

Objectif Prévention...

Mai 2022

“ Osons la santé bucco-dentaire pour tous ! ”

ufsbd
UNION FRANÇAISE POUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE



www.ufsbd.fr

Ce numéro a été corédigé avec la



SFPIO

SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE PARODONTOLOGIE ET D'IMPLANTOLOGIE ORALE

Le chirurgien-dentiste, acteur du sevrage tabagique

SOMMAIRE

Édito : un rôle essentiel à jouer page 2

Physiopathologie du tabac page 3

Effets du tabac sur la sphère orale page 4

Tabac et thérapeutique dentaire page 5

Repérer et conseiller page 6

Santé publique France : des outils pratiques
pour le praticien page 12

Édito ...

Les chirurgiens-dentistes ont un rôle essentiel

Professeur Jérôme Salomon, Directeur général de la santé

En France, près de 13 millions de personnes fument quotidiennement. Les conséquences du tabagisme sont bien connues, notamment en termes de développement de cancers et de maladies chroniques, principalement cardiorespiratoires : avec 75 000 décès par an qui lui sont attribuables, c'est la première cause de mortalité évitable et de mortalité par cancer. Le tabagisme est également un facteur de risque pour la santé bucco-dentaire, en particulier pour les maladies parodontales et les retards de cicatrisation après des traitements chirurgicaux. Les pathologies dentaires, tout comme le tabagisme, sont des marqueurs importants d'inégalités sociales. La place des chirurgiens-dentistes, dans la lutte contre le tabac, est donc d'une grande importance.

La politique de lutte contre le tabac est portée par le programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 (PNLT), en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé et en articulation avec les priorités du plan Priorité Prévention. Son objectif, ambitieux, est de réaliser la première génération d'adultes sans tabac d'ici 2032.

Vous le savez, depuis une dizaine d'années, des mesures emblématiques ont été mises en place comme le paquet neutre, l'augmentation du prix du tabac, le remboursement par l'Assurance Maladie des traitements de substitution nicotinique (TSN) ou une

campagne nationale et locale d'aide à l'arrêt du tabac, reconduite tous les ans en novembre, « Mois sans tabac ».

Bien entendu, les professionnels de santé sont au cœur de la mise en œuvre de cette politique et les chirurgiens-dentistes ont un rôle essentiel à jouer, du fait de l'interconnexion entre santé bucco-dentaire et tabagisme. Depuis 2016, la profession fait donc partie des nouveaux prescripteurs de TSN, traitements médicamenteux de première intention recommandés par la Haute autorité de santé.

D'ores et déjà, de nombreux chirurgiens-dentistes se sont emparés de cette possibilité de prescription et de soutien à leurs patients fumeurs (en 2019, 3 529 chirurgiens-dentistes ont prescrit des TSN ; ils étaient 2 095 en 2018 et 871 en 2017).

Et pour cause : **l'appui d'un professionnel de santé augmente les chances de réussir une démarche de sevrage de 50 à 70 % !**

Cette nouvelle compétence vous permet d'agir en première intention auprès de vos patients. Cela passe bien sûr par un appui pour vous aider à mieux les accompagner vers le sevrage tabagique.

Dans cette optique, la direction générale de la santé a soutenu l'an dernier la réalisation par le RESPADD (réseau de prévention des addictions) du **guide**

« Tabagisme et santé orale : livret d'aide à la pratique pour le chirurgien-dentiste » qui donne les **clés pour un repérage systématique, la dispensation de conseils et la prescription rapide de TSN**, qui sont les leviers essentiels dans la lutte contre le tabagisme¹. De nombreuses formations, notamment en ligne, sont également mises à disposition pour vous initier à la technique de repérage et l'accompagnement de vos patients.

Avec une prévalence tabagique qui a connu une baisse sans précédent en France depuis 2014, nous tenons le bon cap mais l'effort doit se poursuivre.

Au-delà des actions de prévention et de promotion de la santé qui sont conduites au niveau national, indéniablement, la réussite passe par l'implication des professionnels qui interviennent au quotidien sur la santé des Français.

C'est pourquoi je souhaite remercier chaleureusement l'UFSBD de m'avoir invité à introduire ce numéro d'Objectif Prévention consacré à la place du chirurgien-dentiste dans le sevrage tabagique.

C'est, pour moi, l'occasion de saluer votre implication sans faille au plus près des besoins de vos patients et de vous encourager, si vous ne l'avez pas encore fait, à devenir vous aussi pleinement acteurs de la lutte contre cette problématique majeure de santé publique.



Groupe de travail pour la réalisation de ce numéro :

UFSBD : Dr Benoît PERRIER, Dr Xavier BRAECKEVELT, Dr Anne ABBE DENIZOT / SFPIO : Dr David NISAND, Pr Marjolaine GOSSET, Dr Ichai LANATI

¹ <https://www.respadd.org/produits/sante-orale-et-tabagisme/> et d'autres outils disponibles sur : <https://www.respadd.org/> ainsi que des informations actualisées par la société savante de tabacologie sur : <http://societe-francophone-de-tabacologie.org/>

Physiopathologie du tabac

Le tabac se consomme sous différentes formes : à fumer, à chiquer, à priser (consommation par insufflation), à sucer. Les substances toxiques et irritatives contenues dans le tabac provoquent le phénomène de dépendance et de nombreuses pathologies cardiaques et cancéreuses au niveau général mais également au niveau de la sphère orale. Elles sont notamment libérées lors de la combustion du tabac, dans la fumée.

> La fumée de tabac contient plus de 4 000 substances chimiques, dont 250 sont nocives et 50 sont cancérogènes².

Parmi elles :

- le benzopyrène et les anthracènes, goudrons présents dans la fumée, ainsi que les nitrosamines et des aldéhydes, sont mutagènes et cancérogènes ;
- le monoxyde de carbone issu de la combustion incomplète du tabac ainsi que les composés organiques volatils comme l'ammoniac, les hydrocarbures, certains aldéhydes et des cétones sont très toxiques pour le cœur et les vaisseaux ;
- les irritants bronchiques tels que les acroléines, l'acide cyanhydrique et le méthanol jouent un rôle dans l'apparition et le développement des lésions pré-cancéreuses ;
- enfin, la nicotine, très présente dans le tabac, est un alcaloïde responsable de la dépendance. Elle n'est pas cancérogène mais provoque une vasoconstriction des vaisseaux, une augmentation de la pression artérielle et du rythme cardiaque, une stimulation de l'activité motrice de l'intestin (provoquant elle-même une acidité gastrique), ainsi que des effets variés sur le système endocrinien. On peut également noter l'action anorexigène de la nicotine par augmentation du métabolisme basal et altération du goût des aliments.

chlorure de vinyle
phénol
cadmium
butane
goudron
dibenzacridine
pyrène
acide cyanhydrique
acétaldéhyde
mercure
acétone
plomb
DDT
acroléine
dibenzacridine
ammoniac
uréthane
naphtalène
méthanol
toluène
nicotine
naphtylamine
arsenic
dimethylnitrosamine
toluide
benzopyrène
monoxyde de carbone



² <https://www.education.gouv.fr/journee-mondiale-sans-tabac-9365>

Effets du tabac sur la sphère orale

Les effets du tabac sur la sphère orale sont multiples : colorations dentaires, lésions de la muqueuse orale ou encore cancers buccaux. La perte du goût et de l'odorat, la diminution salivaire et l'halitose sont les plus évidents, mais l'impact le plus important est sur la santé parodontale.

Maladies parodontales

Le tabac est un facteur de risque avéré des parodontites. Il aggrave leur sévérité, leur prévalence et leur évolution. L'effet vasoconstricteur de la nicotine masque les signes de l'inflammation et l'altération de la réponse de l'hôte, du chimiotactisme et de la phagocytose des polynucléaires neutrophiles en particulier, et augmente le risque d'infection par les bactéries pathogènes du parodonte.

Sur le plan conjonctif, il agit sur les fibroblastes contenus dans le ligament desmodontal et dans le tissu gingival en changeant leur morphologie et leur fonction³.

Au niveau osseux, il entraîne des altérations cellulaires des ostéoblastes et ostéoclastes ayant un impact sur la morphologie, la destruction et la cicatrisation osseuse⁴.

En résumé, le tabac est responsable de parodontites plus fréquentes et plus sévères : il augmente, par exemple, les pertes d'attache et la présence de lésions inter-radicales^{5,6}, et diminue la réponse au traitement parodontal initial⁷ et chirurgical. Le risque de développer une parodontite est quatre fois plus élevé pour un gros fumeur que pour un fumeur modéré⁸.

Lésions buccales

La muqueuse orale est sensible aux changements histologiques, morphologiques et physiologiques dans le cas d'un déséquilibre. Les lésions qui en résultent peuvent être bénignes ou potentiellement sujettes à une dégénérescence maligne. Le tabac est un facteur commun chez 80 à 90% des malades atteints de cancer des voies aérodigestives supérieures⁹. En 2006, 52% des cancers de la cavité buccale sont imputables au tabac, quelles que soient leur forme¹⁰.

1. LÉSIONS BÉNIGNES

- La mélanose du fumeur : touche 25 à 30% des fumeurs¹¹, réversible, elle provoque une hyperpigmentation brunâtre des gencives
- Les candidoses : le tabac favorise la prolifération des *Candida* responsables de ces mycoses. Elles se manifestent par des taches rouges et blanchâtres.
- La stomatite nicotinique : kératose tabagique causée par la chaleur de la fumée située principalement sur le palais et sur les joues. Réversible, elle se traduit par un palais blanc grisâtre ponctué de points érythémateux.
- La langue villeuse : kératinisation des papilles filiformes de la langue.

2. LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES

- La leucoplasie : lésion blanche non détachable au grattage correspondant à une kératinisation de la muqueuse. Ces lésions ont un fort potentiel de transformation maligne.
- L'érythroplasie de Queyrat : lésions très dysplasiques non kératinisées.
- La chéilite actinique.

3. LÉSIONS CANCÉREUSES

- Le carcinome épidermoïde : cancer le plus fréquent de la sphère oro-faciale. On distingue trois formes principales : ulcéreuse, ulcéro-végétante et végétante. Ces lésions sont indurées.
- Le carcinome verruqueux : carcinome épidermoïde in situ. Il est localisé principalement au niveau des vestibules, du palais dur, de la muqueuse buccale. Il évolue de façon lente et ne provoque pas de métastases. C'est une tumeur maligne très différenciée mais de bas grade.
- Le mélanome buccal : le mélanome buccal est une transformation maligne des mélanocytes de la muqueuse buccale. Il représente 0,4 à 8 % des mélanomes du corps entier, il est très agressif et le pronostic de survie est plutôt mauvais.

³ Poggy P, Rotta M, Boratto R. Volatile fraction of cigarette smoke induces alterations in the human gingival fibroblast skeleton. *J Periodontol Res*, 2002;37:230-235 - ⁴ Rosa GM et al. Cigarette smoking and alveolar bone in young adults : a study using digitized radiographs. *J periodontol*, 2008, 72:106-113 - ⁵ Linden GJ, Mullaly BH. Cigarette smoking and periodontal destruction in young adult. *J. Periodontol* 1994;65:718-723 - ⁶ Axelsson P et al, Relationship between smoking and dental status in 35-, 50-, 65-, and 75-year-old individuals. *J.Clin. Periodontol* 1998;25:297-305 - ⁷ Grossi SG et al. Effects of smoking and smoking cessation on healing after mechanical therapy. *J Am Dent Assoc* 1997;128:599-607 - ⁸ Bergstrom J. Tobacco smoking and chronic destructive periodontal disease. *Odontology* 2004; 92(1): 1-8 - ⁹ <http://www.respir.com/doc/abonne/pathologie/tabac/TabacCaviteBuccale.asp> - ¹⁰ Institut National Du Cancer - Accueil. Available from: <http://www.e-cancer.fr/> - ¹¹ Bornstein M, Klingler K, Saxer UP, Walter C, Ramseier CA. Altérations de la muqueuse buccale associées au tabagisme. *Rev Mens Suisse Odontostomatol* 2006

Tabac et thérapeutique dentaire

Tabac et chirurgie orale

Les effets néfastes du tabac décrits précédemment vont impacter la cicatrisation post-extractionnelle¹² :

- diminution de la microcirculation et altération de l'oxygénation ;
- mauvais maintien du caillot en place ;
- altération du système immunitaire spécifique et aspécifique ;
- diminution de l'apport en collagène sur le site à cicatriser, en raison d'un affaiblissement de la production par les fibroblastes ;
- moindre cicatrisation osseuse au niveau de l'alvéole et densité osseuse plus faible.

Pour éviter ces conséquences et des complications post-chirurgicales (**alvéolite sèche**), il est conseillé de ne pas fumer au moins pendant 24h après une extraction dentaire.

Tabac et traitement parodontal

Il est indispensable d'intégrer le sevrage tabagique dès le début du traitement parodontal. En effet, il est clairement montré que la réponse au traitement parodontal non chirurgical est réduite (moins de réduction de profondeur de poches et moins de gain d'attache) chez les patients fumeurs en comparaison de non-fumeurs¹³. Ainsi, les recommandations de la Fédération Européenne de Parodontologie sont sans appel : « Nous recommandons le contrôle des facteurs de risque dont le tabagisme chez les patients atteints d'une maladie parodontale, dans le cadre de la première étape de la thérapie »¹⁴.

Tabac et implantologie

Le tabac retarde la cicatrisation. Il n'empêche pas des chirurgies pré-implantaires (ROG, sinus lift...) et implantaires mais diminue de 13% le taux de réussite¹⁵.

Un devoir d'information est nécessaire auprès du patient fumeur candidat à un traitement implantaire, et une proposition de sevrage tabagique devra être systématiquement proposée (soit au cabinet ou en adressant le patient).



¹² Balaji SM. Tobacco smoking and surgical healing of oral tissues : a review, Indian J Dent Res. Oct-Dec 2008;19(4):344-8 - ¹³ Antonella Labriola, Ian Needleman, David R Moles. Systematic review of the effect of smoking on nonsurgical periodontal therapy. Perio 2000. 2005;37:124-37. doi: 10.1111/j.1600-0757.2004.03793.x - ¹⁴ Sanz, M, Herrera, D, Kebschull, M, et al; Treatment of stage I-III periodontitis—The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontol. 2020; 47: 4– 60. - ¹⁵ Aved F, Rahman I, Romanos GE. Tobacco product usage as a risk factor for dental implants. Periodontol 2000

Repérer et conseiller

Les chirurgiens-dentistes font partie des professionnels de santé les mieux placés pour repérer le tabagisme de leurs patients et les conseiller sur l'arrêt du tabac. Ils sont, de plus, amenés à revoir plusieurs fois leurs patients pour les soigner ce qui permet de les accompagner et les soutenir dans la durée.

Depuis le 26 janvier 2016, ils sont autorisés à prescrire des traitements nicotiniques de substitution.

Impliqué dans la prévention au sens large, le praticien se doit de sensibiliser sur la question du tabac en déployant des affiches ou des vidéos sur sa télévision de salle d'attente ou son site internet. Cela permet d'ouvrir le dialogue lors de la consultation. Il peut aussi remettre des brochures pour les plus intéressés.



Toute consultation, quel qu'en soit le motif, est une occasion de **dépister**, de **questionner** le patient sur sa consommation avec empathie et écoute bienveillante, de **conseiller** l'arrêt et d'**informer** sur les aides disponibles (dépliants, sites, forum...). Plusieurs tests et outils téléchargeables sur le site de l'UFSBD et de la HAS permettent d'**évaluer** la dépendance, la motivation, les avantages et les freins du patient.

> Globalement, la démarche est la suivante.

- Si le patient est prêt, notre rôle est alors de l'**accompagner** avec un soutien psychologique, de l'**orienter** ou prendre en charge et **prescrire** des substituts nicotiniques.
- Il est conseillé pour gérer la dépendance comportementale et physique du patient qu'il se rapproche des tabacologues de Tabac Info Service et de l'encourager en reconnaissant et en valorisant ses efforts réalisés.
- Comme pour tout changement comportemental, il faut ensuite **suivre** dans le temps le patient.
- En cas de maintien, il convient de le **féliciter** et le conforter en valorisant ses efforts réalisés, comprendre ses nouvelles difficultés et apporter des solutions, consolider les changements et l'aider à ne pas rechuter.
- En cas de rechute, il faut **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 comportements à risques et l'inciter à **réengager** le processus, en sachant que plusieurs cycles sont parfois nécessaires avant de parvenir à un sevrage définitif.

La démarche détaillée du sevrage tabagique est la suivante et, comme pour tout changement comportemental en santé, peut se baser sur le Modèle transthéorique de changement (MTT) de Prochaska et DiClemente¹⁶ développé dans les années 80 (fig. 1).

Ce modèle propose et articule les étapes par lesquelles passe un patient lors d'un changement de comportement de santé. Il est déterminant pour permettre au chirurgien-dentiste de comprendre où en est le patient fumeur de son projet (ou non) d'arrêter de fumer et ainsi d'adapter sa prise en charge.

Figure 1 : le modèle transthéorique de changement de Prochaska et DiClemente décrit les six stades par lesquels passe un patient face à une problématique de changement. Chaque stade est une étape à franchir, dans un ordre à respecter, au risque de provoquer un réflexe correcteur renforçant les résistances du patient.

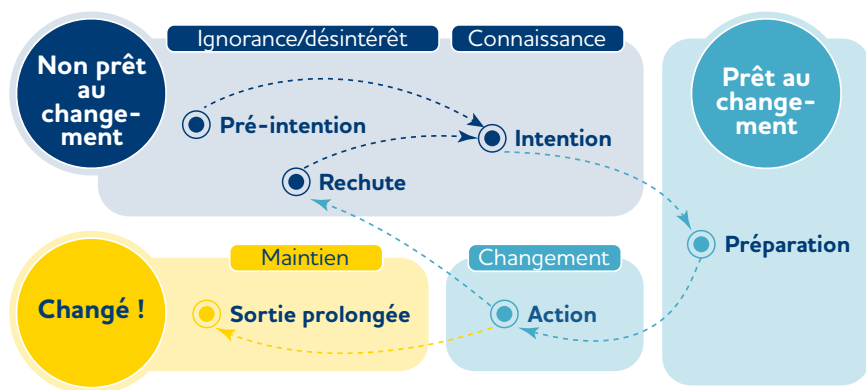
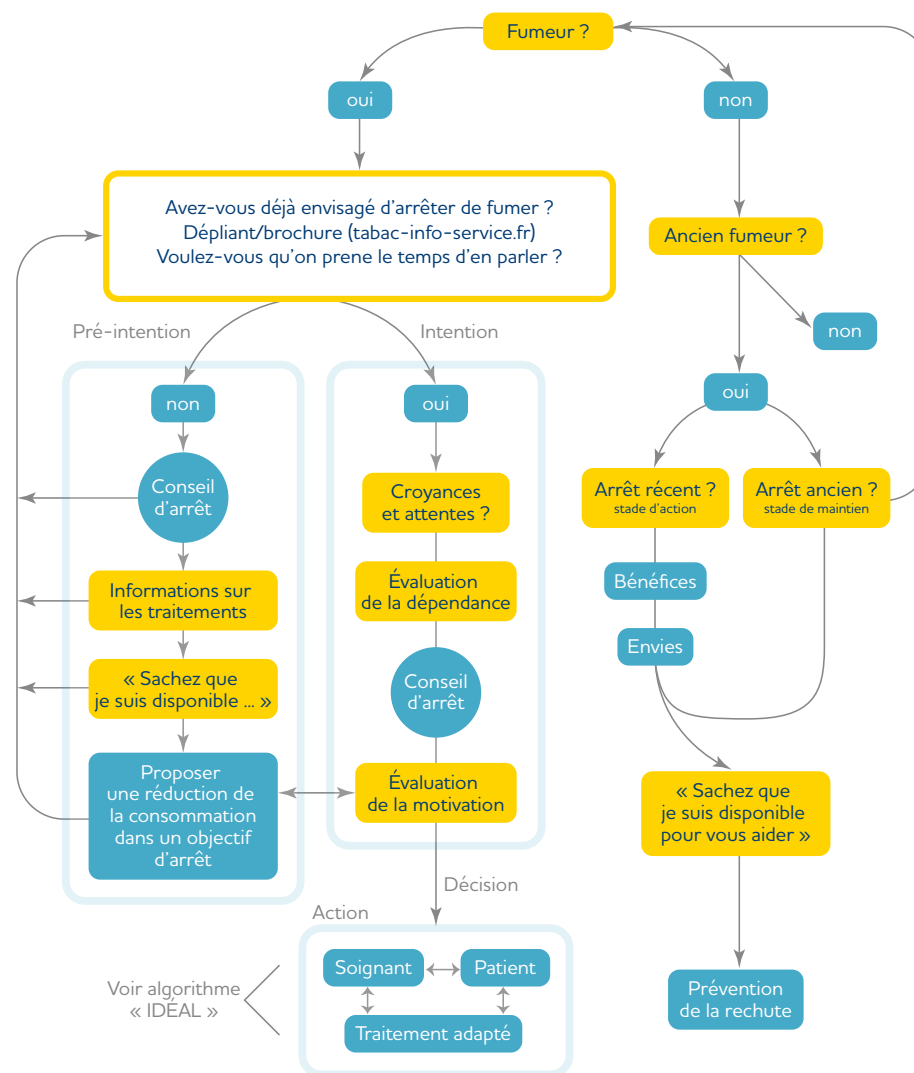


Figure 2 : outil associé à la recommandation de bonnes pratiques « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence ». - Algorithme 1. Du dépistage à la mise en place d'un traitement de l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac.

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Octobre 2014 / © Haute autorité de santé - 2014



¹⁶ Prochaska, J.O. and C.C. DiClemente, Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, 1983. 51(3): p. 390-5

Prévenir, sensibiliser : action minimale

STADE 1 = LA PRÉ-INTENTION

« ARRÊTER DE FUMER, NON, JE N'AI PAS ENVIE ! »

À ce stade, le patient ne se sent pas concerné par l'arrêt du tabac : il peut savoir que celui-ci est néfaste, mais il n'envisage pas d'arrêter de fumer. Sans motivation du patient, toute tentative de sevrage tabagique sera vouée à l'échec. Le rôle du chirurgien-dentiste est alors d'informer le patient de l'impact du tabac sur sa santé générale, et plus spécifiquement sur la sphère orale, d'identifier ses freins et d'exposer les solutions existantes et adaptées pour arrêter ou tout du moins réduire sa consommation. Il faut arriver à éveiller son intérêt, le faire adhérer à cette démarche, et lui faire savoir qu'on est disponible, ou un autre professionnel de santé, pour l'y accompagner « je peux vous aider si vous le souhaitez ».

STADE 2 = L'INTENTION

« J'AIMERAIS BIEN ARRÊTER DE FUMER MAIS CE N'EST PAS SI SIMPLE. »

À ce stade, le patient envisage l'arrêt, mais sa motivation actuelle ne l'a pas encore amené à débiter la démarche de sevrage. Le rôle du chirurgien-dentiste consiste à explorer l'ambivalence du patient (« je sais que je devrais arrêter de fumer, je voudrais, mais je ne le fais pas ») en renforçant les points positifs de l'arrêt pour que le patient souhaite entamer la démarche de sevrage. Le fumeur détermine lui-même où il situe son degré de motivation sur une échelle de 0 à 10 (0 pas de motivation, 10 très forte motivation). Selon cette évaluation, il convient de :

- motivation **forte** : stade 3. Encourager à débiter le sevrage ;
- motivation **moyenne** : lever les obstacles et rassurer le patient afin de renforcer sa motivation. Remettre une brochure peut aider à appuyer le message ;
- motivation **faible** : ne pas insister, discuter avec le patient des bénéfices à l'arrêt. Revoir le problème à une prochaine consultation et renforcer la motivation à chaque occasion.

Dépister, informer, évaluer la dépendance (physique, psychologique, comportementale)

STADE 3 = LA PRÉPARATION

À ce stade, le patient est prêt à débiter le sevrage tabagique. Le praticien doit alors évaluer la difficulté du sevrage pour déterminer s'il se sent compétent pour prendre en charge le sevrage tabagique ou s'il préfère référer le patient.

La difficulté du sevrage dépend :

- du soutien, de l'entourage du patient, de l'existence de codépendances (par exemple surveiller que l'addiction au tabac ne se déporte pas sur l'alcool lors de l'arrêt) ou de comorbidités anxieuses ou dépressives qui accentuent l'intensité des symptômes du sevrage ;
- du niveau de dépendance du patient qu'il est simple d'évaluer grâce au test de Fagerström (2012). Celui est constitué de six questions mais peut se simplifier en pratique quotidienne à deux questions principales (fig. 3).

À partir de ces éléments, le praticien devra déterminer le plan d'action adapté pour accompagner le patient dans son sevrage, notamment en convenant d'une date d'arrêt (HAS 2014).

RÉPONSES	SCORE
Combien de cigarette fumez-vous par jour ?	
< 10	0
11 à 20	1
21 à 30	2
> 30	3
Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?	
< 5 min	3
6 à 30 min	2
> 60	1

Figure 3 : deux questions simples à poser pour évaluer le degré de dépendance d'un patient fumeur.

SCORE FINAL	INTERPRÉTATION
0 - 1	Pas de dépendance
2 - 3	Dépendance faible
4 - 6	Dépendance forte

STADE 4

STADE 4 = ACCOMPAGNER LE PATIENT DANS LE SEVRAGE

LES SUBSTITUTS NICOTINIQUES (TNS)

Les chirurgiens-dentistes peuvent, depuis 2016 (loi n° 2016-41), prescrire des substituts nicotiniques dès l'âge de 15 ans avec, depuis 2019, un remboursement à hauteur de 65 % par la Sécurité sociale (liste des produits remboursables sur [ameli.fr](https://www.ameli.fr)¹⁷). Ces traitements sont un moyen efficace pour conduire à l'abstinence, augmentant le succès de sevrage de 50 à 70 % sur le long terme (Stead LF et al 2012).

L'efficacité des TNS peut être augmentée grâce à l'accompagnement des patients aux moyens de techniques comme la thérapie cognitivo-comportementale, l'entretien motivationnel ou plus simplement le soutien téléphonique de Tabac Info Service au 3989 ou encore par des conseils simples comme :

- identifier toutes les cigarettes inutiles = celles qui ne vous procurent pas de plaisir, dont vous pouvez facilement vous passer pour les éliminer ;
- mettre dans son paquet la quantité de cigarettes qu'on s'autorise à fumer ;
- identifier les moments/stress qui sont associés à la consommation pour les éviter.

> Les formes galéniques

Les substituts nicotiniques (fig. 3) sont proposés sous formes de :

- libération prolongée : **timbre/patch** permettant un apport de nicotine lent et constant ;
- libération rapide : **gommes à mâcher, comprimés/pastilles à sucer, inhalateur et spray buccal**.

Les formes orales peuvent être ajoutées aux patchs ou utilisées seules, elles agissent rapidement et sont utilisables en cas de craving (envie insurmontable). L'ensemble des formes galéniques ouvrent à des remboursements si le laboratoire est référencé à l'Assurance Maladie.

Consultez la liste exhaustive à jour des spécialités remboursables sur Ameli.fr :

<https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/regles-delivrance-prise-charge/substituts-nicotiniques>

> Les posologies

Une règle empirique consiste à considérer que fumer une cigarette manufacturée équivaut à 1 mg de nicotine absorbée. Pour débiter le sevrage, il est conseillé de prescrire une quantité équivalente à 100 % de la dose de nicotine normalement fumée par le patient par rapport à la situation initiale. L'objectif de ce traitement de fond est de répondre aux besoins nicotiniques journaliers du patient (traitement de fond).

Le sous-dosage potentiel ou les envies impérieuses de fumer peuvent être pris en charge par des comprimés ou des pastilles à sucer (traitement de crise). Évidemment, cela est à adapter selon la dépendance du patient et des symptômes du sevrage vécus par ce dernier.

Prenons l'exemple d'une consommation d'un paquet par jour (20 cigarettes = 20 mg de nicotine absorbée). La stratégie de prescription consisterait à prescrire un patch de 21 mg (100 % d'absorption) couvrant l'ensemble des besoins nicotiniques du patient et y ajouter des comprimés/pastilles (1,5 mg) ou gommes à mâcher (2 mg car uniquement 50 % d'absorption) en cas d'envie impérieuse de fumer.

¹⁷. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/medicaments-vaccins-dispositifs-medicaux/prise-charge-substituts-nicotiniques>

Figure 3 : principaux substituts nicotiques.

TNS	DOSAGE	MODE D'EMPLOI
Les patches à la nicotine 	Sur 24h : 21 mg, 14 mg, 7 mg Sur 16h : 25 mg, 15 mg, 10 mg	> Absorption lente > Appliquer sur une peau sèche, sans lésion cutanée ni tatouage et à la pilosité rare (bras, ventre, hanche, omoplate, cuisse, fesse) > Changer chaque jour l'emplacement du patch pour diminuer le risque de réaction cutanée
Les gommes à mâcher 	Disponible en deux dosages : 2 et 4 mg Dose journalière moyenne : 8 à 12 gommes par jour	> Mâcher la gomme très lentement jusqu'à l'apparition d'un goût prononcé > Placer la gomme entre la joue et la gencive > Alternier des temps de pauses et de mastication > Une gomme libère de la nicotine pendant 30 minutes environ
Les comprimés/pastilles à sucer 	Disponible en 1 mg, 1,5 mg, 2 mg, 2,5 mg et 4 mg Dose journalière moyenne : 8 à 12 comprimés par jour	> Placer entre la joue et la gencive et laisser fondre ou sucer très lentement > Déplacer régulièrement d'un côté à l'autre de la bouche jusqu'à dissolution complète
Les comprimés sublinguaux 	Disponible en 2 mg. Dose journalière moyenne : 8 à 12 comprimés par jour	> Placer sous la langue pour une absorption lente et régulière > Se dissout lentement en 30 minutes > Ne pas sucer, ni mâcher, ni avaler
Inhalateur buccal 	Une cartouche contient 10 mg de nicotine Ne pas dépasser 12 cartouches par jour Non remboursable actuellement	> Ouvrir l'embout et y placer la cartouche > Aspirer par l'embout l'air chargé de microgouttelettes de nicotine et garder la bouffée en bouche
Les sprays buccaux 	Chaque pulvérisation délivre 1 mg de nicotine Un flacon contient 150 doses 4 pulvérisations par heure maximum, sans dépasser 2 pulvérisations par prise et 64 pulvérisations par tranche de 24h	> Ouvrir la bouche et placer l'embout du pulvérisateur aussi près que possible > Appuyer sur la partie supérieure du pulvérisateur pour libérer une dose dans la bouche en direction de l'intérieur des joues, puis avec la langue répartir les gouttelettes sur la muqueuse buccale > Ne pas inhaler lors de la pulvérisation > Éviter de déglutir, manger et boire lors de la pulvérisation

> La prescription

La prescription se fait sur une ordonnance classique dédiée uniquement aux produits de sevrage tabagique qui comporte :

- votre nom, prénom et numéro d'identification ;
- nom et prénom du patient ;
- date ;
- dénomination du médicament + dosage + posologie + durée du traitement + nombre d'unités de conditionnement + mode d'utilisation ;
- votre signature.

NB : ne pas inscrire d'autres prescriptions sur cette ordonnance.

Dr QUINOTTE
Chirurgien-dentiste
Titre
Adresse
Téléphone
N° ADeli / RPPS

Date
Nom, Prénom du patient
Âge et poids

Patchs à la nicotine X 25mg/75h : ODP pour X mois
1 patch par jour à coller le matin sur une peau sèche, sans lésion cutanée ni tatouage et à pH élevé (sans). Changer de place à chaque application pour éviter une irritation.

Gomme à mâcher 2mg : X boîtes pour X mois
Mâchez très lentement une gomme en cas de manque. Placez-la entre la joue et la gencive pour la ramollir. La garder en bouche environ 30mn. Ne pas dépasser 12 gommes par jour.

Pastilles 2mg : X boîtes pour X mois
Placez entre la joue et la gencive et laissez fondre très lentement. Ne pas dépasser 12 comprimés par jour.

Signature

Modèle à télécharger

> Gestion des symptômes du sevrage

Les symptômes du sevrage sont souvent plus marqués durant les trois premières semaines d'arrêt. Ainsi, il est important d'accompagner le patient de façon très régulière durant cette période. Une solution très utile et efficace est de proposer au patient de contacter Tabac Info Service (n°3989) qui assure un suivi téléphonique qui lui sera adapté. Il sera du ressort du chirurgien-dentiste ou du tabacologue d'adapter la prescription. Une fois l'arrêt complet de la consommation de cigarettes et si le patient est confortable, il sera envisagé une diminution progressive toutes les trois semaines des patchs nicotiniques (21/14/7 mg) jusqu'à un arrêt total des patchs.

LES MÉTHODES ALTERNATIVES : CIGARETTE ÉLECTRONIQUE, TECHNIQUES COMPORTEMENTALES

De multiples propositions se présentent à un patient qui souhaite se sevrer. Le chirurgien-dentiste doit pouvoir informer des données de la science sur ces alternatives, quand bien même chaque patient trouvera la solution qui lui convient. Quelques-unes de ces solutions sont ici abordées.

> La cigarette électronique

La HAS recommande en 2014 : « Si un fumeur refuse les moyens de substitution nicotinique recommandés, l'utilisation de la cigarette électronique ne doit pas être déconseillée mais doit s'inscrire dans une stratégie d'arrêt avec accompagnement ». Il est à noter que les études in vitro^{18 19} et in vivo^{20 21} ont montré des effets néfastes sur les tissus parodontaux.

> L'acupuncture

Les études sur le sujet semblent montrer un intérêt à court terme de l'acupuncture dans le sevrage tabagique mais il n'existe pas de preuves non biaisées montrant une efficacité dans l'abstinence tabagique à six mois (HAS 2014 / N. Lhommeau et al 2020)²².

> L'hypnose

Il existe à ce jour une très grande hétérogénéité dans les études pour conclure sur l'apport de l'hypnose lors d'un sevrage. Il pourrait exister un intérêt bénéfique en l'absence d'autres traitements à l'efficacité reconnue (TNS) (Barnes J et al Cochrane 2019)²³. En raison de l'absence de nocivité de l'acupuncture et de l'hypnose, libre au patient de les expérimenter s'il en exprime le souhait.

ADRESSER

Il existe à ce jour des traitements médicamenteux de seconde intention comme la varénicline (Champix®) et le bupropion (Zyban®). Ces traitements aux effets secondaires potentiellement sévères nécessitent une prescription médicale, un suivi important et sont contre-indiqués chez la femme enceinte ou allaitante.

COMMUNIQUER

**Téléchargez
ce poster à placer
dans votre salle d'attente**



¹⁸. Javed F, Kellesarian SV, Sundar IK, Romanos GE, Rahman I. Recent updates on electronic cigarette aerosol and inhaled nicotine effects on periodontal and pulmonary tissues. Oral Dis 2017 ; 23 (8) : 1052-57 - ¹⁹. Sundar IK, Javed F, Romanos GE, Rahman I. E-cigarettes and flavonoids induce inflammatory and pro-senescence responses in oral epithelial cells and periodontal fibroblasts. Oncotarget 2016 ; 7 (47) : 77196-204 - ²⁰. Javed F et al. Comparison of periodontal parameters and self-perceived oral symptoms among cigarette smokers, individuals vaping electronic cigarettes, and never-smokers. J Periodontol 2017 ; 88 (10) : 1059-65 - ²¹. Wadia R, Booth V, Yap HF, Moyes DL. A pilot study of the gingival response when smokers switch from smoking to vaping. Br Dent J 2016 ; 221 (11) : 722-26 - ²². N Lhommeau Acupuncture and smoking cessation, a review of the literature Rev Mal Respir. 2020 Jun;37(6):474-478 - ²³. Barnes J et al Hypnotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Jun 14;6(6)



Santé publique France : des outils pratiques pour le praticien

➤ Le tabac est l'un des obstacles au maintien d'une bonne santé bucco-dentaire. Aussi, le chirurgien-dentiste est particulièrement bien placé pour conseiller son patient et l'aider dans sa démarche d'arrêter du tabac. Cette intervention du chirurgien-dentiste s'avère très efficace. Une méta-analyse montre que l'accompagnement par un chirurgien-dentiste augmente de 70 % les chances de sevrage sur six mois.

➤ C'est pourquoi Santé publique France accompagne les chirurgiens-dentistes et les outille pour qu'ils puissent prendre en charge leurs patients fumeurs de manière adaptée. Des outils sont mis à disposition sur pro.tabac-info-service.fr. Ils permettent de mesurer l'intensité de la dépendance au tabac, de connaître les étapes clés de l'accompagnement et les repères pour la prescription de traitements nicotiniques de substitution.

Plusieurs formations d'accompagnement au sevrage tabagique sont aussi accessibles à distance comme le Mooc « [Tabac, arrêter comme vous voulez](#) » ou « [L'aide au sevrage tabagique](#) » du Jim DPC.

Et si un chirurgien-dentiste ne souhaite pas aller plus loin dans la prise en charge, il a toujours la possibilité d'orienter le patient vers le médecin traitant, un tabacologue ou bien encore le site Tabac info service.

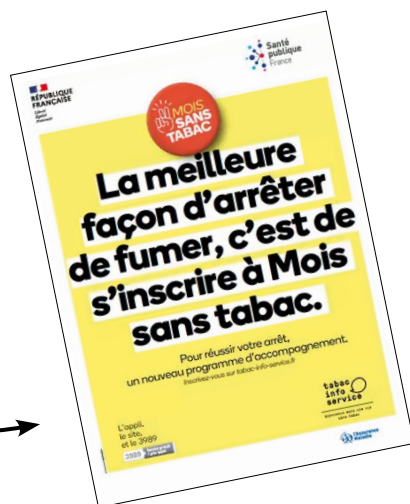
Toutes les informations et tous les outils sont disponibles sur pro.tabac-info-service.fr



bienvenue dans une vie sans tabac

Téléchargez en cliquant sur le visuel fiche

Et pour tous les fumeurs, RDV en octobre pour le Mois sans tabac



Chaque consultation peut être l'occasion d'interroger vos patients sur leur statut tabagique et leur conseiller d'arrêter de fumer.

Deux questions :	
Statut tabagique	• Êtes-vous fumeur ? • Avez-vous envisagé d'arrêter de fumer ?
	Un conseil, quelle que soit sa réponse précédente : • Arrêter de fumer : par exemple « arrêter de fumer est une bonne décision pour votre santé et je peux vous y aider. Souhaitez-vous que nous en parlions plus en détail ? »
Si votre patient souhaite arrêter de fumer :	
Faire le point	• Préciser ses motivations pour l'encourager. • Identifier ses craintes par rapport à l'arrêt afin de les lever. • Évaluer sa dépendance. • Déterminer avec lui ses modalités d'arrêt (arrêt total « du jour au lendemain », avec une date à fixer, ou un arrêt progressif).
	Enclencher la démarche de sevrage • Proposer une prise en charge adaptée. • Prescrire des substituts nicotiniques si besoin.
Préparer le suivi	• Proposer un suivi régulier avec vous, en fixant des points d'étape. • Ou l'orienter vers un tabacologue en présentiel ou par téléphone avec le 39 89.
	Si votre patient ne souhaite pas arrêter de fumer : • Rappeler qu'arrêter de fumer serait bénéfique pour sa santé globale et ses éventuelles pathologies. • Indiquer qu'il est plus facile d'arrêter de fumer en étant accompagné que tout seul. • Proposer de réduire son tabagisme à l'aide de substituts nicotiniques par voie orale avant d'envisager ultérieurement un arrêt complet