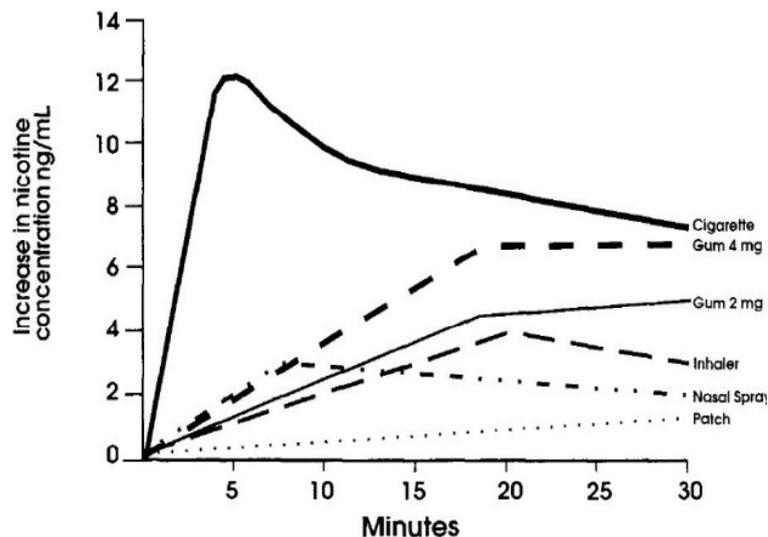


Figure 13 : Comparaison des cinétiques de la nicotine délivrée par la cigarette et par les traitements de substitution nicotinique (87)

Les substituts nicotiques permettent seulement d'absorber la nicotine tandis que la fumée de tabac contient plus de 4000 substances toxiques, dont l'ammoniaque qui potentialise l'absorption de la nicotine.

De plus, l'envie irrésistible de fumer est une pulsion induite par la dépendance physique : le besoin physique de nicotine. Les substituts nicotiques répondent rapidement à ces envies de fumer et calment les symptômes du sevrage. Ainsi, ils permettent de se concentrer sur les autres aspects importants de l'arrêt : les aspects sociaux, comportementaux et psychologiques de la consommation de tabac (43).

II.3.4.1.1.2 Efficacité des TSN

Toutes les formes de TSN sont efficaces dans le cadre d'une stratégie visant à promouvoir le sevrage tabagique. Ils diminuent les symptômes de la dépendance physique et doublent les chances de réussite du sevrage (passant de 10 à 20%) au bout de 6 mois d'utilisation par rapport à un placebo (42). La stratégie du TSN permet à un fumeur de rompre avec le tabac sans éprouver les effets désagréables du manque de nicotine : c'est un traitement de confort (88,89). Une méta-analyse Cochrane de 2018, incluant 64 000 participants issus de 131 études, a démontré l'efficacité des TSN : ils augmentent les chances d'arrêter de fumer de 50 à 60% à 6 mois chez les fumeurs d'un paquet par jour en moyenne par rapport à l'absence de traitement (90).

Selon une autre revue Cochrane de 2019 (91), les formes orales de TSN sont aussi efficaces que les patchs à la nicotine. L'utilisation simultanée de plusieurs formes de TSN (un patch avec une forme orale) permet d'augmenter le taux de

sevrage sur le long terme de 15 à 36% par rapport à une forme unique de TSN. De plus, il serait plus efficace de commencer un TSN un jour avant la date d'arrêt du tabac pour aider au sevrage que de réduire sa consommation sans ces substituts nicotiques (91,92). La manière dont est administré et dosé le TSN peut avoir un impact sur le succès du traitement à long terme. Les TSN les plus dosés en nicotine donneraient de meilleurs résultats. En effet, l'utilisation de gomme à 4 mg de nicotine augmente les taux de sevrage de 12 à 83% comparativement aux gommes à 2 mg de nicotine. De même, les patch à 21 mg entraînent des taux de sevrage plus élevés que les patch à 14 mg (91). Cependant, ces études ont été menées chez des fumeurs consommant 15 cigarettes ou plus par jour. La dose des TSN doit être adaptée au besoin en nicotine propre à chaque fumeur pour être la plus efficace possible.

Les patients peuvent choisir d'entreprendre un arrêt net du tabac ou une réduction progressive de leur consommation, tout en associant une aide pharmacologique. Que ce soit l'une ou l'autre méthode choisie, il n'y a pas de différence significative sur l'efficacité (92). Les TSN augmentent les chances de sevrage, surtout s'ils sont accompagnés d'autres méthodes (soutien médical, soutien psychologique)(93). D'autre part, une revue Cochrane souligne qu'un soutien comportemental, comme de brefs conseils ou des conseils personnalisés, associé à un traitement pharmacologique améliore le taux d'arrêt de 70 à 100% par rapport à un soutien seul (94).

La vente de ces traitements a largement augmenté depuis 2016, année à partir de laquelle plusieurs professionnels de santé ont été autorisés à prescrire les TSN en France (figure 14)(95).

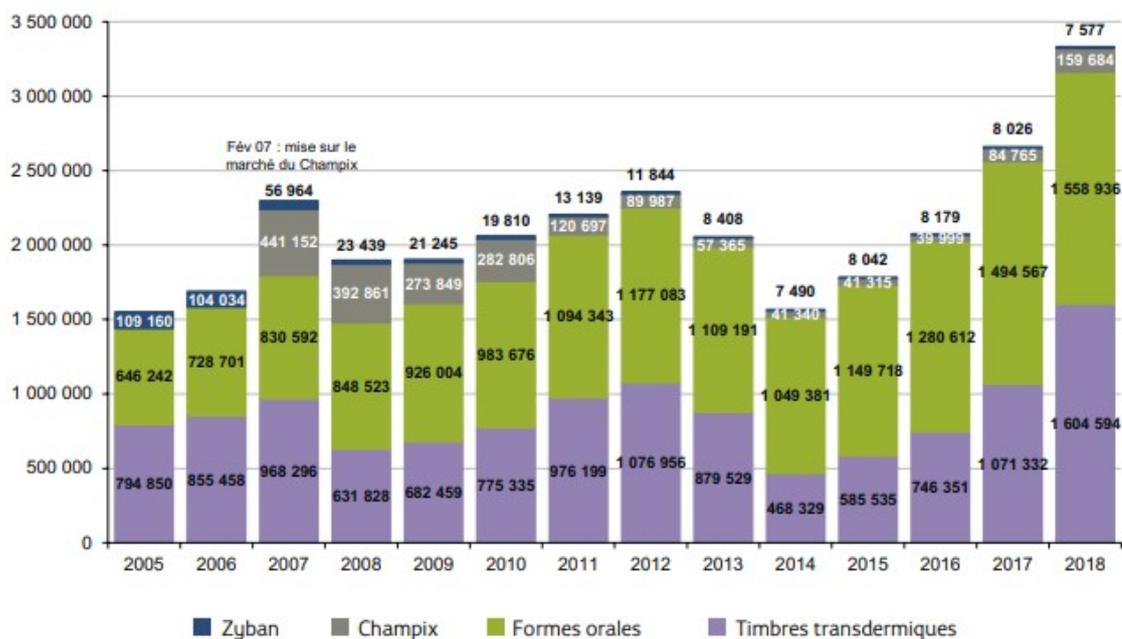


Figure 14 : Ventes de traitements pour l'arrêt du tabac, en équivalents « nombre de patients traités » en France (95)

II.3.4.1.1.3 Effets indésirables des TSN

➤ Sur la santé générale :

Les effets indésirables liés aux TSN les plus fréquents sont :

- Des troubles du sommeil dans 11% des cas, notamment liés aux patchs transdermiques (insomnies, rêves nombreux) avec une relation dose-effet. Ils s'atténuent en retirant le patch avant de dormir (41) ;
- Des troubles digestifs (nausées, vomissements, dyspepsie, constipation, diarrhées) peuvent être associés aux formes orales et sont également liés à une relation dose-effet (96,97) ;
- Des palpitations sont parfois ressenties chez des patients ayant un patch transdermique mais aucune aggravation du risque cardio-vasculaire associé au TSN n'a été constatée. Les TSN sont recommandés par l'Afssaps chez les patients coronariens fumeurs (41,98,99) ;
- Des réactions cutanées allergiques peuvent apparaître dans 10 à 25% des cas avec érythème, irritation et prurit au niveau de la zone d'application du patch. Elles sont souvent liées à la colle du patch et peuvent s'atténuer en changeant de zone d'application tous les jours, en changeant de marque de patch ou en appliquant une crème antihistaminique (dermoticoïde). Les patchs sur 16 heures donnent moins d'allergies. Les zones les moins sujettes aux allergies sont le haut des fesses, le dessus des cuisses et sous la plante des pieds (100).

➤ **Sur la grossesse :**

D'après une revue Cochrane publiée en 2020 (101), l'utilisation de substituts nicotiques pendant la grossesse n'aurait pas d'impact sur les naissances en ce qui concerne le taux de fausses couches, de naissances prématurées, de bébés de faible poids à la naissance, de césariennes, d'anomalies congénitales ou de décès néonataux. Cependant, d'autres données probantes seraient nécessaires pour s'assurer de l'innocuité et de l'efficacité des TSN lors d'une grossesse (101).

➤ **Sur les muqueuses buccales :**

Les formes orales peuvent entraîner une irritation de la muqueuse buccale et du pharynx ainsi que des crises de hoquet. Une irritation des gencives a été observée dans certains cas d'utilisation de gommes à mâcher ou de comprimés (90). La toux est plus fréquente avec l'inhalateur et le spray si l'injection est directement orientée en direction du pharynx.

Une étude a été réalisée sur la gomme Polacrilex (Nicorette®) contenant 2 ou 4 mg de nicotine pour déterminer ses effets indésirables sur la gencive (102). Sur 34 patients, 91% ont utilisé la nicotine Polacrilex pendant au moins 1 mois et 59% pendant 3 mois ou plus. Parmi eux, 15% ont développé de petites vésicules (moins de 2 mm), indolores, claires et non hémorragiques qui se sont résolues immédiatement lorsqu'on a expliqué aux patients comment bien mâcher le médicament. Il n'y a eu aucun changement dans la couleur gingivale, le contour, la consistance et la texture, la mobilité dentaire ou la profondeur de la poche parodontale. La nicotine Polacrilex ne semble pas avoir d'effets indésirables importants sur la gencive, même après 6 mois d'utilisation quotidienne.

D'autres études montrent que la nicotine aurait un effet défavorable sur la cicatrisation en raison de l'inhibition de la différenciation des myofibroblastes (103). Il y aurait des effets négatifs dose-dépendants de la nicotine sur la morphologie, la viabilité, la prolifération, la migration et l'induction de l'apoptose des fibroblastes gingivaux (104).

D'après une revue systématique publiée en 2019 (105), il est peu probable que la nicotine soit toxique pour les cellules gingivales et parodontales *in vitro* lorsque les concentrations de nicotine sont équivalentes à celles observées chez

les utilisateurs de TSN et de cigarette électronique. Cependant, des concentrations plus élevées de nicotine, similaires à celles retrouvées dans la salive des consommateurs de tabac sans fumée (> 5 mM), se sont révélées cytotoxiques *in vitro*. Les effets de la nicotine sur l'attachement cellulaire, la prolifération et la production de médiateurs de l'inflammation ont été étudiés selon différentes concentrations de nicotine mais les résultats sont contradictoires donc peu concluants.

De nouvelles études plus approfondies seraient nécessaires afin de mieux comprendre l'impact des substituts nicotiques sur les muqueuses buccales et les tissus parodontaux.

II.3.4.1.1.4 La prescription des TSN en 5 étapes

La prescription des traitements de substitution nicotinique se fait selon 5 étapes :

1) **Evaluer le dosage de nicotine** en posant ces questions :

- « *Que fumez-vous ?* » (cigarettes industrielles, à rouler, cigares...);
- « *Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?* » ;
- « *Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?* ».

Le dosage est estimé selon la base de 1 cigarette = 1 mg de nicotine = 1 ppm de CO. La mesure du CO est un indicateur fiable de la consommation réelle du fumeur, tandis que le nombre de cigarettes ne donne pas d'indication sur le tirage. Il faut prescrire une posologie adaptée à la consommation de nicotine du fumeur, elle doit être suffisante pour éviter l'apparition des signes de manque (tableau 3).

Tableau 3 : Doses initiales des substituts nicotiques conseillées pour l'arrêt
(106)

| Statut tabagique et TSN : Patches en mg / Formes orales (FO) | | | | | |
|--|-----------|---------------|---------------|--------------------|-----------------------|
| Taux de CO (ppm) | | 0-10 | 11-17 | 18-27 | > 27 |
| Nombre de cigarettes/jour | | < 10 cig/j | 11-20 cig/j | 21-29 cig/j | > 30 cig/j |
| Délai entre le lever et la première cigarette | > 60 min | Rien / FO | 10 ou 14 / FO | 15 ou 21 / FO | 25 ou (14+21) / FO |
| | 30-60 min | Rien / FO | 10 ou 14 / FO | 15 ou 21 / FO | 25 ou (14+21) / FO |
| | 5-30 min | 10 ou 14 / FO | 15 ou 21 / FO | 25 ou (14+21) / FO | 25 ou (14+21) / FO |
| | 0-5 min | 10 ou 14 / FO | 15 ou 21 / FO | 25 ou (14+21) / FO | 25 ou (14+21+14) / FO |

Par exemple, un fumeur d'un paquet par jour (soit 20 cigarettes/jour) et qui a besoin de fumer dès le réveil sera substitué par un patch de 21mg/24h ou un patch de 15mg/16h et par la forme orale de son choix à prendre en cas d'envie de fumer.

2) Choisir la forme galénique

Il est nécessaire d'expliquer au patient les différentes formes galéniques possibles et de lui demander ce qu'il aurait envie d'essayer. Si le patient a une consommation de tabac régulière tout au long de la journée, un patch est recommandé, du fait de sa libération continue. Si la consommation de tabac se déroule à certains moments de la journée, les formes orales sont plus adaptées grâce à leur action rapide. Le patient peut avoir recours aux formes orales dès qu'il en ressent le besoin, notamment en cas d'envie irrépressible de fumer (dite craving). Comme nous l'avons vu précédemment, associer différentes formes de substituts (patch + formes orales) augmente la réussite du traitement, notamment chez les fumeurs très dépendants. Le tableau 4 ci-après décrit les différentes formes, les posologies, les avantages et inconvénients des substituts nicotiques ainsi que la façon de les utiliser.

3) Prescription initiale

La prescription doit être accompagnée des recommandations spécifiques de l'utilisation de substituts oraux. Par exemple, le patient peut fumer même s'il porte un patch. Si cette envie apparaît, c'est qu'il est sûrement sous-dosé en nicotine

et donc il faudra réajuster le dosage. Il convient d'informer sur les réactions possibles au début de la prise de substitution : fatigue, irritation locale des patches, rêves plus intenses, troubles du sommeil, rhinite et toux, constipation, aphtes...(56). Cette prescription peut se réaliser sur l'ordonnance type au sevrage tabagique disponible en annexe 1.

Tableau 4 : Les différents substituts nicotiniques¹⁸

| Forme galénique | Dosage (mg de nicotine) | Noms de spécialité | Avantages | Inconvénients | Utilisation |
|--|---|--|---|---|---|
| Patchs / Timbres <i>Par voie cutanée</i> | Sur 16h : 10, 15 ou 25 mg Sur 24h : 7, 14 ou 21 mg | Nicoretteskin® Nicotinell TTS® Nicopatch® Niquitin® | <ul style="list-style-type: none"> Utilisation facile Observance Diffusion constante de nicotine | <ul style="list-style-type: none"> Effets au bout de 30 min Risque de décollement Risque de réactions cutanées (allergie, rougeurs) Changer chaque jour l'emplacement du patch pour diminuer les risques de réactions cutanées Patch non recommandé en cas d'allaitement maternel En cas de trouble du sommeil, il est possible de retirer le patch avant de dormir | <ul style="list-style-type: none"> Appliquer un ou plusieurs patchs A renouveler chaque matin après la douche sur peau sèche, propre et glabre, puis masser avec la paume de la main pendant 10 secondes pour que le patch adhère Si besoin mettre un sparadrap pour le faire tenir Patch de 16h à retirer avant le coucher Patch de 24h à garder la nuit Utiliser des patchs de 16h chez la femme enceinte Il est possible de fumer avec un patch, il ne doit pas être retiré en cas d'envie de fumer Un patch peut être coupé avant d'être collé Bien nettoyer la peau après le retrait du patch pour retirer les dépôts de colle et hydrater avec une crème  |
| Inhalateur <i>Par voie orale</i> | Cartouche de 10 mg | Nicorette Inhaleur® | <ul style="list-style-type: none"> Imite l'action de fumer Ressemble à une petite cigarette (permet de conserver une gestuelle similaire) Libération rapide de nicotine Dose contrôlée par le patient | <ul style="list-style-type: none"> Inhalations fréquentes nécessaires Non remboursé par l'Assurance Maladie | <ul style="list-style-type: none"> 6 à 12 cartouches par jour Prendre une inhalation en cas de craving Positionner la cartouche et aspirer par l'embout comme sur une paille et garder la bouffée en bouche (« crapoter ») : les microgouttelettes de nicotine doivent rester au contact des muqueuses buccales Changer la cartouche dès que le goût s'estompe  |
| Spray buccal <i>Par voie orale</i> | 1 mg par dose | Nicorettespray® Nicotine EG® | <ul style="list-style-type: none"> Recommandé pour les gros fumeurs qui souhaitent garder le goût de la nicotine Recommandé en cas de craving Absorption très rapide de nicotine | <ul style="list-style-type: none"> Ne pas pulvériser directement vers le fond de la gorge (risque de nausées, coupe-faim...) Contient de l'alcool (non recommandé chez la femme enceinte) | <ul style="list-style-type: none"> Orienter l'embout du pulvérisateur le plus près possible de la bouche, en évitant les lèvres, en direction de l'intérieur de la joue Ne pas inhaler lors de la pulvérisation Ne pas déglutir, boire ou manger pendant les secondes qui suivent Ne pas dépasser 2 pulvérisations par administration et 4 par heure  |

¹⁸ Tableau réalisé à partir de différentes sources : RESPADD, Hauts-de-France Addiction, Nicorette, Tabac Info Service

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| <p>Gommes à mâcher <i>Par voie orale</i></p> | <p>2 mg 4 mg</p> | <p>Nicorette® Nicotinell®</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Simple et rapide ▪ Effets au bout de 5-10 min ▪ Dose contrôlée par le patient ▪ Plusieurs arômes (fruits, menthe fraîche, menthe glaciale) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eviter d'avaler la salive ▪ Une mastication trop intense peut provoquer des brûlures pharyngées, gastriques, des hoquets et des nausées ▪ Risque de décollement des prothèses dentaires ▪ Contre-indiquée en cas de lésions bucco-dentaires ▪ Eviter de boire du café ou boisson acide avant et pendant la prise de la gomme car cela diminue son efficacité ▪ Rendement en nicotine de 40% | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 à 12 par jour, espacer les prises d'1 à 2 h ▪ La nicotine se diffuse durant 30 min ▪ Ne doit pas être mastiquée comme un chewing-gum ▪ Technique de mastication particulière pour être efficace : mâcher lentement pendant 10 secondes jusqu'à l'apparition d'un goût prononcé, puis la placer contre la joue pendant 1 à 2 min. Lorsque le goût s'estompe, mâcher à nouveau pendant 10 secondes, la placer contre l'autre joue et ainsi de suite. Alternier pauses et mastications. Jeter la gomme au bout de 30 min ou lorsque apparait une sensation de dégoût  |
| <p>Pastilles à sucer <i>Par voie orale</i></p> | <p>1 mg 1,5 mg 2 mg 2,5 mg 4 mg</p> | <p>Nicotinell® Nicopass® Niquitin® Niquitinminis®</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Simple et rapide ▪ Effets au bout de 5-10 min ▪ Dose contrôlée par le patient ▪ Format de poche pratique ▪ Plusieurs arômes (menthe, réglisse) ▪ Rendement en nicotine de 100% | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas croquer ▪ Eviter d'avaler la salive | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 à 12 par jour, espacer les prises d'1 à 2 h ▪ La nicotine se diffuse durant 10 à 30 min ▪ Placer la pastille entre la gencive et la joue, la déplacer régulièrement jusqu'à dissolution complète en 20 à 30 min  |
| <p>Comprimés sublinguaux <i>Par voie orale</i></p> | <p>2 mg</p> | <p>Nicorette Microtab®</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Simple et rapide ▪ Effets au bout de 5-10 min ▪ Dose contrôlée par le patient ▪ Arôme neutre ou citron ▪ Rendement en nicotine de 100% | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas croquer, ni sucer ▪ Ne pas avaler au risque de provoquer un hoquet ou des brûlures d'estomac | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 à 12 par jour, espacer les prises d'1 à 2 h ▪ Ne pas dépasser 24 comprimés par jour ▪ Laisser dissoudre 30 minutes sous la langue  |

4) Réajuster la posologie en cas de sous-dosage ou de surdosage

L'adaptation du traitement est indispensable. La posologie doit être réévaluée rapidement dès les premiers jours (24 à 48h après la prescription initiale dans l'idéal), d'où l'importance d'instaurer un suivi. Il faut trouver en 1 à 2 semaines la posologie qui supprime le syndrome de manque et ne donne pas de signes de surdosage. On demandera au patient de noter les effets ressentis au cours de son traitement, s'il a eu envie de fumer ou s'il a repris des cigarettes et combien il en fume par jour. En fonction des signes (figure 15), si le patient est sous-dosé, le praticien augmentera la dose de nicotine prescrite. A l'inverse, si le patient est surdosé, la dose de nicotine sera diminuée. L'absence totale d'envie de fumer ou l'absence de signe de sevrage témoigne d'une bonne substitution.

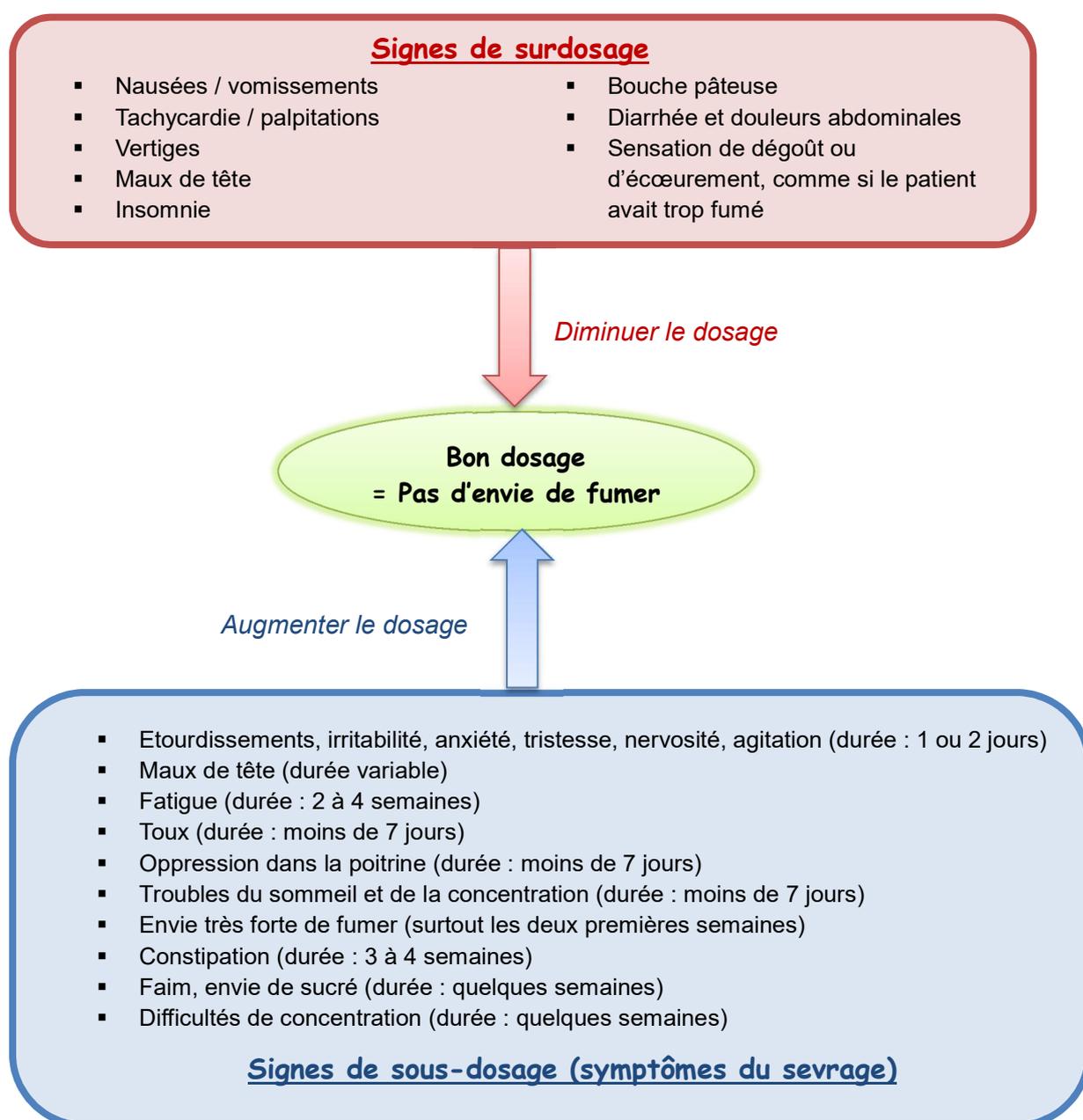


Figure 15 : Signes surdosage et de sous-dosage en nicotine (47)

5) Adapter la posologie jusqu'au sevrage complet

Il est important de vérifier l'observance des traitements et de ne pas culpabiliser le patient en cas de rechute : cela fait partie du processus d'arrêt et peut survenir fréquemment. La durée du traitement doit être suffisante : au minimum 2 à 3 mois, jusqu'à 6 ou 9 mois. La posologie et la durée peuvent être réévaluées au fil du temps, en fonction des besoins du patient. L'arrêt des TSN ne doit pas se faire de façon brutale, mais plutôt en diminuant de façon progressive la dose de nicotine par paliers et sur plusieurs mois, généralement d'un tiers toutes les 4 semaines.

Par exemple, chez un fumeur fortement dépendant (test de Fagerström > 7) et consommant 20 à 30 cigarettes par jour, on peut lui prescrire 2 patchs par jour si nécessaire (21 mg + 7 mg sur 24h) à associer avec une forme orale de son choix pour les envies compulsives. Puis on réévalue 5 à 7 jours après et on adapte la posologie en fonction des signes de manque ou de surdosage ressentis par le patient. Au bout de 2 à 3 mois, si les effets du traitement se sont avérés efficaces, on peut réduire progressivement la posologie toutes les 4 semaines d'environ un tiers. Pour ce fumeur, on pourrait diminuer à 21 + 14 mg > 21 + 7 mg > 21 mg > 14 mg > 7 mg jusqu'à l'arrêt des substituts nicotiques ¹⁹. Le suivi est essentiel pour évaluer les signes et éviter les rechutes si la posologie n'est pas adaptée.

II.3.4.1.2 Les médicaments du sevrage tabagique

Ces traitements comprennent la **varénicline** (Champix®), un agoniste partiel des récepteurs nicotiques à l'acétylcholine $\alpha 4 \beta 2$, et le **bupropion** (Zyban®), un inhibiteur de la recapture des catécholamines et un psychotrope antidépresseur.

Ils sont indiqués en seconde intention dans le sevrage tabagique, si les thérapies de substitution nicotiques ont été un échec, ou chez les patients fortement dépendants (test de Fagerström ≥ 7) (41). Ils sont uniquement délivrés sur prescription médicale par un médecin habilité. Les chirurgiens-dentistes ne peuvent pas en prescrire. Leur utilisation nécessite un suivi attentif. L'efficacité de la varénicline semble supérieure au bupropion : elle triple le taux d'arrêt chez les fumeurs à 6 mois par rapport à un placebo tandis que le bupropion double ce taux (57). Cependant, ils sont de moins en moins prescrits, du fait des effets indésirables graves qu'ils peuvent provoquer (46,57,107,108) : changement de comportement, dépression, pensées d'automutilation, comportement

¹⁹ Source : https://francais.medscape.com/voirarticle/3337537#vp_2

suicidaire.... Ils sont contre-indiqués chez les mineurs, les femmes enceintes et allaitantes, en cas d'antécédents psychiatriques, d'épilepsie, de sevrage alcoolique ou de benzodiazépines.

II.3.4.1.3 Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) se sont développées dans les années 1960 suite aux travaux de Pavlov et de Skinner sur le conditionnement répondant et opérant (109). D'abord employées pour traiter les phobies, les troubles anxieux et les dépressions, elles se sont ensuite étendues au traitement des addictions. Elles sont basées sur l'analyse de quatre facteurs : les situations (circonstances de la consommation de tabac), les comportements (ce que je fais), les émotions (ce que je ressens) et les cognitions (ce à quoi je pense, ici et maintenant) (62). Après analyse de ces facteurs, elles visent à modifier les éléments dysfonctionnels (pensées automatiques négatives, fausses croyances, schémas cognitifs irrationnels, comportements handicapants ou invalidants) par l'apprentissage progressif de nouveaux comportements mieux adaptés et cognitivement plus rationnels.

Les TCC peuvent être utiles à tous les stades du sevrage tabagique, notamment pour renforcer la motivation et la confiance en soi, et mieux gérer les envies de fumer...(62). Elles permettent au patient d'apprendre à modifier ses comportements et à gérer ses pensées par rapport au tabac. Cet outil est intéressant pour anticiper et prévenir les rechutes (57,110). Elles sont également efficaces en cas d'anxiété, de dépression ou de co-addictions chez le fumeur (111). Accompagner les patients avec un soutien comportemental personnalisé les aide davantage que de leur donner uniquement de simples conseils (92).

L'Afssaps (112) et la HAS (23) recommandent les TCC en association avec les TSN, notamment chez les fumeurs les plus dépendants. Les TCC augmentent l'efficacité des traitements pharmacologiques et améliorent la qualité de vie au cours du sevrage (62). Elles augmentent le taux de sevrage à 6 mois par rapport à l'absence d'intervention (42).

II.3.4.2 Les alternatives aux traitements conventionnels

II.3.4.2.1 La cigarette électronique

II.3.4.2.1.1 La cigarette électronique peut-elle être une aide au sevrage tabagique ?

Selon une étude publiée par l'Institut Pasteur de Lille, la cigarette électronique est moins nocive que la cigarette industrielle et le tabac à chauffer. En effet, elle produit 500 fois moins de carbonyles et 96 fois moins d'hydrocarbures aromatiques (113). D'autres études ont relevé que le taux de nitrosamines (substances cancérigènes) est réduit de 97% par rapport aux cigarettes classiques (114).

Le HCSP (Haut Conseil de Sécurité Publique) estime que « la cigarette électronique peut être considérée comme une aide pour arrêter de fumer ou réduire la consommation de tabac », mais elle appelle à la prudence car les études sont encore insuffisantes pour prouver son efficacité et son innocuité. Il recommande d'informer les fumeurs et les professionnels de santé de l'intérêt de la cigarette électronique en usage exclusif pour aider au sevrage tabagique et à la réduction des risques (92,115).

Une étude a montré que l'e-cigarette pouvait être aussi efficace que les patchs pour l'arrêt du tabac et nettement plus efficace que les patchs pour la réduction de la consommation de tabac. Plus de la moitié des vapoteurs ont divisé par deux ou plus leur consommation de tabac contre 41% des utilisateurs de patchs (116). La revue Cochrane de McRobbie *et al.* (117), mise à jour en octobre 2020, rapporte que les cigarettes électroniques aideraient les fumeurs à arrêter le tabac sur le long terme par rapport aux cigarettes électroniques placebo. Elle multiplierait par le 2 le taux d'arrêt du tabac. La cigarette électronique avec nicotine est plus efficace que celle sans nicotine pour obtenir une réduction de consommation supérieure à 50% pendant au moins 6 mois (117).

A ce jour, en France, aucun fabricant n'a pour autant déposé de demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM) en tant que médicament pour la cigarette électronique. Si elles étaient considérées comme des dispositifs médicaux, alors leur vente serait réservée aux pharmaciens (118).

A ce jour, les professionnels de santé ne peuvent pas recommander ni déconseiller l'utilisation de la cigarette électronique. Néanmoins, si le patient décide de se tourner vers elle, il faut l'informer qu'actuellement ce n'est pas un

traitement validé scientifiquement, qu'elle peut entraîner des risques encore mal connus à long terme, mais que ses substances sont moins nocives que celles du tabac. Si le patient souhaite remplacer la cigarette classique par l'électronique, sa démarche devra être encouragée comme une première étape de réduction de sa consommation, dont l'objectif est de soutenir le patient vers un arrêt du tabac (24). Plus spécifiquement, pour les chirurgiens-dentistes, une étude observationnelle italienne (119) a évalué les variations de l'état de santé bucco-dentaire liées à la cigarette électronique sur 110 fumeurs. Au bout de 120 jours d'utilisation de l'e-cigarette, une amélioration de l'état parodontal a été observée chez plus de 90% des sujets, avec une diminution de l'indice de plaque et l'indice de saignement parodontal. De plus, 71% des patients ont ressenti une amélioration de leur état de santé général et 87% une réduction du besoin de fumer.

Les TSN peuvent être associés à l'usage de la cigarette électronique afin de réduire les envies de vapoter. Il conviendra de considérer cet apport lors de la prescription des substituts nicotiques (120). Les traitements pharmacologiques, dont l'efficacité est démontrée pour l'arrêt du tabac, sont à recommander en priorité (120). Cependant le taux de réussite reste faible : 15 à 25% d'arrêt 6 à 12 mois après le début des TSN. Les cigarettes électroniques pourraient être une alternative à ne pas décourager pour augmenter les chances de sevrage.

La cigarette électronique pourrait être envisagée en cas d'échecs des autres méthodes ou si le patient est motivé pour essayer cette alternative. Des recommandations et informations à délivrer au fumeur souhaitant s'orienter vers la cigarette électronique sont décrites dans le tableau 5 ci-dessous (120–122).

Tableau 5 : Recommandations sur la cigarette électronique (120–122)

| Recommandations générales | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Informer des risques potentiels du vapotage, les incertitudes sur les effets à long terme et l'efficacité plausible comme aide à l'arrêt du tabac • Recommander les modèles de 2^e ou de 3^e génération qui délivrent plus de nicotine • Tester plusieurs e-liquides pour choisir le taux de nicotine (0-20 mg/ml) et l'arôme les plus satisfaisants • Choisir un dosage de nicotine selon l'apport habituel par le tabagisme et la fréquence du vapotage • Pour les fumeurs consommant 20 cigarettes/jour, recommander un liquide avec 18 mg/ml de nicotine et une consommation de 20ml/semaine, soit 2 flacons de 10 ml • Proposer un arôme tabac aux nouveaux utilisateurs puis essayer un arôme fruité • Recommander de vapoter selon les envies de fumer • Si le vapotage est très fréquent, proposer l'usage d'un liquide avec un taux plus élevé de nicotine • Diminuer graduellement l'apport en nicotine pour atteindre le sevrage | | |
| Recommandations en fonction du profil du fumeur | | |
| Situations | Informations | Recommandations |
| Fumeur intéressé à vapoter pour arrêter de fumer | <ul style="list-style-type: none"> • Réduction des risques pour la santé si arrêt complet du tabac • Manque de connaissance sur les effets sur la santé à long terme • Risque d'addiction à la cigarette électronique • Efficacité pour l'arrêt possible | <ul style="list-style-type: none"> • TSN à recommander en priorité • Ne pas décourager le vapotage si le patient choisit ce moyen pour arrêter de fumer • Soutenir la démarche d'arrêt quelle que soit la méthode choisie |
| Fumeur intéressé à vapoter pour réduire sa consommation de tabac | <ul style="list-style-type: none"> • Réduction possible mais pas certaine de l'exposition aux substances nocives de la fumée du tabac • Manque de connaissance sur les effets à long terme sur la santé de la consommation duale et sur son rôle dans l'arrêt du tabac • Possible renforcement de la confiance en soi pour l'arrêt | <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller l'arrêt complet du tabac • TSN à recommander en priorité pour soutenir la réduction de la consommation • Ne pas décourager le vapotage si le patient choisit ce moyen • Soutenir la démarche de réduction, quelle que soit la méthode choisie, en visant un arrêt complet |
| Fumeur vapotant (usage dual) | <ul style="list-style-type: none"> • Réduction possible mais pas certaine de l'exposition aux substances nocives de la fumée du tabac • Manque de connaissance sur les effets à long terme sur la santé de la consommation duale et sur son rôle dans l'arrêt du tabac | <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller l'arrêt complet du tabac • Recommander les TSN ou conseiller d'utiliser un liquide avec une concentration de nicotine plus élevée • Encourager la réduction de la consommation de tabac, en visant un arrêt complet |
| Ex-fumeur vapotant | <ul style="list-style-type: none"> • Nette réduction des risques pour la santé par rapport au tabagisme • Manque de connaissance sur les effets à long terme du vapotage | <ul style="list-style-type: none"> • Valoriser l'arrêt du tabac • Conseiller après quelques semaines d'arrêt du tabac de diminuer progressivement la concentration de nicotine • Viser à moyen terme un arrêt du vapotage |
| Ex-fumeur intéressé à vapoter pour retrouver les effets de la cigarette sans les risques pour la santé | <ul style="list-style-type: none"> • Risque possible de rechute, en particulière en présence de nicotine | <ul style="list-style-type: none"> • Déconseiller l'utilisation de la cigarette électronique |

II.3.4.2.1.2 Effets indésirables de la cigarette électronique

L'utilisation de la cigarette électronique n'est pas sans risque. Son innocuité à long terme est inconnue et nécessite plus de recul pour être étudiée (117). Néanmoins certains effets indésirables ont été relevés à court et moyen termes.

➤ **Effets sur la santé générale :**

- Le propylène glycol, contenu dans la vapeur, est un solvant irritant dont les effets à longs termes sont mal connus. A court terme, il peut entraîner une irritation pharyngée (123) ;
- La décomposition thermique du propylène glycol et de la glycérine végétale produit des carbonyles réactifs, comme l'acroléine, des nitrosamines, le formaldéhyde et l'acétaldéhyde, mais à des concentrations 9 à 450 fois inférieures à celles retrouvées dans la fumée de cigarette (124,125). Un échauffement excessif du glycérol génère d'avantage d'acroléine, une substance irritante, lacrymogène et cancérigène. Une exposition prolongée à ces substances toxiques pourrait entraîner des complications respiratoires telles que de l'asthme, de la BPCO et d'autres pathologies pulmonaires (126) ;
- Les composants solubles de la vapeur auraient des effets indésirables sur la barrière endothéliale, favorisant l'inflammation (127) ;
- Des cas d'intoxication aigue et de décès ont été décrits après l'ingestion intentionnelle (suicide) ou accidentelle (par les enfants) de liquide de cigarette électronique. En effet, les e-liquides contiennent une dose très concentrée en nicotine qui peut être toxique voire létale en cas d'ingestion pure, de contact cutané ou oculaire et d'inhalation à forte dose (128,129) ;
- Des pneumonies lipidiques aiguës sont survenues suite à un mésusage, après ajout d'huiles de tétrahydrocannabinol (THC ou cannabis) ou de concentrés de marijuana dans le liquide de la cigarette électronique (130);
- Les cigarettes électroniques sont dangereuses chez les enfants et les adolescents. En effet, le cerveau continue de se développer jusque 25 ans environ et son exposition précoce à la nicotine entraîne une forte dépendance (1) ;
- Le risque de vapotage passif est limité mais pas inexistant. A titre d'exemple, la fumée d'une cigarette classique disparaît de l'atmosphère en 17 minutes contre 11 secondes pour la vapeur d'une cigarette électronique (131).

➤ **Effets sur la santé bucco-dentaire :**

- Des cas d'explosion des batteries au lithium et de brûlure ont été rapportés pouvant être liés à une batterie défectueuse ou de mauvaise qualité, une surchauffe, une surcharge, une mauvaise utilisation, une erreur humaine ou à une aspiration à sec. Ces explosions arrivent le plus souvent lorsque la cigarette électronique est placée dans une poche de vêtement ou lorsqu'elle est en cours de charge. Les brûlures peuvent causer de multiples traumatismes bucco-dentaires, des lésions buccales et amener à la perte de dents (figure 16) (132,133).



Figure 16 : Photographies d'un homme de 18 ans suite à l'explosion d'une cigarette électronique lorsqu'il l'a allumée entre ses lèvres, occasionnant des brûlures labiales, une ulcération du palais et des fractures dentaires (133)

- Les effets indésirables à court et moyen termes de la cigarette électronique les plus fréquents sont une **irritation** de la gorge et de la bouche, une **hyposialie**, une **sécheresse** des muqueuses buccales, un **goût métallique** dans la bouche, des **maux de tête** et des **nausées**. Ces effets ont tendance à s'atténuer dans le temps avec l'utilisation continue de la e-cigarette (117).
- Une étude américaine a montré que les cigarettes électroniques pouvaient entraîner des **colorations de l'émail**, mais elles sont minimes par rapport à une cigarette classique (134). Les e-liquides aromatisés (au menthol et au tabac), et contenant de la nicotine, coloreraient plus les dents que les e-liquides neutres (135). La glycérine et le propylène glycol ont une viscosité élevée. Ils peuvent favoriser l'adhésion des composants de la vapeur aux surfaces dentaires, donc les colorations, et donner la sensation d'avoir une pellicule collante sur les dents (136).

- Les e-liquides contenant des saveurs sucrées auraient un **potentiel cariogène**. L'exposition aux vapeurs aromatisées multiplie la formation du biofilm par 2 et diminue de 27% la dureté de l'émail par rapport aux vapeurs non aromatisées (136). Certains e-liquides aromatisés partagent des propriétés physico-chimiques similaires aux aliments à haute teneur en saccharose comme les bonbons gélatineux et boissons acides. Les e-liquides visqueux à base de propylène glycol et glycérine favorisent également l'adhérence de *Streptococcus mutans* sur l'émail, une bactérie cariogène majeure de la cavité buccale (136).
- Une étude a trouvé des **concentrations de nicotine** identiques dans la salive des fumeurs de cigarettes et des vapoteurs (137). Qu'elle provienne de la fumée de cigarette classique ou de la vapeur d'e-cigarette, la nicotine est considérée comme un facteur aggravant de la maladie parodontale (138) et favorise les complications opératoires de manière dose-dépendante (139) : elle perturbe les mécanismes de défense de l'hôte, aggrave la destruction tissulaire et retarde le processus de cicatrisation.
- **L'effet thermique** de la vapeur d'e-cigarette, arrivant en bouche à une température entre 50 et 60°C, entraîne des conséquences néfastes sur les tissus parodontaux et perturbe la cicatrisation. Des températures supérieures à 47°C compromettent notamment la viabilité des ostéoblastes (140,141).

En conclusion, le chirurgien-dentiste se doit d'informer les patients des éventuels risques liés à la cigarette électronique et qu'elle pourrait notamment compromettre la réussite des thérapeutiques parodontales, chirurgicales ou implantaires. Son usage est déconseillé pendant les phases pré et post-opératoires afin de ne pas perturber le processus cicatriciel et d'assurer un meilleur pronostic des traitements (139).

II.3.4.2.2 Les autres alternatives

D'autres méthodes peuvent aider à arrêter de fumer, mais elles ne sont pas reconnues par les autorités de santé en l'absence de données scientifiques. Il n'y a néanmoins pas de contre-indication à utiliser ces alternatives en complément

des méthodes recommandées. Ainsi, si le patient souhaite recourir à ces techniques dans le cadre d'une démarche personnelle, il n'y a pas de raison objective de le dissuader (62).

Voici quelques exemples non-exhaustifs de méthodes alternatives²⁰ :

- **L'hypnose** : C'est une méthode permettant de plonger le fumeur dans un état de léthargie au cours de laquelle le thérapeute potentialise son désir d'arrêt (142). Elle agit sur les impulsions sous-jacentes pour réduire le désir de fumer ou renforcer la volonté d'arrêter. Bien qu'elle soit utilisée depuis plusieurs années, le niveau des preuves des études reste faible pour évaluer son efficacité. Une méta-analyse Cochrane n'a pas pu montrer que l'hypnose était supérieure à l'absence de traitement et les données sont insuffisantes pour comparer l'hypnose avec d'autres traitements efficaces (142) ;
- **L'acupuncture** : Issue de la médecine traditionnelle chinoise, elle consiste à planter de très fines aiguilles dans des voies nerveuses appelées « méridiens » qui seraient reliées à certains organes. La stimulation de ces méridiens entrainerait le dégoût et la perte d'appétence à la cigarette ;
- **La mésothérapie** : Elle consiste à administrer par voie sous-cutanée à l'aide de fines aiguilles des éléments nutritifs à doses homéopathiques sur des zones spécifiques du corps. Elle entrainerait aussi le dégoût de la cigarette ;
- **L'auriculothérapie** : Il s'agit d'une acupuncture réalisée sur le pavillon de l'oreille externe. Elle bloquerait les récepteurs nicotiques et supprimerait le besoin de fumer ;
- **La sophrologie et la relaxation** : Elles se basent sur des techniques corporelles pour contrôler le souffle, la respiration et gérer le stress. En cas de pulsion à fumer, elles peuvent se substituer à la prise de cigarette ponctuellement. Elles agissent sur la dépendance comportementale tabagique ;
- **La phytothérapie** : Des plantes sont utilisées pour traiter l'arrêt du tabagisme en diminuant les symptômes de sevrage ;
- **La méditation de pleine conscience** : Elle permet de prendre du recul, de se recentrer sur soi-même, ses sentiments, ses sensations, d'analyser

²⁰ Source : www.oft-conseil.fr/addictions/tabac/larret-du-tabac/les-methodes-alternatives

ses problématiques et ce qu'il faudrait entreprendre pour les résoudre. Elle peut aider à trouver des solutions, d'autres manières de s'occuper et de se détendre pour remplacer la cigarette ;

- **L'aromathérapie** : Elle consiste en l'inhalation d'huiles essentielles à visée calmante pour réduire l'envie de fumer (poivre noir) et les symptômes du sevrage tabagique (mandarine, lavande vraie, menthe poivrée...) ²¹ ;
- **L'homéopathie** : Il s'agit de granules homéopathiques avec des doses infinitésimales de principe actif contenu par certaines plantes. Elles peuvent accompagner le sevrage du tabac, calmer les envies (*Tabacum 5 CH, Labelia 4 C*) et soulager les effets de manque (*Belladonna 9 CH, Nux Vomica 9 CH*). Cependant, son efficacité ne dépasserait pas l'effet d'un placebo ²² ;
- **La luminothérapie** : Selon des travaux publiés en 2018, des scientifiques auraient réussi à diminuer l'addiction à la nicotine chez des souris grâce à la lumière. Ils ont modifié le récepteur nicotinique chez la souris afin de pouvoir y accrocher un nano-interrupteur chimique réagissant à la lumière. L'exposition à une lumière violette empêcherait la nicotine de se fixer sur les récepteurs nicotiniques, tandis que dans l'obscurité ou face à une lumière verte la nicotine agirait normalement (143).

Des recherches scientifiques se penchent sur l'élaboration d'un **vaccin contre la nicotine** depuis une dizaine d'années. Le principe est de neutraliser la nicotine dans le sang avant qu'elle n'arrive au cerveau, en provoquant une production d'anticorps anti-nicotiniques. Plusieurs laboratoires travaillent sur des vaccins qui sont encore en phase de test, mais aucun n'a été validé à ce jour ²³.

II.3.4.3 La réduction de consommation

La réduction de consommation correspond à une réduction d'au moins 50% de la consommation tabagique initiale (144). Selon les recommandations de l'AFSSAPS en 2003, la réduction de la consommation de tabac est une stratégie réservée à certaines situations cliniques et doit être considérée comme une étape

²¹ Source: www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=aromatherapie-arret-tabac

²² Source: <https://arreter-de-fumer.ooreka.fr/comprendre/homeopathie>

²³ Source: www.stop-tabac.ch/fr/therapies-et-medicaments-pour-arreter-de-fumer/vaccin-contre-la-nicotine

transitoire et possible vers l'objectif prioritaire qui reste l'arrêt complet du tabagisme (41). Elle peut être proposée :

- Chez les fumeurs qui ne veulent pas arrêter immédiatement,
- Chez les fumeurs qui sont prêts à réduire leur consommation,
- Après plusieurs échecs dans la tentative d'arrêt.

Deux études de cohorte norvégiennes montrent que la réduction de la consommation de tabac ne diminue pas le risque de mortalité tout cause confondue, que ce soit par maladie cardiovasculaire ou par cancer lié au tabac, notamment le cancer du poumon (145,146). Concernant ce dernier, les études sont discordantes mais la majorité d'entre elles montre que la réduction de la consommation serait associée à une diminution du risque de cancer du poumon. Dans les études, le paramètre étudié est le plus souvent la dose (en nombre de cigarettes fumées par jour). Or, on sait aujourd'hui que le risque de cancer est beaucoup plus lié à la durée du tabagisme qu'à la dose de tabac fumé (49). Concrètement, si on multiplie la dose par 2, on multiplie le risque de cancer du poumon par 2. Par contre, si on multiplie la durée du tabagisme par 2, on multiplie le risque de cancer du poumon par 20.

Seul l'arrêt complet du tabac permet de diminuer le risque de mortalité et de morbidité lié au tabac. Par conséquent la réduction de consommation ne peut être qu'une étape transitoire avant un arrêt définitif. La réduction de la consommation n'est efficace que si elle est associée à un traitement médicamenteux : substituts nicotiques (patchs + formes orales), varénicline ou bupropion. En effet, en l'absence de médicament, la seule réduction de consommation va provoquer un phénomène de compensation, avec inhalation plus profonde et plus intense de la fumée de tabac afin de délivrer au cerveau les doses de nicotine dont il a besoin, en raison de la dépendance à cette substance. Une méta-analyse et une revue systématique (147,148) montrent que la réduction de consommation avec des substituts nicotiques est associée à des taux d'arrêt du tabac plus importants qu'avec un placebo, et ceci chez des fumeurs qui n'avaient pas l'intention d'arrêter de fumer au départ.

En résumé, il est essentiel d'expliquer au fumeur que la réduction de consommation, même si elle est supérieure à 50%, ne diminue pas les risques de mortalité et de morbidité liés au tabac. L'objectif prioritaire reste l'arrêt complet

et définitif du tabac. Pour atteindre cet objectif, la réduction de consommation doit être accompagnée de médicaments d'aide au sevrage tabagique, afin d'éviter le phénomène de compensation qui serait responsable d'une intoxication tabagique identique voire plus importante qu'initialement. Pour les fumeurs qui ne se sentent pas prêt à arrêter brutalement de fumer, la stratégie de réduction de la consommation est possible, mais ce doit être une étape transitoire avant l'arrêt complet du tabac.

II.3.4.4 L'abstinence temporaire du tabagisme périopératoire

Si le patient ne souhaite pas arrêter le tabac définitivement, l'abstinence temporaire est recommandée par la HAS en cas d'intervention chirurgicale dans le but de réduire les risques péri-opératoires (23). L'abstinence temporaire est définie comme l'arrêt total de la consommation de tabac pendant une durée variable, de quelques heures à plusieurs semaines. Elle permet d'expérimenter, d'identifier et, surtout, de valoriser la capacité du patient à arrêter de fumer. Pour accompagner cette abstinence temporaire, la prescription de TSN est vivement recommandée.

Par exemple, en vue d'une extraction dentaire ou d'une pose d'implant, on peut proposer au patient d'arrêter temporairement le tabac en lui expliquant les risques post-opératoires d'alvéolite et de mauvaise cicatrisation s'il continue de fumer, puis en lui proposant une aide pharmacologique. S'il accepte d'arrêter de fumer 2 jours avant et 3 jours après l'intervention, on initiera déjà une démarche d'accompagnement. Ainsi, en cas de réussite, le patient va prendre conscience qu'il est capable d'arrêter de fumer sur quelques jours : c'est une amorce positive à la motivation qui peut le pousser à réitérer l'expérience sur une plus longue période (149).

Une conférence d'experts soulignait en 2005 l'intérêt de l'abstinence temporaire du tabagisme péri-opératoire (81). D'une part, il est démontré que le tabac augmente les risques de complications générales et chirurgicales. Les fumeurs ont notamment 2 à 4 fois plus de complications de cicatrice et un retard de consolidation osseuse. D'autre part, les risques opératoires sont diminués en fonction du temps de sevrage (81) :

- Un arrêt du tabagisme de 12 à 48 heures avant une intervention permet une baisse du CO et donc une meilleure oxygénation des tissus ;

- Un arrêt de moins de 3 semaines avant une intervention diminue le risque de complication pulmonaire ;
- Un arrêt de 3 à 4 semaines avant une intervention permet une amélioration de l'ensemble des paramètres opératoires ;
- Un arrêt de 6 à 8 semaines avant une intervention supprime les risques de complications opératoires dues au tabac ;
- La poursuite de l'arrêt durant le temps nécessaire à la cicatrisation muqueuse (2 à 4 semaines) et osseuse (2 à 4 mois) favorise les suites opératoires, et donc le succès thérapeutique.

Ainsi, il est intéressant de proposer une abstinence temporaire au vu des bénéfices notables de l'arrêt préopératoire du tabac.

II.3.4.5 L'accompagnement de la femme enceinte

Tout professionnel de santé se doit d'informer précisément la femme enceinte sur les méfaits du tabac, les bénéfices à l'arrêt et les traitements possibles de sevrage. Une femme enceinte qui fume durant sa grossesse vit une situation de grossesse à risque. Tous les professionnels de santé doivent être conscients des conséquences du tabagisme pendant la grossesse et conseiller systématiquement l'arrêt du tabac chez la femme enceinte (150). Face à une femme enceinte fumeuse, il est primordial, afin de préserver la santé du futur bébé, de lui proposer un accompagnement :

- L'idéal serait de tendre vers un arrêt complet du tabac, avec ou sans substituts nicotiques (patchs et formes orales) ;
- Si l'arrêt du tabac n'est pas envisageable pour elle, on peut lui proposer de diminuer la consommation de tabac ou, si elle le souhaite, passer à la cigarette électronique associée ou non à des substituts nicotiques ;
- Si le chirurgien-dentiste ne se sent pas apte à prendre en charge le sevrage tabagique de la femme enceinte, il devra l'orienter vers un service de tabacologie ou un médecin généraliste.

Trois principaux facteurs peuvent influencer la décision des femmes à utiliser des TSN ou la cigarette électronique pendant leur grossesse (151) :

- Les conseils donnés par les professionnels de santé sur l'utilisation des TSN ou de la cigarette électronique pendant la grossesse ;

- Le désir des femmes de protéger leur bébé contre les dangers et effets indésirables ;
- L'expérience personnelle passée avec les TSN.

Les messages des professionnels de santé doivent être cohérents sur les recommandations à donner à la femme enceinte. Cela peut améliorer leur vision des TSN, augmenter leur volonté de les utiliser dans leur tentative de sevrage tabagique et les encourager à rester non-fumeuses par la suite (151). Il est important d'expliquer que les TSN ne sont pas nocifs pour la santé de la mère et du fœtus. L'utilisation de TSN aide à réduire l'envie de fumer, augmente le taux de sevrage du tabac d'environ 40% et peut être proposée aux femmes enceintes qui n'ont pas réussi à arrêter spontanément de fumer. De plus, il est recommandé d'encourager l'allaitement chez les femmes qui ont arrêté de fumer pour éviter les récives. Les TSN peuvent être utilisés pendant l'allaitement (101,150).

Du fait de la demi-vie d'élimination de la nicotine 3 fois plus longue chez le fœtus que chez la mère, il est préférable, par précaution, d'éviter d'exposer le fœtus à la nicotine. Pour cette raison, lorsqu'on prescrit des substituts nicotiques, on préfère les patchs à libération continue sur 16h au lieu de 24h pour éviter l'accumulation de la nicotine et lui laisser le temps de s'éliminer dans le liquide amniotique. Les patchs peuvent être combinés à une forme orale. Les femmes enceintes métabolisent plus rapidement la nicotine, il faut donc faire attention à ne pas les sous-doser avec les TSN (101).

Concernant la cigarette électronique (152), bien qu'elle soit nettement moins nocive que la cigarette industrielle, il y a tout de même une exposition prolongée du fœtus à la nicotine. Il existe peu d'études sur le rapport bénéfice/risque lié à son utilisation chez la femme enceinte. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact des autres composants (glycérol, propylène glycol arôme). Néanmoins, toute cigarette électronique contenant de l'éthanol doit être écartée chez la femme enceinte et allaitante (152).

II.3.5 Aider au maintien du sevrage tabagique au long cours

Il est important d'aider les patients à maintenir l'arrêt du tabac lorsqu'ils y sont parvenus.

II.3.5.1 Prise en charge pluridisciplinaire

L'accompagnement par un professionnel de santé et la prescription de médicaments peuvent doubler les chances de succès d'un fumeur qui essaie d'arrêter. Mais il ne suffit pas de prescrire, il y a aussi les aspects comportementaux et psychologiques à gérer. La prise en charge pluridisciplinaire et relationnelle autour du patient est fondamentale pour assurer l'accompagnement du patient tabagique. A tout moment, on peut être amené à orienter le patient vers un médecin généraliste, un tabacologue, un oncologue, un psychologue et/ou un diététicien (62).

II.3.5.2 Assurer un suivi

Un suivi médical régulier et prolongé est primordial pour toute démarche de sevrage tabagique engagée. Si ce suivi n'est pas mis en place, on dénombre environ 80% des personnes sous traitement en rechute dans les 6 mois qui suivent l'arrêt du tabac (153). La HAS recommande un suivi hebdomadaire dans un premier temps, puis mensuel pendant les 3 à 6 mois suivants (23).

II.3.5.3 Prévenir les rechutes

Il a été démontré que 80% des fumeurs qui tentent d'arrêter le tabagisme de leur propre initiative, sans aide, font une rechute au cours du premier mois de sevrage et seulement 5% parviennent à un sevrage sur le long terme (154). Ce taux conforte l'intérêt que le professionnel de santé accompagne le patient pour augmenter ses chances de succès dans l'arrêt du tabac au long cours.

La prévention des rechutes commence par informer le patient des effets secondaires potentiels liés à l'arrêt du tabac avant de débiter le sevrage, comme nous l'avons développé au chapitre III.3.3.5.

Pour anticiper les risques de rechute, il est recommandé au patient de repérer et de noter les situations l'incitant habituellement à fumer ainsi que les pensées pouvant conduire à la prise d'une cigarette, afin de les identifier et de les exploiter de manière positive (23). Le patient peut suivre sa progression en établissant un carnet de bord ou un journal de suivi des cigarettes consommées afin d'analyser les moments et les circonstances dans lesquels il est amené à fumer (annexe 12) (43).

Des jeux de rôle peuvent être mis en place pour chaque patient où ils imaginent des scènes qui auparavant les mettaient en difficulté, et ils doivent essayer de décrire ce qu'ils ressentent. Voici quelques exemples :

- Pour les patients ayant des problèmes pulmonaires, on peut leur demander de s'imaginer monter un ou deux étages sans difficulté, de marcher plus vite, de suivre un groupe, de faire du sport... En s'imaginant dans ces situations, ils vont ressentir une plus grande liberté et des bienfaits sur leur santé ;
- Pour les patients ayant arrêté pour des motivations familiales, ils vont imaginer qu'on les félicite, que leur famille est fière d'eux... Cela va renforcer la confiance en soi et le sentiment d'avoir réussi quelque chose de difficile et d'important ;
- Pour les patients ayant de grande difficulté à arrêter, ils peuvent s'imaginer une scène où quelqu'un offre une cigarette et dans laquelle ils essayent de répondre « Non merci, je n'en prends pas » ;
- Pour les personnes ayant une motivation financière, ils vont s'imaginer ce qu'ils peuvent faire avec l'argent autrefois utilisé pour acheter les cigarettes, comme par exemple des voyages, des loisirs, investir dans un bien utile (voiture, maison...), se faire plaisir...

Le praticien conseillera les patients sur le maintien d'une vie équilibrée au quotidien et sur le remplacement du temps où ils fumaient par d'autres activités.

Enfin, il est recommandé d'utiliser des TSN pour accompagner le sevrage. Les patients ayant cessé de fumer sans TSN ont une abstinence de 25 à 51% après une semaine et de 10 à 20% après 3 mois. Les TSN peuvent améliorer les réussites au sevrage et réduire le risque de rechute (155).

II.3.5.4 Faire face aux rechutes

Les reprises du tabac sont fréquentes, même avec la mise en place d'un TSN. Elles concernent environ 50% des fumeurs entre la fin du traitement et les 9 mois suivants. Plusieurs causes peuvent expliquer ces risques de rechute (57) telles que le stress, la prise de poids, la démotivation, les situations de convivialité, un évènement personnel dramatisant, le cerveau n'oubliant pas la nicotine... Les reprises du tabac ne doivent pas amener à la culpabilité ni être perçues comme des échecs. Il s'agit plutôt d'une étape vers un succès différé. En effet, le fumeur acquiert de l'expérience avec ses anciens arrêts. Il va apprendre de ses « erreurs » afin de ne pas les reproduire. Il est important d'analyser la situation qui a déclenché la reprise de la cigarette : quand ? Où ?

Avec qui ? Comment ? Puis d'étudier les émotions et les pensées qui ont précédé et accompagné la rechute (156):

- Des envies irrésistibles de fumer apparaissent souvent dans les 3 à 5 jours qui suivent l'arrêt, puis elles diminuent en nombre, en intensité et en durée ;
- Des émotions agréables sont associées à des pensées minimisantes, elles interviennent principalement en compagnie d'autres fumeurs, par exemple : « *une petite cigarette avec les amis, ce n'est pas si grave* » ;
- Des émotions négatives (stress, anxiété, dépression...) sont associées à des pensées maximalisantes, par exemple : « *j'ai repris une cigarette, je ne réussirai jamais à arrêter* », ce qui amène au sentiment de culpabilité et de découragement.

Il convient de déculpabiliser et de rassurer le patient sur cette étape qui peut ou non intervenir dans la démarche d'arrêt du tabac, que la rechute est tout à fait possible mais qu'il peut s'agir de simples faux pas, de mini-rechutes, et pas forcément un retour aux consommations antérieures. En moyenne, un fumeur se sépare définitivement du tabac après 4 à 6 arrêts (157).

En cas d'envie de fumer, des conseils peuvent être donnés au patient (158) :

- Prenez un substitut nicotinique sous forme orale qui agit rapidement ;
- Buvez un grand verre d'eau ;
- Prenez un chewing-gum ou bonbon sans sucre ;
- Brossez-vous les dents ;
- Relaxez-vous, respirez plusieurs fois lentement et profondément ;
- Occupez vos mains ;
- Faites une promenade, du sport ou autre activité physique ;
- Planifiez vos activités afin d'éviter les moments d'ennui propices aux envies de fumer ;
- Concentrez-vous sur autre chose ;
- Limitez votre consommation d'alcool et de café ;
- Avertissez vos proches de votre arrêt du tabac ;
- Résistez à l'influence des fumeurs, affirmez votre nouvelle identité d'ex-fumeur ;

- N'hésitez pas à demander l'aide d'un professionnel de santé et à faire appel aux ressources gratuites (Tabac info service, 39 89...).

II.3.6 Résumé de la prise en charge du fumeur

II.3.6.1 Les différentes interventions

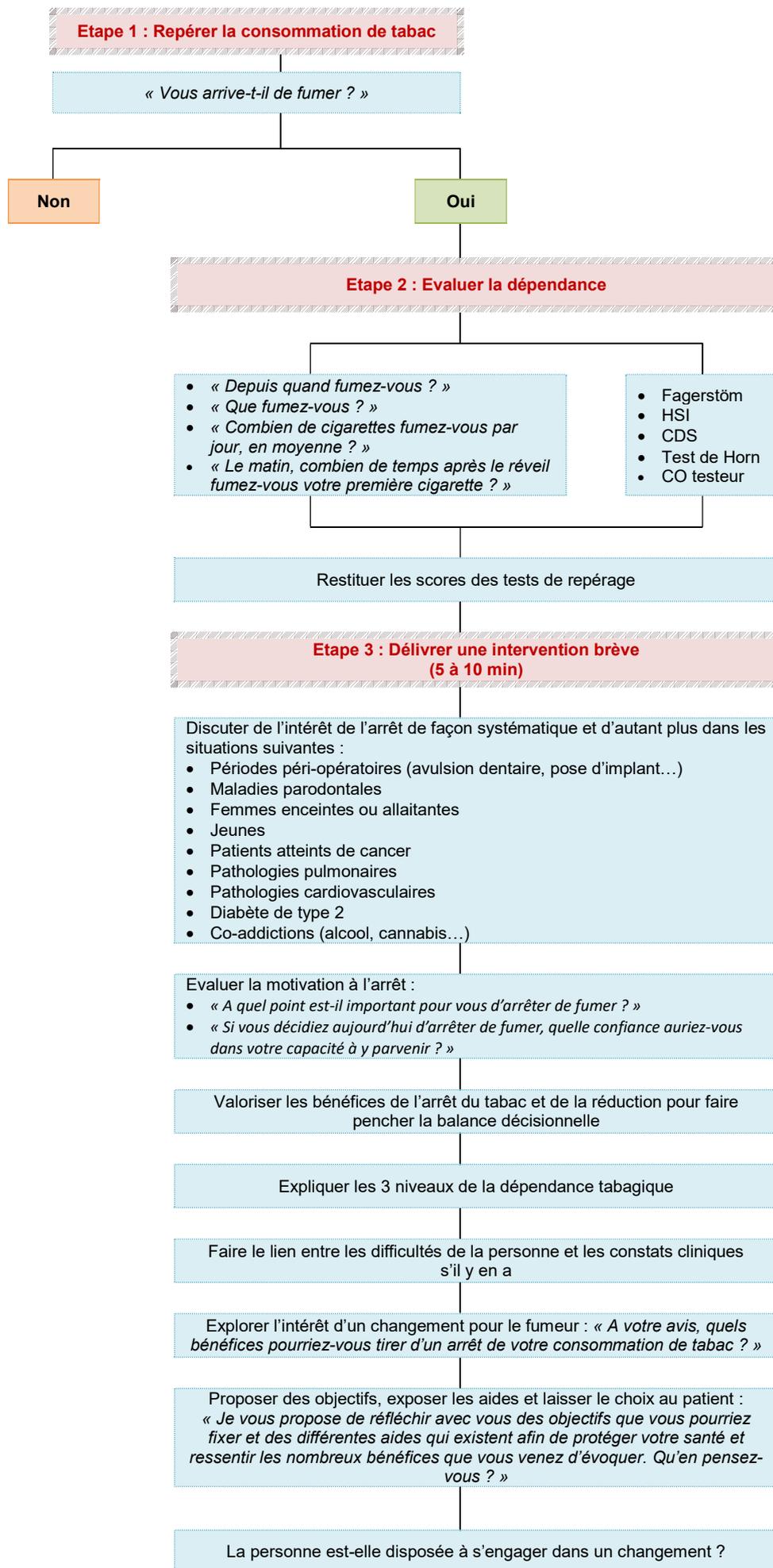
Le tableau 6 ci-dessous résume les différentes interventions pouvant aider le fumeur à arrêter le tabagisme (121).

Tableau 6 : Interventions d'aide à l'arrêt du tabac en pratique (121)

| Interventions | Stratégies efficaces |
|--|---|
| <p>Intervention brève (3 min)</p> <p><u>Objectif</u> : sensibiliser le fumeur au problème de son tabagisme</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Demander la permission de discuter du tabagisme <input checked="" type="checkbox"/> Recommander l'arrêt du tabac en évitant la confrontation <input checked="" type="checkbox"/> Informer sur les bénéfices de l'arrêt et les risques du tabagisme : personnaliser son histoire, son contexte, sa santé et les propos du patient <input checked="" type="checkbox"/> Offrir de l'aide pour le sevrage tabagique <input checked="" type="checkbox"/> Offrir de la documentation adaptée <input checked="" type="checkbox"/> Proposer un suivi |
| <p>Intervention motivationnelle (5-10 min)</p> <p><u>Objectif</u> : motiver le fumeur à la décision d'arrêter</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Entretien motivationnel <input checked="" type="checkbox"/> Recommander l'arrêt du tabac <input checked="" type="checkbox"/> Balance décisionnelle du fumeur : avantages & inconvénients du tabac <input checked="" type="checkbox"/> Discuter les obstacles à l'arrêt et les solutions : rechute, symptômes de sevrage, prise de poids, gestion du stress, autres fumeurs, dépression... <input checked="" type="checkbox"/> Offrir une aide pour le sevrage tabagique <input checked="" type="checkbox"/> Offrir de la documentation adaptée <input checked="" type="checkbox"/> Proposer un suivi |
| <p>Conseils d'aide à l'arrêt du tabac</p> <p><u>Objectif</u> : aider le fumeur à cesser le tabac puis à maintenir l'arrêt</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Soutenir la décision d'arrêt du tabac <input checked="" type="checkbox"/> Etablir un plan d'arrêt du tabac : date d'arrêt, préparation, soutien social, réduction avant l'arrêt <input checked="" type="checkbox"/> Définir les stratégies de prévention de la rechute : identifier les situations à risque, planifier des stratégies adaptées aux situations (anticiper, éviter, alternatives, résister, s'enfuir) <input checked="" type="checkbox"/> Offrir une documentation adaptée <input checked="" type="checkbox"/> Proposer un suivi : 1 + 2 + 4+ 8 semaines <input checked="" type="checkbox"/> Evaluer la dépendance à la nicotine : nombre de cigarettes, temps entre le réveil et la 1^{ère} cigarette, symptômes de sevrage à l'arrêt |
| <p>Traitement pharmacologique (3 à 6 mois)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Substitution nicotinique unique : patch, gomme, comprimé, inhalateur, spray buccal <input checked="" type="checkbox"/> Substitution nicotinique combinée : patch + gomme / comprimé / inhalateur / spray buccal <input checked="" type="checkbox"/> Varenicline ou bupropion (prescription par un médecin) |
| <p>Autres aides</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Consultation spécialisée en tabacologie <input checked="" type="checkbox"/> Conseil téléphonique <input checked="" type="checkbox"/> Programme interactif sur internet ou application smartphone <input checked="" type="checkbox"/> Vapoteuse avec nicotine si échecs des autres méthodes ou choix du patient, en informant des risques potentiels |

II.3.6.2 La prise en charge du fumeur au cabinet dentaire

La prise en charge du patient tabagique au cabinet dentaire peut se résumer selon l'arbre décisionnel présenté en figure 17 (159).



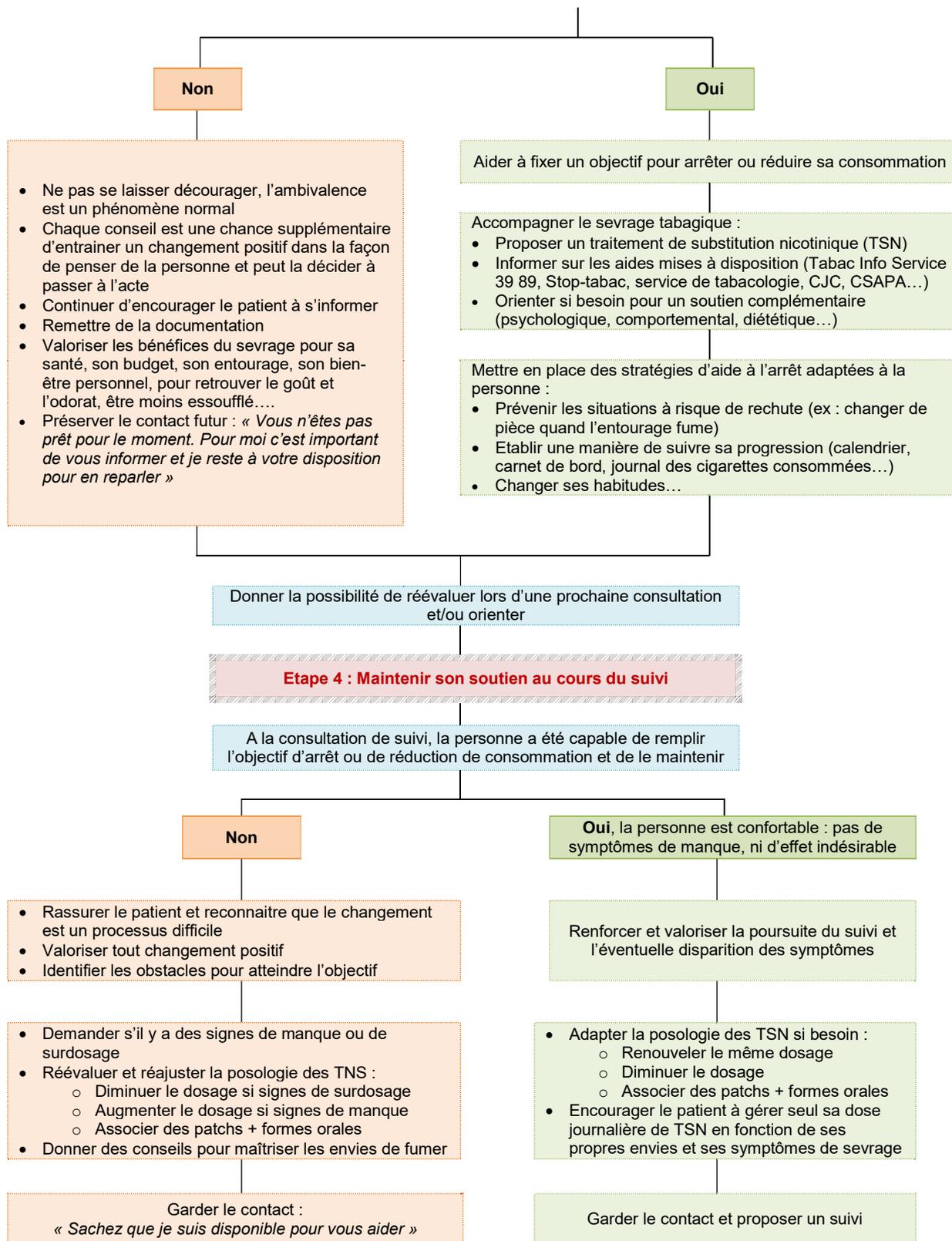


Figure 17 : Adapter la prise en charge tabagique au cabinet dentaire (159)

III. Elaboration d'un module d'autoformation des étudiants en odontologie dans l'aide au sevrage tabagique des patients

III.1 Objectifs

L'objectif de ce module d'auto-formation est, dans un premier temps, de sensibiliser les étudiants en odontologie, plus spécifiquement ceux en 6^{ème} année du cycle cours des études, à leur rôle dans l'accompagnement du patient fumeur dans son sevrage tabagique au cabinet dentaire. A plus long terme, on pourra considérer l'intérêt d'étendre ce module d'auto-formation aux chirurgiens-dentistes voire à d'autres professionnels de santé souhaitant se former en tabacologie.

Concernant la formation des professionnels de santé pour l'aide à l'arrêt du tabac, la HAS recommande (23) :

- D'intégrer le dépistage individuel et l'aide à l'arrêt du tabac dans la formation initiale de tous les professionnels de santé, ainsi que dans les programmes de développement professionnel continu ;
- De sensibiliser les professionnels de santé à l'utilisation de l'entretien motivationnel.

En effet, former les professionnels de santé, c'est augmenter les chances de succès de la prise en charge du sevrage tabagique.

Ce module d'autoformation vise à répondre à ces recommandations et à favoriser, chez les étudiants, le développement de compétences en tabacologie par :

- La compréhension des effets multiples du tabagisme ;
- Une meilleure connaissance de la place du chirurgien-dentiste dans la prise en charge du sevrage tabagique ;
- La mise en oeuvre des stratégies d'aide à l'arrêt du tabac ;
- La sensibilisation à l'entretien motivationnel.

Ce module pourrait, par la même occasion, éventuellement engager les étudiants dans une dynamique d'arrêt du tabac pour eux-mêmes en s'aidant des différentes ressources abordées durant le module d'auto-formation.

III.2 Méthodologie

III.2.1 Choix du format pédagogique

Compte tenu du contexte sanitaire actuel, nous avons décidé de concevoir un enseignement sous une forme numérique en distanciel. Les pratiques numériques se multiplient en France qui compte désormais environ 88% d'internautes, selon un rapport de la MILDECA publié en mars 2020 (160). Pour autant, il existe des avantages et des limites pour l'apprenant et le formateur²⁴ au recours au e-learning qui sont synthétisés dans le tableau 7 ci-après.

Tableau 7 : Avantages et inconvénients du e-learning (source : www.wethetalent.co/fr/formation-education/formation-e-learning-avantages-et-inconvenients)

| | Avantages | Inconvénients |
|-------------------------------|---|---|
| Du côté de l'apprenant | <ul style="list-style-type: none">• Apprenant acteur de sa formation• Interactivité et attractivité du contenu• Flexibilité et adaptabilité selon ses disponibilités (heure, lieu)• Formation à son propre rythme indépendamment des autres apprenants• Auto-évaluation en cours et fin de cursus• Suivi personnel de son avancement dans la formation | <ul style="list-style-type: none">• Appréhension de l'outil information, réticences aux nouvelles technologies• Gestion de son autonomie• Gestion de sa motivation et de son implication, effort de concentration• Pas de contacts directs avec le formateur |
| Du côté du formateur | <ul style="list-style-type: none">• Pré-requis pour évaluer le niveau des apprenants• Formation sur des outils interactifs et attractifs• Flexibilité et adaptabilité selon ses disponibilités (heure, lieu)• Suivi des apprenants depuis la plateforme• Formation de « masse » (nombre d'apprenants illimité)• Supports de formation pérennes et actualisables• Contraintes logistiques réduites (pas de déplacement, pas de location de salle...)• Auto-évaluation avec correction automatique et feedback | <ul style="list-style-type: none">• Prise en main de l'outil de création du cours• Pas de contact direct avec l'apprenant• Passage d'une communication majoritairement orale à écrite |

²⁴ Source : www.wethetalent.co/fr/formation-education/formation-e-learning-avantages-et-inconvenients

La question de l'interaction directe entre étudiants et formateurs mérite malgré tout d'être posée. En effet, s'agissant d'évoquer un sujet qui touche au comportement et à la psychologie, les échanges en synchrone pourraient soutenir le développement efficace des compétences visées. Néanmoins, dans une première intention, nous faisons le choix d'un format asynchrone permettant aux étudiants de se former lorsqu'ils le souhaitent. Nous veillerons néanmoins à soutenir l'acquisition progressive des compétences par divers moyens.

III.2.2 Choix du support de diffusion

En ce qui concerne le choix de la plateforme de diffusion, nous avons choisi de recourir à une plateforme déjà connue et accessible aux étudiants en odontologie de l'Université de Lille, à savoir **Moodle**. Le chemin d'accès au module d'auto-formation est le suivant : Faculté de Chirurgie-Dentaire > T1 > Prévention Santé Publique > Aide au sevrage tabagique. L'adresse sur laquelle le module est disponible est : <https://moodle.univ-lille.fr/course/index.php?categoryid=523>

L'inscription facile avec code d'inscription est choisie pour ce module. De cette manière, un code d'inscription peut être spécifiquement créé chaque année universitaire et communiqué aux étudiants concernés.

III.2.3 Présentation synthétique du contenu pédagogique

Le contenu pédagogique constitue la ressource la plus importante dans un enseignement numérique. Un module, intitulé « Aide au sevrage tabagique des patients par le chirurgien-dentiste », est inséré au sein de la formation des étudiants de 6^{ème} année des études en odontologie du cycle court. Nous proposons de l'insérer dans l'axe « approfondissement disciplinaire ».

Le premier objectif de ce module d'auto-formation est de favoriser la compréhension par les apprenants des objectifs visés par ce module. C'est en effet la seule façon de s'assurer que le module soit efficace et puisse à terme contribuer à un meilleur confort des praticiens dans leur rôle et in fine à un meilleur accompagnement des patients à l'arrêt du tabac.

Le module d'auto-formation est divisé en 4 chapitres dont l'architecture est détaillée dans le tableau 8 ci-après. Le contenu se base principalement sur les

éléments bibliographiques issus des précédentes parties de cette thèse, hormis le chapitre 1.

Du fait de la visée de compétences pratiques au cabinet dentaire, nous prévoyons que l'intégralité des chapitres puisse être relue autant de fois que nécessaire, selon chaque apprenant.

Un dernier chapitre intitulé « Pour aller plus loin... » recense des informations non-exhaustives sur les formations proposées en France (DIU) et dans les Hauts-de-France (par l'URPS des chirurgiens-dentistes et Hauts-de-France Addiction). De plus, l'apprenant y trouvera les adresses de sites internet utiles pour approfondir ses connaissances.

Une mise en situation du module a pu être réalisée auprès d'un étudiant de 6^{ème} qui a volontairement accepté de le tester et de nous faire part de ses impressions.

Tableau 8 : Architecture du module d'auto-formation « Aide au sevrage tabagique des patients par le chirurgien-dentiste »

| Chapitre | Titre des livres | Objectifs | Type d'activité Moodle | Temps estimé d'auto-apprentissage |
|--|--|--|------------------------|-----------------------------------|
| Chapitre 1 : Actualisation des connaissances sur les enjeux du tabac | Livre 1 : Le tabac : qu'en est-il aujourd'hui ? | <ul style="list-style-type: none"> Actualiser ses connaissances générales sur le tabac | Livre | 1h30 |
| | Livre 2 : Qu'est-ce que la dépendance tabagique ? | <ul style="list-style-type: none"> Comprendre les caractéristiques de la dépendance tabagique | Livre | |
| | Livre 3 : Quelles conséquences du tabac sur la santé ? | <ul style="list-style-type: none"> Informer les patients des conséquences du tabac sur la santé générale et bucco-dentaire | Livre | |
| Chapitre 2 : L'abord du patient fumeur | Livre 1 : Les méthodes d'intervention | <ul style="list-style-type: none"> Identifier les différentes méthodes d'intervention d'aide au sevrage tabagique | Livre | 1h |
| | Livre 2 : Identifier le statut tabagique | <ul style="list-style-type: none"> Repérer le statut tabagique du patient Evaluer la consommation de tabac Evaluer la dépendance tabagique Identifier les différents tests de repérage et interpréter les résultats Identifier les facteurs de risque associés au tabac | Livre | |
| | Livre 3 : Initier et soutenir le changement | <ul style="list-style-type: none"> Décrire les étapes du changement Evaluer la motivation du patient Adapter son attitude selon l'état d'esprit du fumeur Formuler les principes de l'entretien motivationnel Délivrer des conseils d'arrêt Renforcer la balance motivationnelle | Livre | |
| Chapitre 3 : L'accompagnement du sevrage tabagique | Livre 1 : Exposer les différentes aides | <ul style="list-style-type: none"> Distinguer les différentes stratégies d'aide à l'arrêt du tabac | Livre | 1h |
| | Livre 2 : Comment prescrire les substituts nicotiques ? | <ul style="list-style-type: none"> Prescrire les substituts nicotiques, choisir la forme galénique adaptée au patient, informer de leur mode d'utilisation et ajuster leur posologie | Livre | |
| | Livre 3 : Maintenir son soutien au cours du suivi | <ul style="list-style-type: none"> Prévenir les risques de rechute Faire face aux rechutes Assurer un suivi à long terme du sevrage tabagique | Livre | |
| Chapitre 4 : Mise en pratique au cabinet dentaire | Livre 1 : Informer les patients fumeurs au cabinet dentaire | <ul style="list-style-type: none"> Diffuser de l'information au cabinet dentaire à l'intention des patients fumeurs Remettre de la documentation aux patients fumeurs | Livre | 30 min |
| | Livre 2 : Comment gérer les situations particulières ? | <ul style="list-style-type: none"> Adapter la prise en charge face à des profils spécifiques de fumeur (femme enceinte, adolescent, dépendance alcool-tabac, trouble anxio-dépressif...) | Livre | |
| | Livre 3 : Quelques pistes pour structurer l'entretien motivationnel | <ul style="list-style-type: none"> Adopter une démarche motivationnelle Structurer son entretien motivationnel Eviter de se confronter à une résistance de la part du patient Adapter son approche en cas de résistance | Livre + vidéo | |
| | Exemples d'entretien motivationnel | <ul style="list-style-type: none"> Mettre en application les connaissances acquises sur le sevrage tabagique avec des exemples d'entretien que l'on pourrait réaliser au cabinet dentaire | Leçon | |

III.2.4 Modalités de contrôle des compétences acquises

Une activité dite « test » d'auto-évaluation, disponible à la fin de chaque chapitre, permet à chaque apprenant d'évaluer les compétences acquises dans le chapitre en question. Cette activité se présente sous la forme de vrai/faux et de QCM, en correction automatique. Ainsi, l'apprenant dispose de ses résultats immédiatement après chaque tentative. Lors de la correction, un feedback sous forme de commentaire s'affiche pour apporter des informations complémentaires à certaines réponses, et aider l'apprenant à comprendre ses lacunes. Un minimum de 75% de bonnes réponses à chaque chapitre est considéré comme le score minimum acceptable. C'est pourquoi ce score minimum permet l'accès au chapitre suivant. Chaque test peut néanmoins être réitéré autant de fois que nécessaire jusqu'à l'obtention de ce taux de réussite d'au moins 75%.

La validation du module d'auto-formation en entier est effective lorsque toutes les activités test sont validées par chaque apprenant.

Lors de la première année universitaire de mise en ligne, l'évaluation des étudiants sera formative, uniquement proposée dans le but de permettre une progression dans leur apprentissage. Après analyse des résultats et du ressenti des étudiants sur l'enseignement, une évaluation sommative pourra ensuite être envisagée dans les années à venir.

III.2.5 Calendrier pédagogique

Pour cette première année (2020-2021), le module d'autoformation pourrait être proposé durant le deuxième semestre, sous réserve de validation du responsable des enseignements des étudiants de 6^{ème} année du cycle court.

III.2.6 Evaluation par les apprenants du module d'auto-formation

A la fin du module d'auto-formation, une fois celui-ci validé par chaque apprenant, un questionnaire d'évaluation du module d'autoformation est proposé dans le but :

- De connaître le ressenti et la satisfaction des participants sur le module d'auto-formation ;
- D'améliorer le contenu pour des participants ultérieurs ;
- D'évaluer l'intérêt du format e-learning ;

- D'estimer l'implication future des étudiants, s'ils envisagent l'accompagnement du sevrage tabagique dans leur pratique, que ce soit au sein du stage hospitalier ou dans leur future pratique en cabinet dentaire.

Cette évaluation s'inspire du « questionnaire d'analyse de l'enseignement » précédemment réalisé dans la thèse de Docteur en chirurgie dentaire du Docteur BEDEZ Maxime, avec l'aide du Centre d'Accompagnement des Pratiques Enseignantes (CAPE) de l'Université de Lille (161). Elle comporte des questions relatives au profil de l'apprenant, des échelles de jugement, des questions ouvertes, et des espaces dédiés aux commentaires libres. Les réponses sont traitées de manière anonyme.

III.3 Résultats

Le module d'autoformation est disponible sur la plateforme Moodle à l'adresse précédemment rapportée.

III.4 Discussion

III.4.1 Intérêts

Ce module d'autoformation présente un côté novateur. En effet, de nombreux freins témoignent de la faible implication des chirurgiens-dentistes dans le sevrage des patients fumeurs, notamment le manque de formation sur la tabacologie dans le cursus universitaire. La modernité du format répond aux évolutions numériques et au contexte sanitaire actuel. Ce type de format soutient l'autonomisation de l'étudiant en fin d'études et se rapproche des formats classiques de la formation continue. Il permet de suivre l'apprentissage de chaque étudiant par les activités test et d'intégrer dès la conception du module un volet d'évaluation de l'enseignement.

III.4.2 Limites

Ce module d'autoformation revêt tout de même des limites. Des connaissances théoriques même couplées à des mises en situation ne sauraient constituer une approche complète de la prise en charge du sevrage tabagique, sans la mise en pratique simulée voire réelle des compétences dans des situations cliniques concrètes. En effet, il est quasi impossible de faire transparaître les interactions avec le patient ni même son propre vécu de la

situation en tant que professionnel sans au minimum des situations simulées voire des cas pratiques au fauteuil (162,163).

Dans l'optique d'aider l'étudiant à la prise en charge la plus complète possible du patient fumeur, ce module pourrait être complété de vidéos démonstratives d'entretiens motivationnels applicables au cabinet dentaire.

Il serait intéressant de pouvoir compléter ce module d'auto-formation par la formation pratique des étudiants à l'abord du fumeur, notamment pour développer l'aspect relationnel, la communication et les entretiens motivationnels. Pour cela, on pourrait par exemple imaginer des mises en situation simulées dans des « jeux de rôle » dans lesquelles les apprenants échangeraient entre eux en adoptant tour à tour le rôle du fumeur, du soignant voire de l'accompagnant ou de l'assistante dentaire (163). En effet, à terme, cet enseignement vise à ce que tout étudiant de fin de 6^{ème} année puisse être capable de transférer les compétences acquises à la prise en charge quotidienne de patients fumeurs accueillis dans les stages hospitaliers avec l'aide des praticiens hospitaliers. Ainsi, ce type de complément plus proche de la pratique clinique constituerait un réel atout à réfléchir dans l'avenir.

III.4.3 Perspectives

Destiné de prime abord aux étudiants en odontologie de fin de cycle court, afin d'ouvrir leur curiosité et de développer leurs compétences en matière de tabacologie, ce module d'auto-formation pourrait être proposé aux étudiants en cycle long, c'est-à-dire les internes en « Médecine Bucco-dentaire », en « Chirurgie Orale » ainsi qu'en « Odontologie dento-faciale » puisqu'ils sont aussi amenés à rencontrer des adultes fumeurs. D'autre part, ce module d'auto-formation pourrait se révéler pertinent pour les chirurgiens-dentistes déjà diplômés désireux d'actualiser leurs compétences sur ce sujet.

La prise en charge du patient fumeur est une intervention brève de quelques minutes pouvant être réalisée à l'occasion de n'importe quel entretien face à un fumeur et, par conséquent, ce type de formation pourrait même s'étendre à d'autres professionnels de santé, dès lors qu'on l'ancre bien dans la pratique quotidienne de chacun de ces professionnels. La trame principale de l'aide au sevrage tabagique pourrait rester globalement la même (identifier le fumeur, conseiller, accompagner ou orienter), à laquelle s'ajoutent les spécificités en lien avec le tabac, propres à chaque domaine de la santé. Plus les acteurs de la santé sont nombreux et convergent dans leur discours à délivrer des messages de

prévention et de motivation face aux patients fumeurs, plus la probabilité que la porte vers l'arrêt du tabac s'ouvre est grande. Ainsi, ce type de formation pourrait dans un avenir proche s'inscrire dans des formations communes aux étudiants en santé et sport au sein d'une future UF3S à l'Université de Lille par exemple. Ce type d'enseignement interprofessionnel pourrait renforcer la motivation des professionnels de santé à travailler davantage de concert à une prise en charge globale de leurs patients d'autant plus avec la multiplication des cabinets pluriprofessionnels.

Conclusion

En tant que professionnel de la santé et de la Santé Publique, le chirurgien-dentiste a toute sa place dans la prise en charge du sevrage tabagique. Il est amené à rencontrer fréquemment des patients fumeurs et à les revoir dans le cadre de la continuité des soins bucco-dentaires. Il peut dépister diverses conséquences attribuables au tabac, directement visibles au niveau de la sphère orale, telles que les colorations dentaires, les maladies parodontales, les pertes osseuses, les prémices d'un cancer buccal... Qui sont autant de motifs facilitant l'abord de la problématique du tabac avec le patient. Chaque consultation face à un fumeur est une opportunité pour le professionnel d'ouvrir une porte vers l'arrêt du tabac par le patient, de renforcer sa motivation, de délivrer des conseils et de l'accompagner tout au long de son changement. Des interventions brèves, de 3 à 10 minutes, sont facilement réalisables au cabinet dentaire et s'avèrent efficaces, moyennant l'acquisition de compétences spécifiques qui semblent peu difficiles. Ainsi, les contraintes liées au manque de temps ne seraient plus légitimes pour freiner la prise en charge du sevrage tabagique. Le dépistage et les conseils d'arrêt doivent être systématiques. Le chirurgien-dentiste peut ensuite choisir de référer son patient ou de lui proposer de l'aide, telle que la prescription de TSN autorisée depuis 2016 pour les chirurgiens-dentistes. Pour augmenter les chances de réussite du sevrage, il est nécessaire de considérer les 3 aspects de la dépendance tabagique en associant une aide pharmacologique, un soutien comportemental et un soutien psychologique. La prescription de deux formes combinées de TSN, l'une à action prolongée (patch) et l'autre à action courte (gomme, spray buccal, inhalateur, comprimé sublingual ou pastille), s'avère efficace pour diminuer les symptômes de manque et contribuer au succès du sevrage.

Le risque de rechute est fréquent mais fait partie du cycle de sevrage. Le suivi du patient est donc primordial afin de prévenir ce risque et d'apporter un soutien continu tout au long de son processus d'arrêt. Ainsi le chirurgien-dentiste, de par son contact au long cours avec les patients, occupe une place centrale dans cet accompagnement, et d'autant plus dans une approche intégrée avec les autres professionnels de santé que le patient côtoie.

Le module d'autoformation réalisé dans le cadre de cette thèse vise à encourager les chirurgiens-dentistes à développer l'accompagnement du patient

fumeur au sevrage tabagique, en leur apportant les bases de la tabacologie et les stratégies pouvant être mises en place face à tout patient fumeur. Cependant, un enseignement en ligne ne saurait être exhaustif pour refléter la réalité du terrain auprès des patients. Ainsi, il devrait à terme se coupler à une mise en pratique au moins simulée voire au « lit du malade » dans le cadre des stages hospitaliers des étudiants ou au sein du cabinet dentaire, afin de développer une approche relationnelle et motivationnelle plus aboutie du patient fumeur.

Références bibliographiques

1. WHO - World Health Organization. Le tabac [Internet]. [cité 27 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int>
2. Ménard C, Grizeau-Clemens, Wemaere J, INPES, UFBSD. Santé bucco-dentaire des adultes. *Evolutions*. mars 2016;(35):10.
3. OMS. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT). Genève: World Health Organization; 2003 mai p. 37.
4. Légifrance. Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. juill 9, 1976.
5. Légifrance. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. janv 10, 1991.
6. Mattei J, Haigneré C, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Plan Cancer : 2003-2007. Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer. Paris; 2003 mars p. 44. (République Française).
7. Ministère de la santé et de la protection sociale. Décret n°2004-949 du 6 septembre 2004 relatif à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de seize ans. 2004.
8. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (MENESR), Ministère de la santé et des solidarités, De Villepin D, Bertrand X. Décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. 2006.
9. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la santé et des sports, Grünfeld J-P. Plan Cancer : 2009-2013. Boulogne-Billancourt: Institut National du Cancer; 2009 p. 49-51.
10. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les principales mesures de la loi [Internet]. 2017 [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/article/les-principales-mesures-de-la-loi>
11. Santé Publique France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire : Journée mondiale sans tabac. 26 mai 2020;(14):271-94.
12. Ordre National des Chirurgiens-Dentistes. Le praticien au coeur de la lutte contre le tabagisme. *La Lettre*. févr 2016;(145):24-5.
13. Article 134 - Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016.
14. Touraine M, Sapin M, Urvoas J-J, Hollande F, Valls M. Ordonnance n° 2016-623 du 19 mai 2016 portant transposition de la directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente des produits du tabac et des produits connexes.
15. Buzyn A, Darmanin G, Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de

l'Action et des Comptes publics. Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022 [Internet]. 2018. 39 p. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf

16. Ministère des affaires sociales et de la santé, Touraine M. Décret n°2017-633 du 25 avril 2017 relatif aux conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectif. 2017.
17. Ministère de l'action et des comptes publics. Arrêté du 31 janvier 2020 portant homologation des prix de vente au détail des tabacs manufacturés en France à l'exclusion des départements d'outre-mer. 2020.
18. Institut National du Cancer. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : Feuille de route 2021-2025. Boulogne-Billancourt; 2021 févr p. 58.
19. Ministère des Solidarités et de la Santé. Lutte contre le tabagisme [Internet]. 2020 [cité 12 juill 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme>
20. MoisSansTabac [Internet]. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <http://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr/>
21. Santé Publique France, Agence Régionale de Santé (ARS). Bulletin de santé publique - hauts-de-France. 2019 janv p. 23.
22. Dent'in. Le chirurgien-dentiste, un bon allié pour arrêter de fumer. Chir-Dent Fr. nov 2018;38-40.
23. Haute Autorité de Santé. Arrêt de la consommation de tabac : dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/argumentaire_scientifique_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf
24. Haute Autorité de Santé. Référentiel Tabac - Dépistage du tabagisme et prévention des maladies liées au tabac. 2016. 103 p.
25. Butler CC, Rollnick S, Cohen D, Bachmann M, Russell I, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. Br J Gen Pract. août 1999;49(445):611-6.
26. Gordon JS, Severson HH. Tobacco Cessation Through Dental Office Settings. J Dent Educ. 2001;65(4):354-63.
27. Gordon JS, Andrews JA, Crews KM, Payne TJ, Severson HH, Lichtenstein E. Do Faxed Quitline Referrals Add Value to Dental Office-Based Tobacco-Use Cessation Interventions? J Am Dent Assoc. 1 août 2010;141(8):1000-7.
28. Zhang B, Bondy S, Diemert L. Can dentists help patient quit smoking ? The role of cessation medications. J Can Dent Assoc. nov 2017;83(h1):358-9.
29. Carr AB, Ebbert J. Interventions for tobacco cessation in the dental setting. Cochrane Database Syst Rev. 13 juin 2012;(6):CD005084.
30. Hanioka T, Ojima M, Hamajima N, Naito M. Patient feedback as a motivating force to quit smoking. Community Dent Oral Epidemiol. août 2007;35(4):310-7.

31. Cohen SJ, Stookey GK, Katz BP, Drook CA, Christen AG. Helping smokers quit: a randomized controlled trial with private practice dentists. *J Am Dent Assoc* 1939. janv 1989;118(1):41-5.
32. Prakash P, Belek MG, Grimes B, Silverstein S, Meckstroth R, Heckman B, et al. Dentists' attitudes, behaviors, and barriers related to tobacco-use cessation in the dental setting. *J Public Health Dent*. 2013;73(2):94-102.
33. Hanioka T, Ojima M, Kawaguchi Y, Hirata Y, Ogawa H, Mochizuki Y. Tobacco interventions by dentists and dental hygienists. *Jpn Dent Sci Rev*. 1 févr 2013;49(1):47-56.
34. Mitra DK, Pawar SD, Mandal A, Shah RA, Rodrigues SV, Desai AB, et al. Attitudes of dental professionals toward tobacco use. *J Indian Soc Periodontol*. 2015;19(3):317-21.
35. Clover K, Hazell T, Stanbridge V, Fisher RS. Dentists' attitudes and practice regarding smoking. *Aust Dent J*. 1999;46-50(1).
36. RESPADD. Enquête Tabagisme en blouse blanche – Analyse nationale de l'enquête sur le tabagisme en établissement de santé. Questionnaire destinés aux personnels hospitaliers [Internet]. 2020 [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.respadd.org/hopital-sans-tabac-lieu-de-sante-sans-tabac/enquete-tabagisme-en-blouse-blanche/>
37. Brouers A-F. Prise en charge par les chirurgiens-dentistes du tabagisme de leurs patients. Mémoire pour le DIU de tabacologie et aide au sevrage tabagique présenté au 12ème congrès de la Société Francophone de Tabacologie [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www.societe-francophone-de-tabacologie.org/dl/csft2018-95-BROUERS.pdf>
38. Ferreira FHA, Rodrigues LMB, Lima CF, Nicodemo D, Almeida JD, Teixeira SC. Tobacco use and cessation knowledge among dental students and dentists. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. août 2017;124(2):e149.
39. Cottencin O, Vanniménus C. Tabagisme et comorbidités addictives : facteurs limitants à l'arrêt du tabac. *Lett Pneumol*. 2017;XX(1):17-20.
40. Maes I, Office français de prévention du tabagisme O. J'arrête la cigarette : une décision salubre pour ma santé bucco-dentaire. Pascale Sommero. 2009. (Tabacologia : vivre sans fumées).
41. Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFFSAPS). Recommandation de bonne pratique : Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Paris; 2003 p. 1S-44S. (Alcoologie et Addictologie). Report No.: 25.
42. Fiore M, Jaén C, Kaer T, Bailey W, Benowitz N. Treating Tobacco Use and Dependence: clinical practice guideline 2008 update. Washington: US Department of Health and Human Services; 2008.
43. Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD). Accompagner l'arrêt du tabac avec succès. Paris: Bernard Artal Graphisme; 2020. (Lieu de santé sans tabac).

44. Bassong A, Sadowski IJ, Clair C. Stratégies d'aide à l'arrêt du tabac. *Prim Hosp Care - Médecine Interne Générale*. 2020;20(7-8):241-6.
45. Papadakis S, McEwen A. Very Brief Advice on Smoking for Dental Patients [Internet]. NCST. United Kingdom; 2018 [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ncsct.co.uk/usr/pub/NCSCCT%20dental%20VBA.pdf>
46. Fricain J-C, Bobard A-G, Boisramé S, Lesclous P. Référentiel Internat Chirurgie Orale, sous l'égide du Collège des enseignants de chirurgie orale. Paris: L'information Dentaire; 2017. 536 p.
47. Ordre des Dentiste du Québec. Intervenir auprès des patients fumeurs. Un guide à l'intention des dentistes. Montréal; 2005. 32 p.
48. Collège des Enseignants de Pneumologie (CEP). Item 75 (ex-item 73) : Addiction au tabac [Internet]. 2021. 11 p. Disponible sur: http://cep.splf.fr/wp-content/uploads/2020/11/item_75_Tabac_2021_ex_item_73.pdf
49. Hill C. Pour en finir avec les paquets-années. *Revue des Maladies Respiratoires*. 1992;9(6):573-4.
50. Département Cancer et Environnement. Risque tabagisme passif, tabac, cancer du poumon, cancer du fumeur, tumeur de la plèvre [Internet]. 2018 [cité 26 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/267-Tabac.ce.aspx>
52. Dautzenberg B. Le sevrage tabagique par les dentistes et stomatologues. *Actual Odonto-Stomatol*. mars 2007;(237):93-103.
53. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. sept 1991;86(9):1119-27.
54. Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addict Abingdon Engl*. févr 1999;94(2):269-81.
55. Underner M, Peiffer G. Interprétation des valeurs du CO expiré en tabacologie. *EM-Consulte*. avr 2010;27(4):293-300.
56. SRAE Adictologie. Protocole de soins : Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) [Internet]. 2018 [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: http://www.srae-addicto-pdl.fr/files/00/02/47/00024748-bf4ed4b83e8c12afe76f3e39be2c0820/tabac_grossesse_elsa_juin-2018.pdf
57. Dansou A. Addiction au tabac. Item 73. *Rev Prat*. mars 2019;69:e75-80.
58. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. juin 1983;67(6):361-70.
59. Yudkin J. How can we best prolong life? Benefits of coronary risk factor reduction in non-diabetic and diabetic subjects. *BMJ*. 1993;306:1313-8.
60. Dautzenberg B. Le tabagisme de la clinique au traitement. *MED'COM*; 2010. 206 p.

61. DiClemente C, Prochaska J. *Am Psychologist*. 1999;47:1102.
62. Underner M, Peiffer G, Perriot J. Prise en charge du tabagisme. *Rev Mal Respir*. 2014;6:320-34.
63. Gache P, Fortini A, Meynard A, Reiner Meylan M, Sommer J. L'entretien motivationnel : quelques repères théoriques et quelques exercices pratiques. *Rev Médicale Suisse*. 2006;2(31657).
64. Miller WR, Rollnick S. *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. 3ème édition. Interéditions; 2019. 434 p.
65. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, Lambert JD, Aveyard P. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [cité 23 nov 2020];(7). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub4/full/full>
66. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, 2nd Edition. New York; 2002. 428 p. (Guilford Publication).
67. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Pratique de l'entretien motivationnel. Communiquer avec le patient en consultation*. Interéditions. 2008. 247 p. (Soins et Psy).
68. Sousa CD, Romo L, Excoffier A, Guichard J-P. Lien entre Motivation et Insight dans la prise en charge des addictions. *Psychotropes*. 2011;Vol. 17(3):145-61.
69. Languérande E, Bourrit F, Zullino D, Krebs MO. Variations autour de la « balance décisionnelle » de Janis et Mann, in Congrès de l'Encéphale, 22, 23 et 24 janvier 2009, Paris. 2009;
70. Légeron P. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2001;11(2):53-61.
71. McKee SA, O'Malley S, Steward WT, Neveu S, Land M, Salovey P. How to Word Effective Messages About Smoking and Oral Health: Emphasize the Benefits of Quitting. *J Dent Educ*. 2004;68(5):569-73.
72. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V, Million Women Study Collaborators. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet Lond Engl*. 12 janv 2013;381(9861):133-41.
73. Bellanger E. Tabac : l'inquiétante hausse des pathologies cardio-vasculaires. *Quotid Médecin*. 2020;9846:3.
74. Abdenndi K, Lahlou N. *Arrêt du tabac*. Medi-text Editions. 2005. 78 p. (Rumeurs & Réalités).
75. Pourquoi arrêter de fumer? [Internet]. *Tabacstop*. 2012 [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.tabacstop.be/info-pour-fumeurs/pourquoi-arr-ter-de-fumer>
76. Mirbod SM, Ahing SI. Tobacco-associated lesions of the oral cavity: Part I. Nonmalignant lesions. *J Can Dent Assoc*. mai 2000;66(5):252-6.

77. Ramseier CA, Bornstein M, Saxer UP, Klingler K, Walter C. Prévention et sevrage tabagique au cabinet dentaire. *Rev Mens Suisse Odontostomatol.* 2007;117(3):267-78.
78. Wong J, Lam DP, Abrishami A, Chan MTV, Chung F. Short-term preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Can J Anaesth J Can Anesth.* mars 2012;59(3):268-79.
79. Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 27 mars 2014;(3):CD002294.
80. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), Pierre S, Rivera C, Le Maître B, Ruppert A, Chaput B, et al. Recommandations sur la prise en charge du tabagisme en période péri-opératoire - Recommandations formalisées d'experts. Rouen: Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR); 2016 juin p. 29.
81. Association française de chirurgie (AFC), Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar), Office français de prévention du tabagisme (OFT). Tabagisme périopératoire - Conférence d'experts. In: *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation.* 2005. p. 479-81.
82. Bain CA. Smoking and implant failure--benefits of a smoking cessation protocol. *Int J Oral Maxillofac Implants.* déc 1996;11(6):756-9.
83. Rosseel JP, Jacobs JE, Plasschaert AJM, Grol RPTM. A review of strategies to stimulate dental professionals to integrate smoking cessation interventions into primary care. *Community Dent Health.* juin 2012;29(2):154-61.
84. Inpes, OFT. Les risques du tabagisme et les bénéfices de l'arrêt. Dépliant Inpes. Référence 220-1-16812-DE.
85. Russell MA, Feyerabend C. Cigarette smoking: a dependence on high-nicotine boli. *Drug Metab Rev.* 1978;8(1):29-57.
86. Henningfield JE, Benowitz NL, Slade J, Houston TP, Davis RM, Deitchman SD. Reducing the addictiveness of cigarettes. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *Tob Control.* 1998;7(3):281-93.
87. Balfour D, Fagerström KO. Pharmacology of nicotine and therapeutic use in smoking cessation and neurodegenerative. 1996;72(1):51-81.
90. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [cité 22 nov 2020];(5). Disponible sur: <http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub5/full/fr>
91. Lindson N, Chepkin SC, Ye W, Fanshawe TR, Bullen C, Hartmann-Boyce J. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;(4).
92. Lindson N, Klemperer E, Hong B, Ordóñez-Mena JM, Aveyard P. Smoking reduction interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;(9).
93. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy

- for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(3):CD000146.
94. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 24 mars 2016;3:CD008286.
95. Douchet M-A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2019. *OFDT*; 2020 févr p. 1-10.
96. Ossip DJ, Abrams SM, Mahoney MC, Sall D, Cummings KM. Adverse effects with use of nicotine replacement therapy among quitline clients. *Nicotine Tob Res Off J Soc Res Nicotine Tob.* avr 2009;11(4):408-17.
97. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(1).
98. Benowitz NL, Gourlay SG. Cardiovascular toxicity of nicotine: implications for nicotine replacement therapy. *J Am Coll Cardiol.* juin 1997;29(7):1422-31.
99. Joseph AM, Fu SS. Safety issues in pharmacotherapy for smoking in patients with cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis.* juin 2003;45(6):429-41.
100. Mills EJ, Wu P, Lockhart I, Wilson K, Ebbert JO. Adverse events associated with nicotine replacement therapy (NRT) for smoking cessation. A systematic review and meta-analysis of one hundred and twenty studies involving 177,390 individuals. *Tob Induc Dis.* 13 juill 2010;8:8.
101. Claire R, Chamberlain C, Davey M-A, Cooper SE, Berlin I, Leonardi-Bee J, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(3).
102. Silver KJ, Sachs DP, Hottel TL. Gingival response to nicotine polacrilex. *JADA.* 1989;118:53-6.
103. Tipton DA, Dabbous MK. Effects of nicotine on proliferation and extracellular matrix production of human gingival fibroblasts in vitro. *J Periodontol.* déc 1995;66(12):1056-64.
104. Sw K, Hj P, Jy B, Jh C, Gs C, Jo C. Effects of nicotine on apoptosis in human gingival fibroblasts. *Arch Oral Biol.* 17 avr 2011;56(10):1091-7.
105. Holliday RS, Campbell J, Preshaw PM. Effect of nicotine on human gingival, periodontal ligament and oral epithelial cells. A systematic review of the literature. *J Dent.* 2019;86:81-8.
106. Dautzenberg B. Sevrage tabagique, mise au point sur la prise en charge actuelle et ses résultats. *Bull Cancer.* 2012;99:1007-15.
107. Perriot J, Underner M, Brousse G. Effets indésirables des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac. *Alcoologie Addictologie.* 2013;35(1):25-32.
108. Polosa R, Rodu B, Caponnetto P, Maglia M, Raciti C. A fresh look at tobacco harm reduction: the case for the electronic cigarette. *Harm Reduct J.* 4 oct 2013;10:19.
109. Guichenez P. Traiter l'addiction au tabac: avec les thérapies comportementales et

- cognitives. Dunod; 2017. 182 p.
110. Guichenez P, Chapelle GF. Apport des thérapies comportementales et cognitives dans le sevrage tabagique. Elsevier Masson. déc 2019;29(4):153-64.
 111. Guichenez P, Clauzel I, Cungi C, Quantin X, Godard P, Clauzel AM. Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans le sevrage tabagique. Rev Mal Respir. 1 févr 2007;24(2):171-82.
 112. Le Foll B, Melihan-Cheinin P, Rostoker G, Lagrue G. Smoking cessation guidelines: evidence-based recommendations of the French Health Products Safety Agency. Eur Psychiatry. 1 août 2005;20(5):431-41.
 113. Dusautoir R, Zarcone G, Verrielle M, Garçon G, Fronval I, Beauval N, et al. Comparison of the chemical composition of aerosols from heated tobacco products, electronic cigarettes and tobacco cigarettes and their toxic impacts on the human bronchial epithelial BEAS-2B cells. J Hazard Mater. 5 janv 2021;401:123417.
 114. Mc Neill A, Brose L, Calder R, Hitchman S, Hajek P, McRobbie H. E-cigarettes : an evidence update. A report commissioned by Public Health England. London: Public Health England; 2015.
 115. Haut Conseil de la Santé Publique. Bénéfices-risques de la cigarette électronique pour la population générale. Rapport de l'HCSP. Paris; 2016 févr.
 116. Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. The Lancet. 16 nov 2013;382(9905):1629-37.
 117. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2020;(10).
 118. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Informations réglementaires relatives à la cigarette électronique - Point d'Information [Internet]. 2016 [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr>
 119. Tatullo M, Gentile S, Paduano F, Santacroce L, Marrelli M. Crosstalk between oral and general health status in e-smokers. Medicine (Baltimore). déc 2016;95(49):e5589.
 120. Jacot I, Sadowski J-P, Humair J, Cornuz. Vaporette (ou cigarette électronique) : quelles recommandations pour le fumeur en 2017 ? Rev Médicale Suisse. 2017;13:1181-5.
 121. Humair J-P. Arrêt du tabac: Méthodes efficaces et place de la vaporette. Prim Hosp Care - Médecine Interne Générale. 2018;18(19):339-42.
 122. Dautzenberg B, Adler M, Garelik D, Loubrieu J, Mathern G, Peiffer G, et al. Practical guidelines on e-cigarettes for practitioners and others health professionals. A french 2016 expert's statement. Rev Mal Respir. 2017;34:155-64.
 123. Sadowski JJ, Cornuz J. Nouveaux modes de consommation du tabac et de la nicotine. Rev Médicale Suisse. 2009;5.

124. Clapp PW, Jaspers I. Electronic Cigarettes: Their Constituents and Potential Links to Asthma. *Curr Allergy Asthma Rep.* 5 oct 2017;17(11):79.
125. Goniewicz ML, Knysak J, Gawron M, Kosmider L, Sobczak A, Kurek J, et al. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tob Control.* mars 2014;23(2):133-9.
126. Kaur G, Pinkston R, Mclemore B, Dorsey WC, Batra S. Immunological and toxicological risk assessment of e-cigarettes. *Eur Respir Rev Off J Eur Respir Soc.* 31 mars 2018;27(147).
127. Schweitzer KS, Chen SX, Law S, Van Demark M, Poirier C, Justice MJ, et al. Endothelial disruptive proinflammatory effects of nicotine and e-cigarette vapor exposures. *Am J Physiol-Lung Cell Mol Physiol.* 15 mai 2015;309(2):L175-87.
128. Gupta S, Gandhi A, Manikonda R. Accidental nicotine liquid ingestion: emerging paediatric problem. *Arch Dis Child.* déc 2014;99(12):1149.
129. Chen BC, Bright SB, Trivedi AR, Valento M. Death following intentional ingestion of e-liquid. *Clin Toxicol Phila Pa.* nov 2015;53(9):914-6.
130. Davidson K, Brancato A, Heetderks P, Mansour W, Matheis E, Nario M, et al. Outbreak of Electronic-Cigarette-Associated Acute Lipoid Pneumonia - North Carolina, July-August 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 13 sept 2019;68(36):784-6.
131. Bertholon J-F, Becquemin MH, Roy M, Roy F, Ledur D, Annesi Maesano I, et al. Comparaison de l'aérosol de la cigarette électronique à celui des cigarettes ordinaires et de la chicha. *Rev Mal Respir.* 1 nov 2013;30(9):752-7.
132. Boissiere F, Bekara F, Luca-Pozner V, Godillot C, Gandolfi S, Gibrila J, et al. Thermal and chemical burns caused by e-cigarette battery explosions. *13 févr 2020;65(1):24-30.*
133. Rogér JM, Abayon M, Elad S, Kolokythas A. Oral Trauma and Tooth Avulsion Following Explosion of E-Cigarette. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* juin 2016;74(6):1181-5.
134. Dalrymple A, Badrock TC, Terry A, Barber M, Hall PJ, Thorne D, et al. Assessment of enamel discoloration in vitro following exposure to cigarette smoke and emissions from novel vapor and tobacco heating products. *Am J Dent.* oct 2018;31(5):227-33.
135. Pintado-Palomino K, de Almeida CVVB, Oliveira-Santos C, Pires-de-Souza FP, Tirapelli C. The effect of electronic cigarettes on dental enamel color. *J Esthet Restor Dent Off Publ Am Acad Esthet Dent Al.* 2019;31(2):160-5.
136. Kim SA, Smith S, Beauchamp C, Song Y, Chiang M, Giuseppetti A, et al. Cariogenic potential of sweet flavors in electronic-cigarette liquids. *PLOS ONE.* 7 sept 2018;13(9):e0203717.
137. Etter J. Levels of saliva cotinine in electronic cigarette users. *Addiction.* 2014;109(5):825-9.
138. Leow N, Morel-Kopp M, Woodward M, Chen Q, Tofler G, Taylor B. The

- relationship between cotinine and periodontal disease. *Ann R Australas Coll Dent Surg.* 2006;18:51-2.
139. Nasr M, Orti V, Mertens B. L'impact de la cigarette électronique dans l'exercice quotidien du chirurgien-dentiste. *Information Dent.* juin 2015;23:16-20.
140. Li S, Chien S, Brånemark P. Heat shock-induced necrosis and apoptosis in osteoblasts. *J Orthop Res.* 1999;17(6):891-9.
141. Patel Z, Geerts G. Temperature changes along a dental implant. *Int J Prosthodont.* 2011;24(1):58-63.
142. Barnes J, McRobbie H, Dong CY, Walker N, Hartmann-Boyce J. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2019 [cité 14 nov 2020];(6). Disponible sur: <http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001008.pub3/full>
143. Durand-de Cuttoli R, Mondoloni S, Marti F, Lemoine D, Nguyen C, Naudé J, et al. Manipulating midbrain dopamine neurons and reward-related behaviors with light-controllable nicotinic acetylcholine receptors. *Manzoni OJ, Westbrook GL, éditeurs. eLife.* 4 sept 2018;7:e37487.
144. Prignot J. Formules alternatives à l'arrêt et emploi des marqueurs d'imprégnation in « la réduction des risques par un bon usage des substituts nicotiques ». *Entret Carla.* 2011;2:84-95.
145. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequence of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control.* 14:315-20.
146. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of reduced daily cigarette consumption. *Tob Control.* 2006;15:472-80.
147. Etter J, Laszlo E, Zellweger J, Perrot C, Perneger T. Nicotine replacement cigarette consumption in smokers who are unwilling to quit : A randomized trial. *J Clin Psychopharmacol.* 2002;22(5):487-95.
148. Moore D, Aveyard P, Fry-Smith A, Barton P. Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: Systematic review and meta-analysis. *BMJ [Internet].* 2009 [cité 16 nov 2020];338(b1024). Disponible sur: <https://www.bmj.com/content/338/bmj.b1024>
149. Daver J, Biermé R. Bénéfices à court et à long termes de l'arrêt de la consommation de tabac. *Ann Cardiol Angéiologie.* 2001;50(4):224-8.
150. Guerby P, Garabedian C, Berveiller P, Legendre G, Grangé G, Berlin I. Tobacco and Nicotine Cessation During Pregnancy. *Obstet Gynecol.* août 2020;136(2):428-9.
151. Campbell K, Coleman-Haynes T, Bowker K, Cooper SE, Connelly S, Coleman T. Factors influencing the uptake and use of nicotine replacement therapy and e-cigarettes in pregnant women who smoke: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;(5).
152. Garabedian C, Berveiller P, Guerby P. Other Methods of Consumption: Electronic Cigarette, Heated Tobacco, Shisha and Snus - CNGOF-SFT Expert Report and Guidelines on the management for Smoking Management During Pregnancy.

153. Institut national de la santé et de la recherche (INSERM). Tabac : Comprendre la dépendance pour agir. Paris: Les éditions Inserm; 2004 p. XII-473. (Expertise collective).
154. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addict Abingdon Engl.* janv 2004;99(1):29-38.
155. Hatsukami DK, Stead LF, Gupta PC. Tobacco Addiction: Diagnosis and Treatment. *Lancet Lond Engl.* 14 juin 2008;371(9629):2027-38.
156. Underner M. Aider le fumeur à chaque étape de maturation de la décision d'arrêt du tabac. *Rev Infirm.* 2018;246:35-7.
157. Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 20 août 2013;(8):CD003999.
158. Etter J. Je viens d'arrêter de fumer. Les astuces anti-rechute [Internet]. Genève; 2016 [cité 16 nov 2020]. (Brochure stop-tabac.ch). Disponible sur: <https://www.stop-dependance.ch/tabac/pdf/stop-tabac4fr.pdf>
159. Réseau des Etablissements de Santé pour la Prévention des Addictions (RESPADD). Repérer la consommation de tabac et adapter son intervention : Guide de l'intervenant. Paris: Bernard Artal Graphisme; 2020. (Lieu de santé sans tabac).
160. Missions Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDCA). Pratiques numériques [Internet]. 2020 [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/chiffres-cles/pratiques-numeriques>
161. BEDEZ M. Accompagner l'innovation pédagogique universitaire en odontologie : rédaction d'un questionnaire d'analyse d'un enseignement [Internet]. [Lille]: Lille 2; 2016. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/4c781daf-4895-4071-83e3-4c926631634c>
162. Louarn AL, Jung F, Kruchen A, Quoix E. Le diplôme inter-universitaire de tabacologie et d'aide au sevrage tabagique de Strasbourg : bilan pédagogique et impact professionnel. *Sante Publique (Bucur).* 2005;Vol. 17(2):241-53.
163. Bordes C. Efficacité des simulations dans l'apprentissage de l'entretien motivationnel. Une revue de la littérature [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine]. Paris Descartes; 2018.
164. Etter JF, Le Houezec J, Perneger TV. A self administrated questionnaire to measure dependence on cigarettes : the Cigarette Dependence Scale. *Neuropsychopharmacology.* 2003;28:359-70.

Annexes

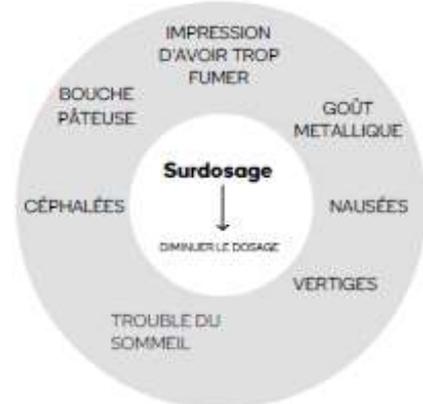
Annexe 1 : Ordonnance type pour le sevrage tabagique

| Ordonnance | |
|---|---|
| Identification | |
| Identification structure Structure : Adresse : N° Finess ou SIRET : | Identification du patient Nom / Prénom du bénéficiaire : Age : |
| Identification du prescripteur / cachet du professionnel Nom / Prénom du prescripteur : Adresse : Profession / Qualification : | |
| N° de téléphone : N° d'identification (RPPS et/ou ADELI) : Lieu et date : | |
| <small>⚠ La liste des substituts nicotiques remboursés est évolutive (cf. omé.k)</small> | |
| Dosage journalier Dispositif transdermique sur <input type="checkbox"/> 16h <input type="checkbox"/> 10 mg <input type="checkbox"/> 15 mg <input type="checkbox"/> 25 mg <input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/> 7 mg <input type="checkbox"/> 14 mg <input type="checkbox"/> 21 mg | Nombre de patchs par jour / nom de la marque : Nombre de boîte / quantité par boîte : A renouveler fois |
| Quantité à la demande <input type="checkbox"/> Gomme à mâcher <input type="checkbox"/> Comprimés à sucer <input type="checkbox"/> Pastilles <input type="checkbox"/> Spray <input type="checkbox"/> Inhalateur | Nom de la marque / dosage en mg : Nombre de boîte / quantité par boîte : A renouveler fois |
| Signature : | |
| <small>La loi du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre système de santé a élargi l'autorisation de prescription de substituts nicotiques à de nombreux professionnels de santé : médecin du travail, sages-femmes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes à prescrire les substituts nicotiques.</small> | |

Devenez acteur de votre santé : évaluez vous-même l'efficacité de votre traitement

Si vous percevez un ou plusieurs de ces signes, il est nécessaire d'ajuster la dose

Reprenez contact avec votre prescripteur pour vous y aider



Annexe 2 : Méthode des 5A

| Aider à l'arrêt du tabac avec les 5A (23) | | |
|---|---|--|
| Etapas | Actions | Stratégies de mise en oeuvre |
| Ask (interroger sur la consommation de tabac) | Identifier et documenter le statut tabagique de tous les patients à chaque consultation | Identifier si le patient est fumeur, ancien fumeur ou s'il n'a jamais fumé |
| Advice (conseiller l'arrêt du tabac) | Proposer à chaque fumeur d'arrêter de fumer de manière claire, ferme et personnalisée | <ul style="list-style-type: none"> ▪ « Il est important que vous arrêtiez de fumer et je peux vous aider » ▪ « Arrêter de fumer est la meilleure chose que vous pouvez faire pour protéger votre santé et celle de votre entourage, maintenant et à l'avenir » ▪ « Fumer occasionnellement ou en faible quantité est encore dangereux » ▪ Lier la consommation de tabac aux aspects spécifiques du patient (symptômes actuels, problèmes de santé, coûts économiques et sociaux, impact sur les enfants et famille...) |
| Assess (évaluer la motivation à l'arrêt du tabac) | Demander au patient s'il envisage d'arrêter de fumer | <p>Evaluer la motivation à cesser le tabac : « Êtes-vous prêt à faire une tentative d'arrêt ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si oui : proposer une assistance (délivrer un traitement ou orienter) et apporter des informations supplémentaires s'il s'agit d'un adolescent ou d'une femme enceinte. ▪ Si non : augmenter la motivation pour une future tentative d'arrêts avec les « 5R » |
| Assist (aider, soutenir) | Aider le patient avec un programme d'arrêt | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fixer une date d'arrêt ▪ Le dire à la famille, aux amis, aux collègues de travail et rechercher de la compréhension et du soutien ▪ Anticiper les challenges de la tentative d'arrêt à venir, en particulier les symptômes de sevrage durant les premières semaines ▪ Supprimer les produits du tabac de l'environnement du patient, modifier les habitudes |
| | Recommander l'utilisation de substituts nicotiques (formes orales + patch) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les médicaments de première intention incluent : gomme à mâcher, inhalateur, pastille, comprimé sublingual, spray buccal, patch de nicotine ▪ Expliquer comment ces médicaments augmentent le succès du sevrage et réduisent les symptômes de sevrage |

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| | Donner des conseils pratiques | <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'abstinence totale est essentielle (pas une seule bouffée de cigarette après la date d'arrêt) ▪ Identifier ce qui a favorisé et ce qui a empêché le succès des tentatives d'arrêts précédentes ▪ Anticiper les risques de rechute : repérer les situations à risque et envisager des solutions pour les surmonter (éviter les événements déclenchants, changer ses habitudes) ▪ Réduire la consommation d'alcool et de café ▪ Eviter de rester à côté d'une personne qui fume ou lui demander de ne pas fumer en sa présence |
| | Fournir un soutien social | Fournir un environnement de soutien lors de l'encouragement donné au patient dans sa tentative d'arrêt : « Je suis disponible pour vous aider » |
| | Fournir des outils supplémentaires | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentations ▪ Sites Internet : Tabac Info Service ▪ Associations ▪ Assistance téléphonique : 39 89 ▪ Services spécialisés en addictologie ▪ Orienter si besoin pour un soutien psychologique, comportemental, diététique... |
| Arrange (organiser le suivi) | Organiser un suivi régulier après la date d'arrêt | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le premier contact de suivi devrait débuter préférentiellement durant la première semaine, le second durant le premier mois, puis régulièrement ▪ Identifier les problèmes déjà rencontrés, anticiper les difficultés futures. Evaluer l'utilisation des médicaments et les problèmes ▪ Féliciter les patients abstinents sur leur réussite ▪ En cas de reprise du tabac, analyser les circonstances et suggérer un nouvel engagement pour une abstinence totale à l'aide d'un traitement plus intensif |

Annexe 3 : Méthode des 5R

| Favoriser la motivation à l'arrêt du tabac avec les 5R (23) | |
|--|--|
| Etapes | Actions |
| Relevance (raison) | Encourager le patient à indiquer les raisons pour lesquelles il serait pertinent d'arrêter de fumer. Les informations motivationnelles ont plus d'impact si elles concernent personnellement le patient (sa santé, sa famille, sa situation sociale...) |
| Risks (risques) | Demander au patient d'identifier les conséquences négatives de sa consommation de tabac et souligner celles qui concernent plus spécifiquement le patient. Voici quelques exemples de risques : <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Risques aigus</u> : essoufflement, aggravation de l'asthme, infections respiratoires, risques liés à la grossesse, stérilité ▪ <u>Risques à long terme</u> : maladies cardiovasculaires, AVC, cancers, BPCO ▪ <u>Risques pour l'entourage</u> : risque augmenté de cancer pulmonaire et de maladies cardiovasculaires du conjoint, risque augmenté de faible poids du nourrisson, de mort subite du nourrisson, d'asthme et d'infections ORL chez les enfants |
| Rewards (résultats / bénéfices) | Demander au patient d'identifier les bénéfices potentiels de l'arrêt du tabac. Souligner ceux qui semblent le plus pertinent pour le patient. Voici quelques exemples de bénéfices : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Amélioration de la santé, du goût et de l'odorat ▪ Economies d'argent ▪ Meilleure estime de soi ▪ Etre un bon exemple pour les enfants et diminuer le risque qu'ils deviennent fumeurs ▪ Avoir des enfants en meilleure santé ▪ Se sentir mieux physiquement, avoir de meilleures performances physiques ▪ Retrouver son souffle ▪ Avoir une meilleure apparence (des rides moins marquées, moins de colorations dentaires) |
| Roadblocks (résolution des obstacles) | Demander au patient d'identifier les obstacles à son arrêt du tabac et proposer une solution pour les résoudre. Les obstacles les plus fréquents sont : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Symptôme de sevrage ▪ Peur d'échouer ▪ Peur de la prise de poids ▪ Manque de soutien ▪ Dépression ▪ Peur de la perte du plaisir à fumer ▪ Être tenté de consommer une cigarette lors des moments de convivialité, ou lorsqu'on est entouré de fumeurs ▪ Manque de connaissances sur les traitements efficaces |
| Repetition (répétition) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Répéter cette intervention motivationnelle à chaque visite d'un patient non motivé à arrêter de fumer ▪ En cas d'échec dans sa tentative d'arrêt, informer le patient que la plupart des personnes effectuent plusieurs tentatives avant d'arrêter de fumer avec succès |

Annexe 4 : Test de Fagerström (53)

| Test de Fagerström | | |
|---|------------------------------|----------|
| Questionnaire d'évaluation de la dépendance physique à la nicotine | | |
| ❶ Le matin, 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 |
| ❷ Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex : cinémas, travail, restaurants...) | Oui | 1 |
| | Non | 0 |
| ❸ A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ? | A la première de la journée | 1 |
| | N'importe quelle autre | 0 |
| ❹ Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ? | 10 ou moins | 0 |
| | 11-20 | 1 |
| | 21-30 | 2 |
| | 31 ou plus | 3 |
| ❺ Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ? | Oui | 1 |
| | Non | 0 |
| ❻ Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ? | Oui | 1 |
| | Non | 0 |
| Total sur 10 : | | |

Annexe 5 : Interprétation du score obtenu au test de Fagerström (53)

| Interprétation du score obtenu au test de Fagerström | | |
|--|---------------------------------------|--|
| Score obtenu | Niveau de la dépendance à la nicotine | Solutions envisageables |
| 0 à 2 | Pas de dépendance | Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. L'arrêt du tabac peut se faire sans substituts nicotiniques. Néanmoins, un accompagnement sera utile en cas de dépendance psychologique ou comportementale forte. Si le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui apporter des conseils utiles de type comportementaux. Vous pouvez également lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89. |
| 3 à 4 | Faible dépendance | L'arrêt du tabac peut se faire sans avoir recours à un substitut nicotinique. Toutefois, en cas de manque ou de difficultés passagères (irritabilité, manque, envie très forte...), vous pouvez conseiller au patient de prendre un substitut nicotinique par voie orale (comprimé à sucer, gomme à mâcher, comprimé sublingual...). Si le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89 pour recevoir des conseils et du soutien. Un accompagnement sera utile en cas de dépendance psychologique ou comportementale forte. |
| 5 à 6 | Dépendance moyenne | L'utilisation des substituts nicotiniques va augmenter les chances de réussite à l'arrêt. Vos conseils seront utiles pour l'aider à choisir la forme galénique la plus adaptée à son cas. Vous pouvez combiner des patchs avec une forme orale pour une meilleure efficacité du traitement. |
| 7 à 10 | Forte dépendance | L'utilisation des substituts nicotiniques est fortement recommandée pour surmonter cette dépendance. La dose doit être suffisante et adaptée à la personne. Vous pouvez combiner des patchs avec une forme orale pour une meilleure efficacité du traitement. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée. |
| | Très forte dépendance | |

**Annexe 6 : Version simplifiée du test de Fagerström ou HSI
(54)**

| Test de Fagerström simplifié ou HSI | | |
|---|--------------------|----------|
| ❶ 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 |
| ❷ Dans quel délai après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? | Moins de 5 minutes | 3 |
| | 6 à 30 minutes | 2 |
| | 31 à 60 minutes | 1 |
| | Après 60 minutes | 0 |
| Total sur 6 : | | |

Annexe 7 : Interprétation du score obtenu au HSI (54)

| Interprétation du score obtenu au HSI | | |
|--|--|--|
| Score du HSI | Niveau de la dépendance à la nicotine | Solutions envisageables |
| 0 à 1 | Pas de dépendance | <p>Le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. L'arrêt du tabac peut se faire sans substituts nicotiques. Néanmoins, un accompagnement sera utile en cas de dépendance psychologique ou comportementale forte. Si le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui apporter des conseils utiles de type comportementaux. Vous pouvez également lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89.</p> |
| 2 à 3 | Dépendance modérée | <p>L'utilisation des substituts nicotiques va augmenter les chances de réussite à l'arrêt. Vos conseils seront utiles pour l'aider à choisir la forme galénique la plus adaptée à son cas. Vous pouvez combiner des patchs avec une forme orale pour une meilleure efficacité du traitement. Si le sujet redoute l'arrêt, vous pouvez lui conseiller d'appeler Tabac Info Service au 39 89 pour recevoir des conseils et du soutien. Un accompagnement sera utile en cas de dépendance psychologique ou comportementale forte.</p> |
| 4 à 6 | Dépendance forte | <p>L'utilisation des substituts nicotiques est fortement recommandée pour surmonter cette dépendance. La dose doit être suffisante et adaptée à la personne. Vous pouvez combiner des patchs avec une forme orale pour une meilleure efficacité du traitement. En cas de difficulté, orienter le patient vers une consultation spécialisée.</p> |

Annexe 8 : Cigarette Dependence Scale (CDS) (164)

Echelle de la dépendance à la cigarette ou test « CDS-12 »

IMPORTANT : Veuillez répondre à toutes les questions.

| | | | Sous-total |
|--|------------------|---|------------|
| Indiquez par un chiffre entre 0 et 100 quel est votre degré de dépendance des cigarettes : 0 = je ne suis absolument pas dépendant/e des cigarettes 100 = je suis extrêmement dépendant/e des cigarettes | 0-20 | 1 | |
| | 21-40 | 2 | |
| | 41-60 | 3 | |
| | 61-80 | 4 | |
| | 81-100 | 5 | |
| Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ? | 0-5 cig./jour | 1 | |
| | 6-10 | 2 | |
| | 11-20 | 3 | |
| | 21-29 | 4 | |
| | 30 et + | 5 | |
| D'habitude, combien de temps (en minutes) après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ? | 0-5 min | 5 | |
| | 6-15 | 4 | |
| | 16-30 | 3 | |
| | 31-60 | 2 | |
| | 61 et + | 1 | |
| Pour vous, arrêter définitivement de fumer serait : | Impossible | 5 | |
| | Très difficile | 4 | |
| | Plutôt difficile | 3 | |
| | Plutôt facile | 2 | |
| | Très facile | 1 | |

Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec les affirmations suivantes :

| | | | |
|--|------------------------|---|--|
| Après quelques heures passées sans fumer, je ressens le besoin irrésistible de fumer | Pas du tout d'accord | 1 | |
| | Plutôt pas d'accord | 2 | |
| | Plus ou moins d'accord | 3 | |
| | Plutôt d'accord | 4 | |
| | Tout à fait d'accord | 5 | |
| Je suis stressé/e à l'idée de manquer de cigarettes | Pas du tout d'accord | 1 | |
| | Plutôt pas d'accord | 2 | |
| | Plus ou moins d'accord | 3 | |
| | Plutôt d'accord | 4 | |
| | Tout à fait d'accord | 5 | |

| | | | Sous-total |
|---|------------------------|---|----------------------|
| Avant de sortir, je m'assure toujours que j'ai des cigarettes sur moi | Pas du tout d'accord | 5 | <input type="text"/> |
| | Plutôt pas d'accord | 4 | |
| | Plus ou moins d'accord | 3 | |
| | Plutôt d'accord | 2 | |
| | Tout à fait d'accord | 1 | |
| Je suis prisonnier/ère des cigarettes | Pas du tout d'accord | 1 | <input type="text"/> |
| | Plutôt pas d'accord | 2 | |
| | Plus ou moins d'accord | 3 | |
| | Plutôt d'accord | 4 | |
| | Tout à fait d'accord | 5 | |
| Je fume trop | Pas du tout d'accord | 1 | <input type="text"/> |
| | Plutôt pas d'accord | 2 | |
| | Plus ou moins d'accord | 3 | |
| | Plutôt d'accord | 4 | |
| | Tout à fait d'accord | 5 | |
| Il m'arrive de tout laisser tomber pour aller acheter des cigarettes | Pas du tout d'accord | 5 | <input type="text"/> |
| | Plutôt pas d'accord | 4 | |
| | Plus ou moins d'accord | 3 | |
| | Plutôt d'accord | 2 | |
| | Tout à fait d'accord | 1 | |
| Je fume tout le temps | Pas du tout d'accord | 5 | <input type="text"/> |
| | Plutôt pas d'accord | 4 | |
| | Plus ou moins d'accord | 3 | |
| | Plutôt d'accord | 2 | |
| | Tout à fait d'accord | 1 | |
| Je fume malgré les risques que cela entraîne pour ma santé | Pas du tout d'accord | 1 | <input type="text"/> |
| | Plutôt pas d'accord | 2 | |
| | Plus ou moins d'accord | 3 | |
| | Plutôt d'accord | 4 | |
| | Tout à fait d'accord | 5 | |
| Total des points des 12 rubriques : | | | |
| <input type="text"/> | | | ← |
| Interprétation des résultats : | | | |
| Jusqu'à 24 points | Dépendance modérée | | |
| Entre 25 et 44 points | Dépendance moyenne | | |
| 45 points et plus | Dépendance forte | | |

Annexe 9 : Test de Horn sur la dépendance psychologique du tabac (23)

ÉVALUATION DES SITUATIONS LIÉES AU TABAGISME : TEST DE HORN

Entourez le chiffre correspondant :

5 = toujours

4 = Souvent

3 = Moyennement

2 = Parfois

1 = Jamais

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| a - Les cigarettes m'aident à rester éveillé(e), concentré(e), efficace | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| b - C'est agréable de tenir une cigarette entre les doigts | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| c - Fumer est pour moi une détente | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| d - J'allume une cigarette quand je suis soucieux(se), contrarié(e) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| e - Quand je n'ai plus de cigarettes, je cours en acheter | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| f - Je ne remarque même plus quand je fume, c'est tout à fait automatique | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| g - Je fume pour me donner du courage, pour me mettre en forme | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| h - Le simple fait d'allumer une cigarette procure aussi du plaisir | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| i - Il y a une quantité de plaisirs dans l'acte de fumer | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| j - Je fume quand je suis mal à l'aise ou quand je suis énervé(e) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| k - Je ne suis pas dans le coup quand je ne fume pas | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| l - J'allume une cigarette alors qu'une autre brûle dans le cendrier | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| m - Je fume pour retrouver mon entrain | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| n - J'ai du plaisir à regarder les volutes de la fumée | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| o - Je fume quand je me sens bien détendu(e) | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| p - Je fume pour oublier quand j'ai le cafard | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| q - Quand je n'ai pas pu fumer pendant un moment, le désir devient irrésistible | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| r - Je constate parfois avec étonnement que j'ai une cigarette dans la bouche | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |

STIMULATION : a + g + m =

PLAISIR DU GESTE : b + h + n =

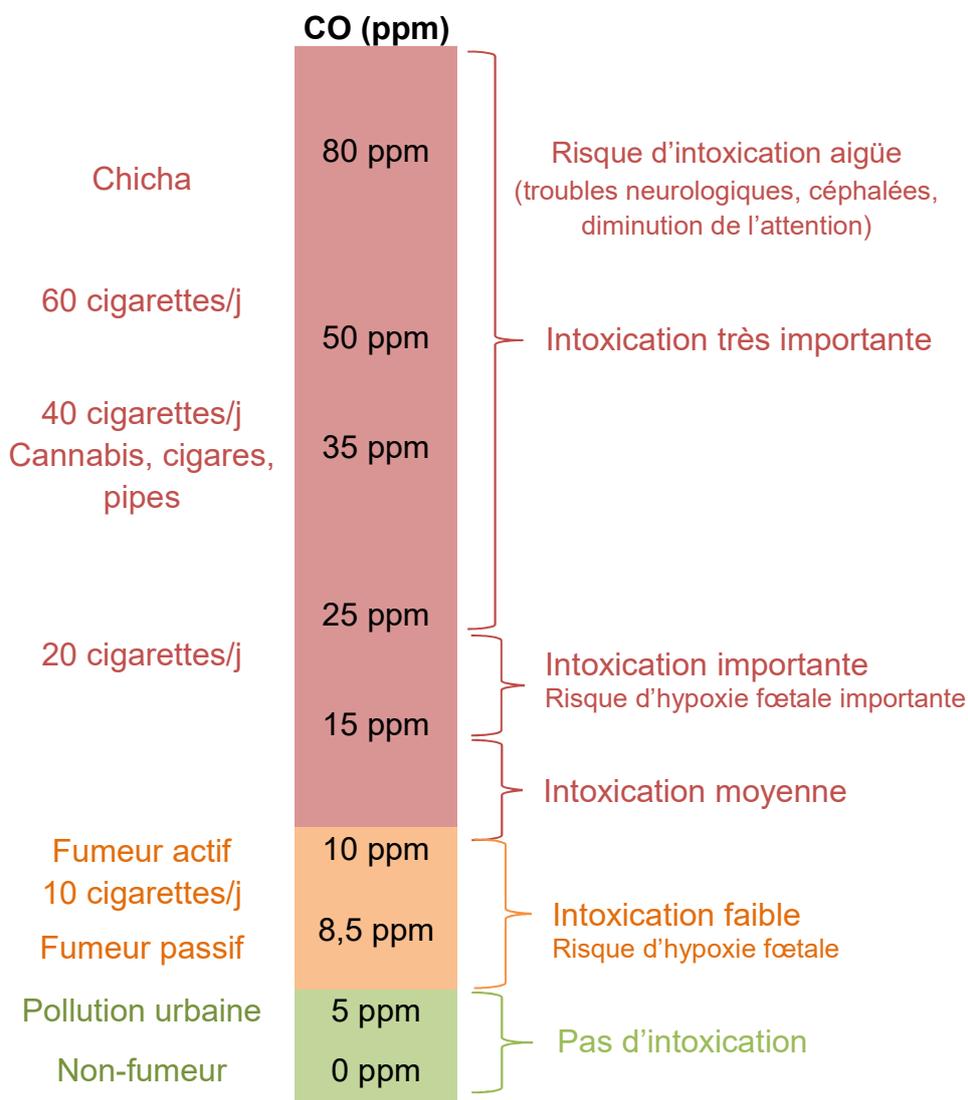
RELAXATION : c + i + o =

ANXIÉTÉ - SOUTIEN : d + j + p =

BESOIN ABSOLU : e + k + q =

HABITUDE ACQUISE : f + l + r =

Annexe 10 : Echelle d'interprétation de la mesure du CO en ppm²⁵



²⁵ Source disponible à l'adresse suivante :
https://www.icm.unicancer.fr/sites/default/files/le_co_testeur.pdf

Annexe 11 : Echelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) (23,58)

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et je n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je ne peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores :

- **Anxiété** : Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13
Total A = ...
- **Dépression** : Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14
Total D = ...

Interprétation :

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins = absence de symptomatologie ;
- 8 à 10 = symptomatologie douteuse ;
- 11 et plus = symptomatologie certaine (forte probabilité de dépression et/ou d'état anxieux anormal).

Selon les résultats, il sera peut-être nécessaire de demander un avis spécialisé.

Index des figures

Figure 1 : Standardisation des paquets neutres de cigarettes. Image disponible sur www.cnct.fr

Figure 2 : Kit du participant au Mois Sans Tabac (source : www.mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr)

Figure 3 : Exemple de pochette sur les outils du sevrage tabagique en chirurgie-dentaire et de fiche patient (source : URPS et Hauts-de-France Addiction)

Figure 4 : Affiche « Tabac et cancer » sur les bienfaits de l'arrêt du tabac à court et moyen termes (source : <https://www.fondation-arc.org/support-information/affiche-tabac-et-cancer>)

Figure 5 : Affiche pour soutenir les patients souhaitant arrêter de fumer réalisée dans le cadre du Mois sans tabac 2020 (source : www.tabac-info-service.fr)

Figure 6 : Dépliants sur les raisons d'arrêter de fumer et les moyens pour y parvenir (source : www.tabac-info-service.fr)

Figure 7 : Brochure sur le tabagisme et la santé bucco-dentaire de l'OFT (source : www.ofta-asso.fr)

Figure 8 : Appareil CO-testeur (source : www.pharmacie-vivre-sans-tabac.ch)

Figure 9 : La spirale du changement selon le modèle transthéorique de DiClemente et Prochaska : les stades de préparation à l'arrêt du tabac (23,61)

Figure 10 : Echelles analogiques d'évaluation de la motivation (source : www.has-sante.fr)

Figure 11 : La balance décisionnelle du fumeur (69)

Figure 12 : Diminution des risques à l'arrêt du tabac au fil du temps (43,74,75)

Figure 13 : Comparaison des cinétiques de la nicotine délivrée par la cigarette et les traitements de substitution nicotinique (87)

Figure 14 : Ventes de traitements pour l'arrêt du tabac, en équivalents « nombre de patients traités » en France (95)

Figure 15 : Signes surdosage et de sous-dosage en nicotine (47)

Figure 16 : Photographies d'un homme de 18 ans suite à l'explosion d'une cigarette électronique lorsqu'il l'a allumée entre ses lèvres, occasionnant des brûlures labiales, une ulcération du palais et des fractures dentaires (133)

Figure 17 : Adapter la prise en charge tabagique au cabinet dentaire (159)

Index des tableaux

Tableau 1 : Equivalence des produits de tabac en cigarette manufacturée (46)

Tableau 2 : Attitudes recommandées selon le degré de motivation du fumeur (47)

Tableau 3 : Doses initiales des substituts nicotiques conseillées pour l'arrêt (106)

Tableau 4 : Les différents substituts nicotiques (tableau réalisé à partir de différentes sources : RESPADD, Hauts-de-France Addiction, Nicorette, Tabac Info Service)

Tableau 5 : Recommandations sur la cigarette électronique (120–122)

Tableau 6 : Interventions d'aide à l'arrêt du tabac en pratique (121)

Tableau 7 : Avantages et inconvénients du e-learning (source : www.wethetalent.co/fr/formation-education/formation-e-learning-avantages-et-inconvenients)

Tableau 8 : Architecture des chapitres du module d'auto-formation « Aide au sevrage tabagique des patients par le chirurgien-dentiste »

Aide au sevrage tabagique au cabinet dentaire : élaboration d'un module d'autoformation destiné aux étudiants en odontologie

Pauline LOBRY

p. 132 : ill. 25 ; réf. 164.

Domaines : Prévention, Santé Publique, Tabacologie, Enseignement

Mots clés Rameau : Tabagisme-Thérapeutique ; Fumeurs-Soins dentaires ; (odontostomatologie)-Prévention ; Enseignement (supérieur)

Mots clés FMeSH : Dentists ; Tobacco ; Smoking Addiction ; Smoking Cessation ; Nicotine Replacement Therapy ; Self-training Module

Résumé de la thèse :

Le tabagisme est un enjeu majeur de Santé Publique et un phénomène social répandu à travers le monde. En tant que professionnel de santé, les chirurgiens-dentistes ont un rôle essentiel auprès des patients fumeurs. Outre les nombreuses conséquences sur la santé générale, le tabac occasionne également des répercussions buccales et interfère avec le succès des thérapeutiques bucco-dentaires. Que ce soit en termes de dépistage, d'information, de prévention, de prise en charge des soins ou de propositions d'aide au sevrage tabagique, les actions du chirurgien-dentiste constituent de multiples opportunités pour encourager et soutenir le patient vers l'arrêt du tabac.

La première partie de cette thèse aborde les principales actions de lutte contre le tabagisme à l'échelle mondiale et française. La deuxième partie détaille le rôle central du chirurgien-dentiste auprès des patients fumeurs et les différentes étapes de la prise en charge du sevrage tabagique. Enfin, la dernière partie concerne l'élaboration du module d'autoformation en ligne. Ce module est destiné à donner les clés essentielles de la tabacologie aux étudiants en odontologie afin qu'ils puissent aider leurs patients fumeurs à ouvrir la porte vers un horizon sans tabac.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Asseseurs : Monsieur le Docteur Philippe ROCHER

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Madame le Docteur Marion TALLEUX