

Prévention et sevrage tabagique au cabinet dentaire

Christoph A. Ramseier¹, Michael M. Bornstein²,
Ulrich P. Saxer³, Karl Klingler⁴, Clemens Walter⁵

¹ Dept. of Periodontics and Oral Medicine,
University of Michigan, Ann Arbor, USA

² Clinique de chirurgie orale et de stomatologie,
Cliniques de médecine dentaire de l'Université de Berne

³ Prophylaxezentrum Zürich

⁴ Centre pulmonaire Hirslanden, Zurich

⁵ Clinique de parodontologie, d'endodontologie et de
cariologie, Centre universitaire de médecine dentaire, Bâle

Mots-clés: Sevrage tabagique, désaccoutumance au tabac,
intervention brève antitabac, entretien motivationnel,
substitution nicotinique

Adresse pour la correspondance:
D^r méd. dent. Christoph A. Ramseier
Dept. of Periodontics and Oral Medicine
School of Dentistry, University of Michigan
1011 N. University Avenue, 48109
Ann Arbor, USA
Tél. +1 734 998-1468, fax +1 734 998-7228
E-mail: ramseier@umich.edu

Traduction française de Jacques Rossier et Thomas Vauthier

(Illustrations et bibliographie voir texte allemand, page 253)

Introduction

La présente quatrième partie d'une série de publications sur le thème «Tabagisme et médecine dentaire» décrit la procédure élaborée entre 2002 et 2006 par la Task force du projet «Tabagisme – intervention au cabinet dentaire» au sein du programme national suisse de prévention et de sevrage tabagique «Let it be» au cabinet de médecine dentaire. Les conséquences néfastes de la consommation de tabac sur la muqueuse buccale et le parodonte ont été discutées de manière approfondie dans les trois

La présente quatrième partie d'une série de publications de la Task force du projet «Tabagisme – Engagement du cabinet dentaire» sur le thème «Tabagisme et médecine dentaire» est consacrée à l'intégration de la prévention et du sevrage tabagique au cabinet dentaire. Le sevrage tabagique, parallèlement au contrôle optimal de la plaque dentaire, est devenu l'une des mesures les plus importantes pour le traitement des maladies parodontales. Par rapport à la pratique médicale généraliste, l'équipe du cabinet dentaire revoit plus régulièrement ses patients, et peut dès lors les motiver, lors de plusieurs interventions successives, à entreprendre un sevrage tabagique. La dépendance au tabac est à la fois d'ordre physique et psychique. Il est donc judicieux de combiner un traitement médicamenteux, destiné à combattre les symptômes physiques de sevrage, à un conseil psychologique qui a pour but de faciliter la désaccoutumance en modifiant les habitudes de consommation du patient. Pour favoriser le sevrage tabagique, l'intervention brève sous forme d'un entretien motivationnel («Brief Motivational Interviewing», BMI) semble être l'approche la plus appropriée au cabinet dentaire. La substitution nicotinique représente le traitement de choix en médecine dentaire, car les deux médicaments utilisés dans cette indication, la varénicline et le bupropion SR, sont soumis à ordonnance médicale.

précédentes revues de la littérature (BORNSTEIN et coll. 2006; SAXER et coll. 2007; WALTER et coll. 2007). La littérature consacrée à ce domaine de la médecine dentaire d'importance croissante s'élargit constamment, et les publications qui mettent en évidence les améliorations cliniques du parodonte et de la muqueuse buccale après l'arrêt du tabac sont de plus en plus nombreuses. Un exemple: environ 5 à 10 ans après l'arrêt du tabac, le rapport des cotes (odds ratio) pour le carcinome du pharynx diminue de 5,8 à 2,7, et lorsque l'arrêt du tabac remonte à plus de 10 ans, le RC atteint même 0,7 (DE STEFANI et coll. 1998). L'état

de santé du parodonte peut également s'améliorer après l'arrêt du tabac: les ex-fumeurs présentent une perte osseuse alvéolaire moins importante (BERGSTROM et coll. 2000; BOLIN et coll. 1993; PAULANDER et coll. 2004), les pertes de dents sont moins nombreuses (KRALL et coll. 1997), et ces patients réagissent significativement mieux aux traitements parodontaux (KALDAHL et coll. 1996; PRESHAW et coll. 2005). Heasman et collaborateurs ont présenté récemment dans une revue de la littérature les résultats que l'on peut attendre, en l'état actuel des connaissances, des traitements parodontaux conventionnels réalisés chez les fumeurs, les ex-fumeurs et les non-fumeurs. Les auteurs ont rassemblé les résultats des traitements réalisés dans 26 études et les ont classés en fonction des résultats. Dans 6 études, les résultats cliniques des patients ex-fumeurs ont pu être identifiés et ont été nettement meilleurs, dans l'ensemble, que ceux des patients qui avaient continué à fumer pendant les périodes d'observation (HEASMAN et coll. 2006). Il a été constaté de même, dans une étude prospective comprenant 78 patients et 223 implants oraux, que les taux de succès des traitements implantologiques avaient été significativement supérieurs chez les patients ex-fumeurs que chez les patients qui avaient continué à fumer (BAIN 1996).

En résumé, l'état de santé du parodonte des ex-fumeurs se situe entre celui des fumeurs et celui des non-fumeurs (GROSSI et coll. 1997; HABER et coll. 1993). Par contre, la durée nécessaire à l'amélioration de l'état du parodonte après l'arrêt du tabac n'a pas été suffisamment investiguée. Cependant, une relation a été établie entre le nombre de cigarettes fumées avant l'arrêt et la durée nécessaire à l'amélioration de l'état de santé du parodonte. Sur la base d'une étude nationale réalisée aux Etats-Unis avec 12 623 patients (NHANES III), on peut évaluer la demi-vie de disparition des atteintes à 18 mois (DIETRICH & HOFFMANN 2004). Cela signifie qu'une année et demie après le sevrage tabagique, le risque de maladies parodontales a déjà diminué de moitié.

En raison de ces évidences, la désaccoutumance tabagique joue un rôle important en médecine dentaire. Parallèlement au contrôle optimal de la plaque dentaire, le sevrage tabagique définitif est désormais reconnu comme étant la mesure préventive et thérapeutique la plus importante lors de parodontite chronique (RAMSEIER 2005) et de parodontite agressive (HUGHES et coll. 2006).

La dépendance tabagique

Walter et collaborateurs ont rappelé que la drogue essentielle contenue dans le tabac est la nicotine, dont la consommation peut entraîner des sensations agréables chez le consommateur (WALTER et coll. 2007). La nicotine parvient dans la circulation sanguine par les poumons ou la muqueuse buccale, pour atteindre ensuite le système nerveux central. Elle se fixe alors sur les récepteurs de l'acétylcholine, et prolonge ainsi la durée d'ouverture des canaux ioniques permettant l'entrée de sodium dans les cellules cibles (HOGG et coll. 2003). Ce stimulus supplémentaire entraîne une augmentation de la concentration en noradrénaline dans certaines régions du cerveau, telles que le noyau accumbens et le locus coeruleus, provoquant des sensations que le consommateur de tabac ressent comme agréables (SVENSSON et coll. 1990; ZHANG & SULZER 2004). Simultanément, un mécanisme adaptatif est déclenché, qui rend les cellules cibles moins sensibles à cette même stimulation (WANG & SUN 2005). Ce qui a pour conséquence que le consommateur de tabac doit augmenter la dose de nicotine pour ressentir à nouveau aussi fortement ces mêmes sensations agréables; parallèlement, des symptômes dits de sevrage se manifestent lorsque le patient n'a pas pris sa dose habituelle de nicotine. Après la période d'adaptation initiale, le

consommateur de tabac a donc besoin de sa dose individuelle de nicotine pour se sentir dans un état neutre. Cette adaptation morphologique dans le système nerveux central correspond au développement d'une dépendance physique (DIFRANZA & WELLMAN 2005).

En plus de cette dépendance physique, la consommation réitérée de produits tabagiques peut devenir une habitude. Les contacts sociaux, le cas échéant associés à certaines routines quotidiennes, peuvent favoriser les habitudes de consommation. Après un certain temps, ces habitudes sont ancrées fermement dans le déroulement habituel de la journée. Lorsqu'il n'est pas possible pour une raison quelconque de satisfaire à ces habitudes, des symptômes de manque tels qu'agitation, nervosité, voire agressivité, se manifestent. Ces réactions sont la conséquence d'une dépendance psychique. La dépendance au tabac est donc constituée d'une dépendance physique et d'une dépendance psychique. Le sevrage tabagique devrait dès lors s'appuyer sur la combinaison d'un traitement médicamenteux, destiné à traiter les symptômes de sevrage physique, avec une thérapie comportementale destinée à changer les habitudes de consommation.

Le sevrage et la désaccoutumance tabagiques

Dans leur vie quotidienne, les consommateurs de tabac sont rendus attentifs de toutes parts à leur habitude malsaine. Les nombreuses publications dans les médias, la restriction croissante des lieux où il est autorisé de fumer, aussi bien dans les espaces publics qu'à la place de travail, ainsi que les exigences des membres de la famille d'être protégés du tabagisme passif – tous ces éléments ne représentent qu'une faible partie des situations de remise en question auxquelles les consommateurs de tabac sont régulièrement exposés. Par ailleurs, l'augmentation des taxes sur le tabac, les restrictions de la publicité émanant de l'industrie du tabac et le soutien des médecins et des dentistes représentent un ensemble d'éléments qui ont pour but de diminuer la prévalence du tabagisme, dans l'intérêt de la santé publique. Bien que ces éléments soient souvent de la responsabilité du système de santé publique, c'est en définitive le libre arbitre du consommateur individuel qui est déterminant quant à la décision de changer ses habitudes et d'arrêter de fumer. En l'absence du soutien d'un programme individuel ou d'un conseil professionnel, le taux de succès est compris entre 10,2% et 11% (FIORE et coll. 2000).

Méthodes de désaccoutumance au tabac

Actuellement, la méthode de désaccoutumance tabagique fondée sur des preuves (*evidence based*) qui a le plus de succès est fondée sur un conseil professionnel destiné à modifier le comportement selon le modèle des «5 A»: **A**sk (poser des questions), **A**dvice (conseiller), **A**ssess (évaluer), **A**ssist (aider, soutenir) et **A**rrange (organiser), en combinaison avec un traitement médicamenteux (FIORE et coll. 2000). De manière générale, il est reconnu que les taux de succès dépendent de la durée des entretiens consacrés à la désaccoutumance. Ces taux de succès sont de l'ordre de 14,0% pour 1–3 minutes d'entretien, de 18,8% pour 4–30 minutes, de 26,5% pour 31–90 minutes et de 28,4% pour >90 minutes (FIORE et coll. 2000). Les études cliniques destinées à déterminer les taux de succès des méthodes visant à arrêter de fumer ont constaté régulièrement que les taux de réussite sont relativement favorables à 3 mois (>50%), puis diminuent fortement à 12 mois en raison de la fréquence relativement élevée des récives (<25%) (FERGUSON et coll. 2005; JUDGE et coll. 2005).

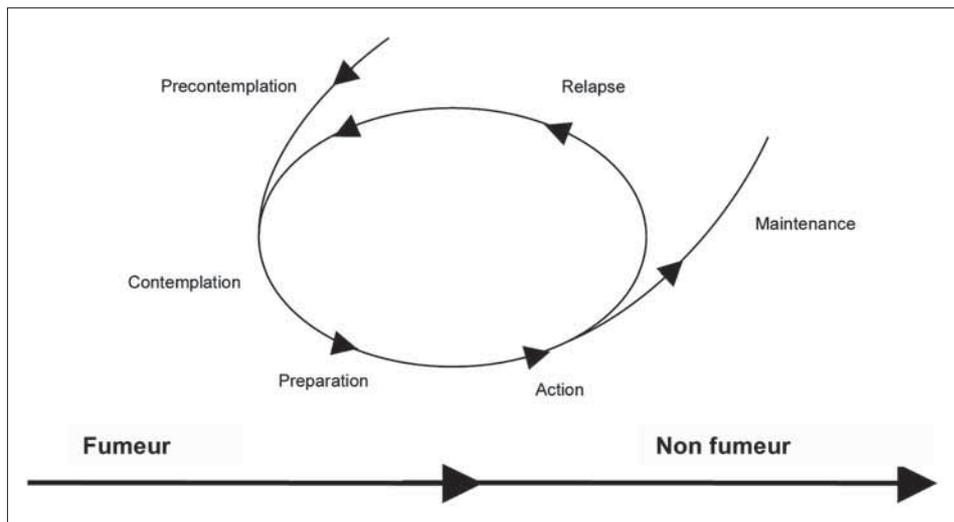


Fig. 1 Modèle transthéorique de changement des comportements, «Stages of change» modifié suivant Prochaska et DiClemente (PROCHASKA & DICLEMENTE 1983).

D'autres méthodes de désaccoutumance tabagique connues et largement répandues, telle l'acupuncture ou l'hypnose, ont été investiguées à plusieurs reprises. Les méta-analyses de plusieurs études contrôlées n'ont cependant pas permis à Fiore et collaborateurs de mettre en évidence une efficacité supérieure à la méthode dite des «5 A» (FIORE et coll. 2000). Les fameux livres d'Allen Carr (1934–2006), ancien grand fumeur et écrivain («La méthode simple pour en finir avec la cigarette» et «La méthode simple pour aider vos enfants à arrêter de fumer») n'ont jamais fait l'objet d'une étude contrôlée. Bien que la méthode diffusée par ces livres ait suscité des reportages favorables, elle n'est pas basée sur l'évidence scientifique nécessaire permettant de la recommander de manière générale.

Etre prêt à changer de comportement

La disposition à changer de comportement est souvent décrite à l'aide du «modèle transthéorique du changement», selon lequel quatre stades doivent être parcourus (fig. 1). Ces stades sont les suivants: *Precontemplation* (indétermination, manque de conscience du problème), *Contemplation* (intention, prise de conscience), *Préparation* (préparation) et *Action* (action) (PROCHASKA & DICLEMENTE 1983). Un modèle rationnel et efficace pour favoriser le sevrage tabagique consiste à motiver le patient à passer de l'un des stades mentionnés ci-dessus au stade suivant.

Il arrive souvent que le consommateur de tabac souhaite certes renoncer à l'avenir à cette habitude, mais lorsqu'il est interpellé à ce sujet, il répond qu'il n'est pas encore prêt à faire le pas. Il souhaite tout d'abord accomplir un certain nombre de choses, par exemple passer un examen ou en finir avec une procédure de divorce. Dans la plupart des cas, il s'agit de prétextes élaborés afin de justifier le comportement de consommation tabagique. Derrière cette attitude, il y a souvent la crainte de l'échec, la crainte de ne pas supporter l'expérience désagréable d'une nouvelle récurrence; dans bien des cas, le patient redoute également une prise de poids (potentiellement importante), un effet secondaire fréquent du sevrage tabagique. La conduite adéquate de l'entretien (voir ci-dessous) permet souvent de «mettre le doigt» rapidement sur ces «prétextes», et de faire prendre conscience aux patients que ces problèmes peuvent être surmontés.

La crainte de la récurrence

Lors de l'intervention visant à l'abstinence tabagique, un thème important de l'entretien est la crainte des récurrences. De nombreux

fumeurs ont peur de l'échec. Le fumeur manque souvent de confiance en soi. Les ex-fumeurs disent qu'ils y sont arrivés «parce qu'ils ont cru qu'ils seraient capables de le faire», et que c'est finalement ce qui les a aidés. La conduite adéquate de l'entretien permet de renforcer la confiance en soi du patient, ce qui va favoriser la disposition à arrêter de fumer. A cet égard, la dépendance à la nicotine doit être envisagée de façon réaliste: l'échec d'une tentative de sevrage tabagique n'est pas un signe de faiblesse de caractère, mais démontre le potentiel fortement addictif de la nicotine.

La crainte de prendre du poids

La crainte de prendre du poids après l'arrêt du tabac est un autre thème important de l'entretien structuré visant le sevrage tabagique. Dans une étude clinique réalisée aux Etats-Unis avec 5887 fumeurs âgés entre 35 et 60 ans, une prise de poids moyenne de 9,7 kg a été constatée à 5 ans. Ce chiffre est significativement supérieur à la prise de poids moyenne généralement admise de 5,3 kg chez les non-fumeurs pendant la même période (EISENBERG & QUINN 2006).

Comme la consommation régulière de nicotine augmente l'activité métabolique générale, les fumeurs consomment davantage de calories. Inversement, le sevrage tabagique s'accompagne d'une diminution de l'activité métabolique, et le déficit de dépense énergétique aboutit à l'accumulation de graisse corporelle, même si la personne continue à se nourrir de la même manière. Face à ce problème, il est judicieux de préciser lors de l'entretien structuré qu'un soutien pharmacologique – par exemple une substitution nicotinique bien dosée – peut permettre de limiter la prise de poids (FILOZOF et coll. 2004).

Taux de succès du sevrage tabagique au cabinet dentaire

Les taux de succès des interventions réalisées dans le cadre du cabinet dentaire et visant au sevrage tabagique ont été résumés dans un travail de synthèse de Warnakulasuriya et collaborateurs. Comme pour d'autres types d'interventions réalisées sur la base d'entretiens structurés par des médecins ou des psychothérapeutes, on constate un taux élevé de succès à court terme (WARNAKULASURIYA 2002). Christen et collaborateurs ont atteint au début des années 80 un taux de succès de 34,3% six semaines après l'arrêt du tabac faisant suite à des entretiens structurés et obtenu avec le soutien d'une substitution nicotinique. Cependant, 15 semaines après l'arrêt, le taux de succès a diminué à 12,4%. Lors-

que la substitution nicotinique était réalisée avec un placebo, les taux de succès à 6 et 15 semaines ont été respectivement de 10,7% et 4,8% (CHRISTEN et coll. 1984).

Les taux d'abstinence tabagique obtenus à la suite d'interventions au cabinet dentaire ont été évalués par Cooper et collaborateurs à la fin des années 80 avec 374 patients fumeurs. En l'absence de soutien pharmacologique, les taux de succès une année après l'arrêt du tabac ont été compris entre 7,7 et 8,6%. La substitution nicotinique a permis d'obtenir des taux de succès de 16,3% à 16,9% (COOPER & CLAYTON 1989). Les taux de succès un an après l'arrêt du tabac faisant suite à des interventions structurées réalisées par les hygiénistes dentaires, sans substitution nicotinique, ont été compris entre 2,4 et 2,6% (SEVERSON et coll. 1998).

Un travail de synthèse récemment publié a évalué les taux de succès du sevrage tabagique obtenu par les interventions réalisées au cabinet dentaire: La compilation des résultats de sept études a montré que les interventions structurées visant au sevrage tabagique (fumeurs et consommateurs de tabac à mâcher), réalisées par les membres de l'équipe de médecine dentaire, a augmenté significativement le taux d'abstinence tabagique: rapport des cotes (odds ratio) de 1,44 (intervalle de confiance: 1,16–1,78) (CARR & EBBERT 2006).

Interventions au cabinet dentaire: les obstacles à surmonter

Il est bien connu que la plupart des consommateurs de tabac sont conscients du caractère malsain de cette dépendance. Mais si l'on interroge plus précisément ces personnes sur les conséquences délétères de la consommation de tabac pour la santé, on s'aperçoit que les atteintes de la muqueuse buccale et du parodonte sont nettement sous-estimées (AL-SHAMMARI et coll. 2006). En plus du contrôle de l'hygiène bucco-dentaire, les membres de l'équipe du cabinet dentaire ont donc un travail d'information important à accomplir, dans l'intérêt de la santé publique. Ce sont eux qui sont le mieux à même de discuter avec les patients des conséquences de la consommation de tabac sur la santé bucco-dentaire. L'intégration d'un entretien de ce type dans la routine quotidienne n'est pas toujours facile. Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, de nombreux consommateurs de tabac ressentent une pression de la part de la société. De plus, de nombreux patients n'ont jamais été interpellés, lors de leurs traitements dentaires au cours des années précédentes, sur leur consommation de tabac ou leur disposition éventuelle à arrêter de fumer. Ce sont en effet les nouvelles connaissances acquises au cours des 5 à 10 dernières années qui ont incité les membres de l'équipe du cabinet dentaire à s'impliquer dans la prévention et le sevrage tabagique (BORNSTEIN et coll. 2006; SAXER et coll. 2007; WALTER et coll. 2007).

Les obstacles généralement reconnus quant à l'intégration des interventions structurées relatives au tabagisme dans le cadre du cabinet dentaire sont les suivants:

- 1) Manque de temps
 - 2) Réflexions d'ordre financier
 - 3) Manque d'intérêt de la part du patient
 - 4) Respect de la liberté personnelle
 - 5) Manque d'entraînement sur le plan des compétences dans la communication de «bons conseils»
 - 6) Crainte de perdre des patients («clients»).
- (GERBERT et coll. 1989; Needleman et coll. 2006).

À l'avenir, il y a lieu de réduire ces obstacles grâce à une formation spécifique et aux cours de perfectionnement destinés aux

membres de l'équipe du cabinet dentaire (RAMSEIER et coll. 2006a; RAMSEIER et coll. 2006b; WICKHOLM et al. 2006).

Possibilités des membres de l'équipe du cabinet dentaire

Lors du premier séminaire européen consacré à la prévention et au sevrage tabagique, qui s'est tenu en automne 2005 en Suisse, la méthode des «5 A» en tant que modèle «evidence based» a été adaptée à son application en médecine dentaire (fig. 2) (RAMSEIER et coll. 2006b).

Par opposition à la pratique médicale généraliste, les membres de l'équipe du cabinet dentaire voient régulièrement leurs patients. Le cabinet dentaire est dès lors prédestiné à motiver les patients à l'abstinence tabagique au cours d'interventions brèves, réparties sur plusieurs mois ou années. Chaque membre de l'équipe du cabinet dentaire peut intégrer cette pratique dans le cadre de son travail. Après discussion de la répartition des tâches, les patients du cabinet dentaire bénéficient d'un accueil professionnel, au cours duquel ils sont régulièrement interpellés quant à leurs habitudes relatives au tabac et accompagnés systématiquement lors du sevrage et du processus de désaccoutumance. Ainsi, les assistantes, les hygiénistes et les secrétaires dentaires peuvent contribuer à ce travail d'équipe dans le domaine des travaux administratifs tels que la commande de matériel didactique pour la salle d'attente, la gestion des feuilles d'anamnèse relative au tabagisme ou la tenue des dossiers des patients (KLEIN & GUBA 1989; RAMSEIER 2003). Le site Internet de la Task force www.dental-education.ch/smoking vous propose de télécharger gratuitement l'ensemble des documents administratifs utilisés à cette fin au cabinet de médecine dentaire. Ces documents peuvent être obtenus en quatre langues.

Tabagisme – Intervention brève au cabinet dentaire: «Advise» – «Conseiller»

Arrêter de fumer est un processus dont la durée peut être très variable selon les individus, et les progrès réalisés dépendent souvent d'une motivation particulière ou d'un sentiment d'urgence à changer de comportement. En général, ce processus ne s'installe pas, ni n'évolue de lui-même. La répétition des entretiens de motivation, le rappel des effets délétères de la consommation de tabac sur le plan de la santé contribuent à la décision du patient de renoncer à la consommation de tabac. Lors de l'accueil au cabinet dentaire, il est possible de remettre à tous les patients un formulaire d'anamnèse relative au tabagisme (fig. 3). Cette manière de faire discrète permet de recenser de nombreux fumeurs et de les interpellés de manière neutre quant à leur disposition à arrêter de fumer (RAMSEIER 2003; WAIT & ROBINSON 1999). Ces formulaires anamnétiques une fois remplis constituent une base favorable pour réaliser une première intervention brève à propos du tabagisme.

Conduite de l'entretien motivationnel dans le cadre de l'intervention brève

De nombreuses investigations réalisées dans le domaine de la recherche comportementale confirment l'efficacité de l'entretien motivationnel (MI, *Motivational Interviewing*) conduit selon les règles de l'art; il s'agit d'une méthode de conduite de l'entretien centrée sur le patient, en tant que soutien du processus de désaccoutumance (MILLER & ROLLNICK 2002). Pour son application lors de l'intervention sur le tabagisme au cabinet de médecine dentaire, la forme «brève» de l'entretien motivationnel (BMI) semble appropriée (ROLLNICK et coll. 1997). Cet entretien relative-

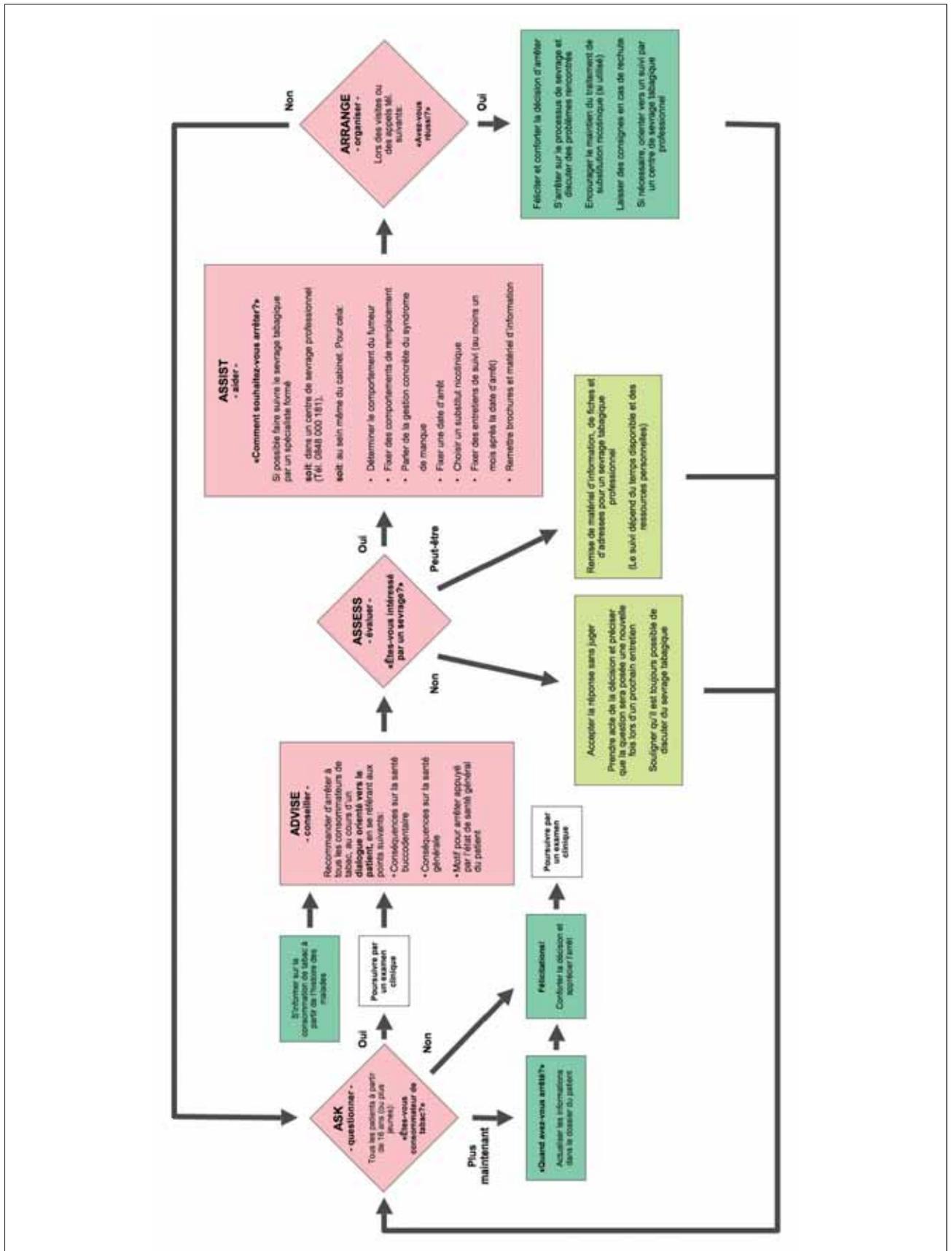


Fig.2 Schéma de la prévention du tabagisme et du sevrage tabagique dans les cabinets dentaires, modifié suivant Ramseier et al. (RAMSEIER et al. 2006).

Anamnèse du fumeur

Nom / prénom: _____ Date: _____

1. Avez-vous fumé plus de 200 cigarettes dans votre vie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non. Passer à la question 6.
2. À quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement?	À _____ ans
3. Fumez-vous actuellement?	<input type="checkbox"/> Oui. Passer à la question 5. <input type="checkbox"/> Non
4. À quel âge avez-vous arrêté de fumer?	_____
5. Combien de cigarettes fumez-vous en moyenne par jour?	_____
6. Avez-vous consommé régulièrement d'autres produits dérivés du tabac?	<input type="checkbox"/> Non. Passer à la question 8. <input type="checkbox"/> Oui, les produits suivants: Cigare <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> avant <input type="checkbox"/> maintenant Pipe <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> avant <input type="checkbox"/> maintenant Tabac à mâcher <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> avant <input type="checkbox"/> maintenant Autre <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> avant <input type="checkbox"/> maintenant
7. Avez-vous déjà tenté d'arrêter de fumer?	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> une fois <input type="checkbox"/> 2 à 4 fois <input type="checkbox"/> plus de 4 fois
8. Envisagez-vous actuellement d'arrêter de fumer?	<input type="checkbox"/> Non, pas du tout. <input type="checkbox"/> Oui, dans les six prochains mois.
9. Informations personnelles	
a. Âge	Date de naissance: _____
b. Sexe	<input type="checkbox"/> femme <input type="checkbox"/> homme

Fig. 3 Anamnèse du fumeur

ment bref (moins de cinq minutes), conduit de manière discrète, est centré sur les objectifs suivants:

1) Demander au patient s'il est motivé à changer ses habitudes relatives à la consommation de tabac.

2) Evaluer le degré de confiance en soi du patient quant à la réussite du changement de comportement souhaité.

3) Demander au patient s'il est d'accord de discuter de ce changement de comportement lors d'une prochaine séance.



Premier entretien

- Le D^r «Je constate à votre anamnèse que vous fumez.»
 P. «Oui.»
 Le D^r «Pour des raisons de santé, je vous suggère d'arrêter.»
 P. «Je sais que fumer n'est pas bon pour la santé.»
 Le D^r «En plus du cancer et des maladies cardio-vasculaires, le tabac peut aussi être nocif pour les gencives.»
 P. «Je sais, mais je ne peux pas arrêter maintenant et la situation n'est pas aussi grave que ça pour ma santé.»
 Le D^r «Je ne suis pas de votre avis. Vous avez depuis des années une parodontite chronique et si vous ne voulez pas perdre vos dents, vous devez sérieusement réfléchir à un moyen d'arrêter la cigarette.»
 P. «Mais je ne peux ni ne veux arrêter de fumer maintenant. Cela m'aide à me détendre de mon stress actuel.»



Second entretien

- Le D^r «D'après votre anamnèse, vous fumez. Est-ce que je peux vous poser quelques questions supplémentaires à ce sujet?»
 P. «Oui.»
 Le D^r «Pouvez-vous envisager d'arrêter de fumer?»
 P. «Peut-être.»
 Le D^r «Vous pourriez éventuellement y réfléchir. Quelle importance cela aurait pour vous d'arrêter?»
 P. «Pas une grande.»
 Le D^r «Ce n'est pas très important pour vous. Quels avantages verriez-vous à arrêter?»
 P. «Je pense que ce serait bien pour ma santé. Cela supprimerait aussi la désagréable odeur de mes habits.»
 Le D^r «Vous y voyez clairement des avantages. Comment évaluez-vous vos chances de parvenir à arrêter de fumer?»
 P. «Pas très grandes. Cela fait de nombreuses années que je fume et j'ai déjà essayé une fois de stopper.»
 Le D^r «Je comprends que vous manquiez de confiance. Je pense que je peux vous aider à faire une nouvelle tentative. Êtes-vous d'accord pour que nous en reparlions lors d'un prochain entretien?»
 P. «Entendu.»

Fig. 4 Déroulement d'un entretien

Afin d'expliquer de manière simple ce processus de communication entre le patient et le thérapeute, deux dialogues structurés selon ce modèle sont présentés (fig. 4). Le premier entretien bloque la possibilité d'un conseil optimal. La thérapeute ne donne aucune possibilité au patient de justifier sa position, et celui-ci commence à adopter une attitude défensive. En mentionnant le bénéfice actuel qu'il obtient dans sa «lutte contre le stress», il lui devient plus difficile de modifier son attitude dans la direction consistant «à se représenter les avantages de l'arrêt du tabac», ce qui éloigne la perspective de «souhaiter arrêter de fumer».

Lors du deuxième entretien, la thérapeute parvient à poser les bases d'une «alliance thérapeutique» avec ce même patient, en posant des questions «ouvertes». Ces questions (commençant par «comment», «quand», «pourquoi», «de quelle manière», etc.) ne permettent pas de répondre par «oui» ou «non». Conformément à la structure prévue du dialogue, la thérapeute se renseigne sur les éléments suivants:

- 1) La motivation du patient
- 2) Sa confiance en lui-même
- 3) Puis elle obtient son accord pour aborder à nouveau ce thème lors d'un prochain entretien.

Même si les réponses du patient sont très courtes, il arrive cependant à exprimer son manque de confiance quant à la réussite

d'une nouvelle tentative d'arrêter de fumer. La thérapeute renforce sa confiance en lui-même en discutant des avantages qu'il y aurait pour lui à arrêter de fumer. Ainsi, un terrain favorable est créé pour une nouvelle intervention lors de la prochaine séance, qui pourra éventuellement permettre d'avancer dans cette direction.

Jusqu'ici, il y a peu de données permettant d'évaluer cette méthode de conduite des entretiens de désaccoutumance tabagique. Dans une étude clinique de médecine générale avec 200 patients fumeurs, l'entretien motivationnel a permis d'obtenir 5,2 fois plus souvent le sevrage tabagique que l'intervention brève classique (18,4% versus 3,4%) (SORIA et al. 2006). L'efficacité de l'entretien motivationnel et de l'entretien motivationnel bref au cabinet de médecine dentaire devrait faire l'objet d'évaluations supplémentaires.

Désaccoutumance tabagique graduelle: «Assist» (aider, soutenir)

Même si la désaccoutumance tabagique n'est pas toujours réalisée selon un processus linéaire classique, des conseils simples et des mesures auxiliaires correspondant à la rubrique «Assist» (aider, soutenir) et «Arrange» (organiser) peuvent être proposées

au patient (fig. 2). Lorsqu'ils sont disposés à arrêter de fumer, certains fumeurs ont tendance à agir de manière légèrement euphorique et parfois prématurée, c'est-à-dire à passer sans préparation au pas suivant. Bien que cette manière de faire puisse parfois être couronnée de succès (WEST & SOHAL 2006), d'autres personnes ont besoin d'un accompagnement plus ou moins important (FIORE et coll. 2000; PROCHASKA & DICLEMENTE 1983). Cet accompagnement peut être adapté en fonction du patient individuel selon les quatre étapes suivantes:

1^{re} étape: Faire remplir la fiche d'autocontrôle

Chaque fumeur a ses propres habitudes relatives à la consommation de tabac. Afin de déterminer individuellement les changements de comportement nécessaires, il est recommandé de faire remplir pendant quelques jours les fiches d'autocontrôle (fig. 5); toutes les colonnes doivent si possible être remplies.

– Recommandation pour le prochain rendez-vous: inscrire sans délai chaque cigarette fumée et remplir toutes les colonnes.

2^e étape: Evaluation de la fiche d'autocontrôle

En examinant les annotations, certains modes de consommation tabagique et des différences d'appréciation apparaissent, dont le patient n'était pas conscient. Il peut en déduire les changements de comportements nécessaires afin de pouvoir renoncer au tabac si possible sans symptômes de sevrage, et pour remplacer le tabac par de nouveaux types de comportement. Pendant cette période de contrôle, il est conseillé de diminuer autant que possible la consommation de cigarettes jusqu'au niveau que le patient peut encore supporter.

– «Heure»: Lorsque les patients répartissent régulièrement leur consommation de tabac au cours de la journée, il est conseillé d'utiliser les patches à la nicotine pour atténuer les symptômes

FICHE D'AUTO-CONTRÔLE Date: _____
 Tenez un journal précis de votre consommation de cigarettes

Cig.	Heure	Lieu ou activité	Personne présente	Importance	Alternative
1					
2					
3					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Fiche avant

FICHE D'AUTO-CONTRÔLE Date: _____
 Tenez un journal précis de votre consommation de cigarettes

Cig.	Heure	Lieu ou activité	Personne présente	Importance	Alternative
11					
12					
13					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Fiche dos

Fig.5 Fiche d'auto-contrôle

de sevrage. Lorsque le patient ne fume qu'à certains moments, il est généralement recommandé d'utiliser les gommes dépôts à mâcher ou chewing-gums à la nicotine, les comprimés sublinguaux ou les pastilles à sucer contenant de la nicotine. Le comportement tabagique observé peut être reporté plus tard dans le formulaire «Recommandations sur l'utilisation des substituts nicotiques» (voir ci-dessous).

- «Lieu ou activité» et «Personne présente»: Directive jusqu'au prochain rendez-vous: essayer de modifier ces situations. Exemple: chercher un nouvel endroit pour la pause, en compagnie d'autres collègues.
- «Importance»: Directive jusqu'au prochain rendez-vous: essayer de diminuer le nombre des cigarettes «non importantes».
- «Alternatives»: Directive jusqu'au prochain rendez-vous: le patient doit essayer de trouver des modes de comportement alternatifs personnalisés, qui l'aideront à se passer du tabac. Ces comportements alternatifs devraient s'adresser successivement à des activités cérébrales (dérivatif mental), manuelles et buccales (dérivatif physique et oral). Exemples: jeux de concentration/mémoire, d'habileté, manger des carottes (ce qui satisfait comme la nicotine le besoin de sucre). Ne choisir en aucun cas des alternatives qui imitent le comportement tabagique. Exemple: mâcher de la réglisse («bois doux»).

3^e étape: Modifications du comportement et dépendance à la nicotine

Il est difficile et chronophage de remplacer avec succès les habitudes liées à la consommation de tabac par d'autres activités. Le patient devrait trouver lui-même une activité susceptible de le motiver. Il peut alors être judicieux de prévoir d'autres consultations, afin de pouvoir consacrer le temps nécessaire à cette phase de préparation importante.

- Fixer les mesures de substitutions trouvées par le patient.
- Evaluer le degré de dépendance à la nicotine à l'aide de deux questions anamnestiques simples (fig. 6):
 1. «Combien de cigarettes fumez-vous par jour?»
 2. «Combien de minutes après le réveil fumez-vous la première cigarette?»

Les réponses à ces questions permettent de déterminer le degré de dépendance à la nicotine, décrit par les qualificatifs suivants: dépendance très forte, forte, modérée ou faible. C'est la réponse indiquant le degré le plus marqué de dépendance qui détermine le degré de dépendance global. (FAGERSTROM 1978).
- Convenir d'un rendez-vous coïncidant avec le jour de l'arrêt complet du tabac.

4^e étape: Le rendez-vous correspondant à l'arrêt définitif du tabac

Le jour de l'arrêt complet du tabac, les patients devraient quitter le cabinet dentaire en étant des «ex-fumeurs». Il peut être utile

de leur remettre des recommandations écrites relatives à l'utilisation individuelle des produits de substitution de la nicotine (fig. 7).

- Confirmer les mesures de substitution élaborées ou en définir de nouvelles.
- Remise des recommandations sur la substitution nicotinique en fonction du comportement tabagique et du degré de dépendance à la nicotine (fig. 7).

Récidives; adresser le patient à un spécialiste

L'expérience a montré que les fumeurs doivent en moyenne passer par plusieurs tentatives d'arrêt du tabac avant de faire partie des ex-fumeurs et de le rester définitivement. 50 à 60% des patients qui arrêtent de fumer subiront une récurrence à un an (FERGUSON et coll. 2005; HAJEK et coll. 2005). Bien qu'il n'existe actuellement aucune méthode «evidence based» permettant de prévenir les récurrences (HAJEK et coll. 2005; LANCASTER et coll. 2006), les membres de l'équipe du cabinet dentaire peuvent à nouveau accompagner le patient dans son chemin vers une nouvelle tentative. Il est également possible à ce stade d'envisager d'adresser le patient à un centre spécialisé de désaccoutumance tabagique (par exemple: numéro d'appel suisse pour arrêter de fumer 0848 000 181: conseil professionnel en allemand et en français, du lundi au jeudi de 11 à 19 heures, avec communication des centres régionaux de désaccoutumance tabagique), à un médecin généraliste, à un pharmacien ou à un psychothérapeute.

Substitution nicotinique

Les symptômes du sevrage nicotinique peuvent représenter un obstacle important à l'arrêt du tabac. Les symptômes les plus fréquents sont les suivants: maux de tête, troubles digestifs, troubles du sommeil, dépression, augmentation de l'appétit. Ces symptômes peuvent apparaître peu de temps après la dernière consommation de tabac et perdurer au cours du sevrage pendant plusieurs jours ou semaines. Tous ces symptômes peuvent être atténués par un traitement ciblé de substitution nicotinique. La substitution peut aider les ex-fumeurs à renoncer à l'habitude de fumer et à mieux accepter les mesures de substitution prévues, sans succomber au manque physique de nicotine résultant du sevrage. Le traitement par des médicaments contenant de la nicotine (par exemple Nicorette®, Johnson & Johnson, Etats-Unis, Nicotinell®, laboratoires Novartis, Suisse) augmente de près du double les taux de réussite; à cet égard, les produits dépôt à mâcher, les comprimés sublinguaux et les dispositifs transdermiques présentent des taux de succès comparables (FIORE et coll. 2000).

En l'absence de contre-indication médicale, tous les patients peuvent recourir à la substitution nicotinique. Cependant, elle n'est recommandée que sous réserve aux femmes enceintes et

«Combien de cigarettes fumez-vous par jour?»	«Combien de minutes après le réveil fumez-vous la première cigarette?»	Dépendance
Moins de 10	> 60 minutes	Faible dépendance
Entre 10 et 20	30 à 60 minutes	Dépendance modérée
Entre 20 et 30	5 à 30 minutes	Forte dépendance
Plus de 30	< 5 minutes	Très forte dépendance

Fig. 6 Détermination du niveau de dépendance à la nicotine modifiée suivant Fagerström (FAGERSTROM 1978).

Recommandation pour le recours à la substitution nicotinique

Nom: _____ Prénom: _____

Degré de dépendance nicotinique:

- très forte
- forte
- ne fume qu'à certaines heures
- modérée
- faible

Comportement tabagique :

- Cons. régulière répartie sur la journée:
Recommandation: dispositif transdermique
- Cons. seulement à certains moments:
Recommandation: pastilles dépôt à mâcher

Dès le 1^{er} jour d'arrêt du tabac:

	Dispositif transdermique (mg/jour)	Dépôt à mâcher (nombre/jour)	Autres (nombre/jour)
1^{er} mois			
2^e mois			
3^e mois			
Dès le 4^e mois			

Lieu, date: _____ Signature: _____

Substitution nicotinique	Faible dépendance nicotinique	Dépendance nicotinique modérée	Forte dépendance nicotinique	Très forte dépendance nicotinique
Dispositif transdermique (patch)			en association à une autre préparation nicotinique	en association à une autre préparation nicotinique
Dépôt à mâcher	2 mg	2 mg	4 mg	4 mg
Comprimé sublingual			en association au patch	en association au patch

Fig.7 Recommandation pour l'utilisation d'un substitut nicotinique

aux patients atteints de maladies cardiovasculaires. A cet égard, toutes les études disponibles montrent que les bénéfices de la substitution nicotinique utilisée lors de la désaccoutumance tabagique l'emportent sur les effets néfastes liés à la poursuite de la consommation de tabac. (FIORE et coll. 2000).

Les meilleurs résultats de la substitution nicotinique sont obtenus lorsque le choix de la ou des préparations utilisées tient compte du degré de dépendance et du comportement tabagique du patient individuel. De manière générale, il est recommandé aux fumeurs présentant une dépendance «forte» ou «très forte» d'utiliser une combinaison de préparations nicotiniques (fig. 7). Les produits choisis devraient être utilisés pendant toute la durée du traitement, avec une diminution mensuelle du dosage.

Nicotine dépôt à mâcher (gommes, chewing-gums)

Les préparations dépôts à mâcher contiennent 2 ou 4 mg de nicotine; leur goût est neutre ou parfumé par différents arômes, par exemple à la menthe ou au citron. Lorsque ces préparations sont mâchées trop rapidement, elles peuvent provoquer des irritations au niveau de la bouche et de la gorge, des brûlures d'estomac, un hoquet ou des nausées. Pour cette raison, il est recommandé de suivre exactement les indications données sur la façon correcte de mâcher ces préparations: la préparation est mâchée pendant environ 10 secondes, puis déposée pendant une minute environ dans la poche jugale, puis mâchée à nouveau pendant environ 10 secondes, puis déposée pendant une minute dans l'autre poche jugale, et ainsi de suite. De cette manière, la préparation dépôt libère de la nicotine pendant environ 30 minutes. Il convient en outre d'éviter les boissons juste avant ou pendant la mastication.

Les patients à dépendance nicotinique «forte» ou «très forte» (plus de 20 cigarettes par jour ou la première cigarette de la journée moins de 30 minutes après le réveil) commencent le traitement avec des préparations dépôt à mâcher de 4 mg, ceux à faible dépendance avec 2 mg. Lorsqu'ils ressentent l'envie de fumer, les patients mâchent lentement une préparation dépôt. La plupart des fumeurs ont besoin de mâcher 8 à 12 préparations dépôt par jour. La préparation dépôt à mâcher peut encore être utilisée longtemps après l'arrêt en tant que «bouée de sauvetage», pour éviter les récurrences en cas de situation «critique».

Comprimé sublingual de nicotine

Le comprimé sublingual de nicotine est placé sous la langue, où il se dissout en 30 minutes. Il est souvent utilisé à la place de la préparation dépôt à mâcher, dans les situations où il est préférable d'éviter de mâcher (notamment en public).

Le comprimé sublingual peut être pris toutes les heures ou toutes les deux heures. La dose quotidienne est normalement de 8 à 12 comprimés. La dose quotidienne maximale ne devrait pas dépasser 24 comprimés. Les comprimés sublinguaux ne doivent pas être sucés, mâchés ou avalés, car la nicotine parvenant dans l'estomac peut provoquer un hoquet ou des brûlures d'estomac.

Patch à la nicotine (dispositif transdermique)

L'absorption de la nicotine à travers la peau est relativement lente. La concentration plasmatique de nicotine la plus élevée est généralement atteinte en 4 à 9 heures. Pour cette raison, le patch à la nicotine convient aux ex-fumeurs qui avaient l'habitude de fumer régulièrement au cours de la journée.

Comme la courbe de concentration plasmatique de nicotine commence à diminuer environ 9 heures après l'application, on conseille aux gros fumeurs de combiner le patch avec un autre

mode d'administration de la nicotine, par exemple les gommes à mâcher ou les comprimés sublinguaux.

Le patch est collé sur la peau sèche, propre et saine, par exemple à un endroit exempt de pilosité sur l'avant-bras, la poitrine ou la hanche. Les irritations cutanées sont l'effet secondaire le plus fréquent des patchs à la nicotine. Il est possible d'éviter cet inconvénient en changeant souvent l'endroit d'application.

Lors de l'utilisation du patch à la nicotine, il est important de suivre exactement les indications du fabricant. En règle générale, on utilise un patch par jour, dont le contenu en nicotine diminue progressivement: par exemple 15 mg/16 heures pendant le premier mois, puis 10 mg/16 heures pendant le deuxième mois, et enfin 5 mg/16 heures pendant le troisième mois.

Bupropion

Le bupropion «retard» (bupropion Sustained Release, SR) est un médicament qui ne contient pas de nicotine (Zyban®, Wellbutrin®, laboratoires GlaxoSmithKline), et qui est utilisé pour faciliter la désaccoutumance au tabac. Il inhibe sélectivement la recapture neuronale des catécholamines. Ce mécanisme entraîne une augmentation du taux des catécholamines dans certaines régions du cerveau, avec une atténuation des symptômes de sevrage tabagique.

La durée du traitement par bupropion SR est de 7 semaines. Pour obtenir la pleine efficacité thérapeutique du bupropion SR, il est nécessaire d'obtenir un taux plasmatique suffisant, en commençant à prendre le médicament deux semaines avant l'arrêt du tabac. Pendant les 6 premiers jours, le patient prend un comprimé de 150 mg par jour, et dès le 7^e jour, deux comprimés de 150 mg par jour.

L'efficacité du bupropion SR, seul ou en combinaison avec la substitution nicotinique, a été investiguée dans des études contrôlées en double insu avec cas témoins, avec des patients non dépressifs fumeurs de cigarettes (HOLM & SPENCER 2000). 12 mois après l'arrêt du tabac, le taux des abstinents sous bupropion seul a été de 23,1% (HURT et coll. 1997), et de 35,5% après utilisation du bupropion combiné à des médicaments contenant de la nicotine (JORENBY et coll. 1999).

Les effets secondaires les plus fréquents du bupropion ont été des troubles du sommeil, des maux de tête et une sécheresse de la bouche. Il ne faut pas prendre simultanément des médicaments psychotropes ou de la cortisone. Le bupropion est contre-indiqué chez les patients atteints de boulimie, d'anorexie nerveuse, de troubles bipolaires ou d'épilepsie (actuelle ou anamnétique), car un risque augmenté de crises épileptiques a été observé chez ces patients. Les femmes enceintes ne devraient pas prendre de bupropion, car sa sécurité d'emploi lors de grossesse n'a pas été investiguée à ce jour dans des études cliniques.

Varénicline

Des résultats prometteurs ont été obtenus avec un médicament récemment admis par les autorités sanitaires américaines (FDA), la varénicline (Chantix®, Pfizer Inc., Etats-Unis). En Suisse, l'admission est attendue dès mi-2007 sous le nom commercial protégé de Champix®. La varénicline, développée spécialement pour faciliter le sevrage tabagique, présente un double mécanisme d'action inédit. Au niveau du système nerveux central, cette substance se lie en tant qu'agoniste partiel avec une affinité élevée aux récepteurs nicotiques $\alpha 4\beta 2$ de l'acétylcholine. Ce qui prévient d'une part la liaison de la nicotine, bloquant ainsi la sensation de bien-être procurée par la consommation de tabac.

D'autre part, cette liaison entraîne simultanément un effet suffisant pour atténuer les symptômes de sevrage et le besoin impérieux de fumer (craving) (COE et coll. 2005; KEATING & SIDDIQUI 2006).

La durée du traitement par la varénicline est de trois mois et peut, si nécessaire, être prolongée de trois mois supplémentaires. Pour obtenir un taux plasmatique suffisant, ce médicament est pris pendant une semaine à doses croissantes (phase de titration). La date de l'arrêt du tabac est fixée à deux semaines après le début de la prise de varénicline. Dès le 7^e jour, le patient prend deux comprimés de 1 mg par jour pendant les 11 semaines suivantes. Le patient peut en outre utiliser un programme d'incitation au changement comportemental, élaboré par le fabricant. Les résultats obtenus dans cinq études cliniques avec au total environ 4300 fumeurs (il s'agissait généralement de gros fumeurs avec de nombreuses années de dépendance tabagique) ont montré une année après le sevrage tabagique des résultats significativement supérieurs obtenus avec la varénicline (14,4 à 23%), comparativement au bupropion (6,3 à 16,1%) (GONZALES et coll. 2006; JORENBY et coll. 2006; NIDES et coll. 2006) et au placebo (3,9 à 10,3%) (ONCKEN et coll. 2006). Lors de prise de varénicline pendant 6 mois, le taux de succès à un an a même atteint 43,6% (TONSTAD et coll. 2006).

Les effets secondaires les plus fréquents de la varénicline ont été les suivants: vertiges, troubles du sommeil, troubles digestifs et vomissements. Le traitement par varénicline n'est pas recommandé aux patients présentant une insuffisance rénale et aux femmes enceintes. Des interactions avec d'autres médicaments n'ont pas été rapportées à ce jour. De même que le bupropion, la varénicline est un médicament délivré sur ordonnance dont la prescription est réservée aux médecins.

Formation et perfectionnement «antitabac» des membres de l'équipe des cabinets dentaires en Suisse

Au cours des années 2001 à 2006, la Task force du projet «Tabagisme – Engagement du cabinet dentaire» a travaillé de manière ciblée à l'intégration de l'intervention brève auprès du fumeur et de la désaccoutumance au tabac dans le programme de formation et de perfectionnement des professions liées à la médecine dentaire en Suisse. La diffusion des méthodes présentées dans cet article a été favorisée par des conférences nationales tenues lors des congrès de la Société Suisse d'Odontostomatologie (SSO) (Lucerne 2003, IFW Bâle 2005), de la Société Suisse de Parodontologie (SSP) (Saint-Gall 2003), par l'envoi de manuels en langue française et allemande à tous les cabinets de médecine dentaire de Suisse (1^{re} édition en 2002, 2^e édition en 2003), par l'adaptation des curriculums des médecins-dentistes, des hygiénistes dentaires (HD), des assistantes en prophylaxie (AP) et des

assistantes dentaires (AD), dans toutes les universités suisses et dans les écoles pour HD, AP et AD, ainsi que par une vidéo didactique sur DVD. Grâce à la collaboration étroite de la Task force avec les hautes écoles suisses, les écoles professionnelles de médecine dentaire et les sociétés spécialisées, le contenu enseigné sera mis à jour en continu, à l'avenir, pour l'ensemble de la Suisse.

Conclusion

En raison des nouvelles connaissances acquises au cours des cinq dernières années sur l'amélioration prouvée de l'état de santé de la muqueuse buccale et du parodonte après l'arrêt de la consommation tabagique, l'entretien motivationnel pour la modification du comportement relatif à la consommation de tabac prend une nouvelle dimension, plus importante encore, en médecine dentaire. Bien qu'à première vue, les taux de succès obtenus dans le cadre des interventions visant à la désaccoutumance au tabac réalisées au cabinet dentaire apparaissent relativement modestes, ils sont cependant tout à fait comparables aux résultats obtenus lors des conseils professionnels réalisés par les médecins et les psychothérapeutes. Quelques obstacles d'ordre général posent cependant certains problèmes, comme l'impossibilité de facturer le temps consacré à ces interventions ou le manque de formation spécialisée dans le domaine de la désaccoutumance au tabac. Si l'on considère toutefois que l'investissement temporel relativement limité d'une intervention motivationnelle brève auprès de patients fumeurs (au maximum 5 minutes) et de l'entretien sur la désaccoutumance tabagique (jusqu'à quatre séances de 15 minutes), et que l'on compare cet investissement avec la chance réelle d'aider les consommateurs de tabac à arrêter de fumer, il apparaît que ces efforts se justifient pleinement à moyen terme aussi bien pour la santé bucco-dentaire que pour l'état général des personnes concernées. A long terme, la santé publique en bénéficiera également, car les succès actuels obtenus dans le domaine de la désaccoutumance tabagique par les membres de l'équipe de médecine dentaire peuvent contribuer significativement à la réduction des coûts dans le domaine de la santé.

Remerciements

Ce travail a été réalisé dans le cadre du projet «Tabagisme – Engagement du cabinet dentaire» du programme national d'arrêt du tabac «Fumer, ça fait du mal – Let it be». Nous remercions Madame Christine Gafner et Madame Michaela Bügel pour la relecture attentive du manuscrit, ainsi que le Dr Thomas Dietrich, Goldman School of Dental Medicine, Boston University, Etats-Unis, de son aimable soutien pour la réalisation de l'anamnèse «évidence based» de la consommation de tabac.