

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
UNIVERSITE 1 de BLIDA SAAD DAHLAB



FACULTE DE MEDECINE
DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE
Mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du Diplôme
De Docteur en Médecine Dentaire

Les lésions tabagiques de la muqueuse buccale
Estimation de la prévalence du tabagisme chez les étudiants en
médecine dentaire de Blida 2019

Présenté et soutenu publiquement le : 10 juillet 2019

Par :

Mr. Ait mohammed Lamine

Mr. Berradja Belkacem

Melle. Chenguiti Hafsa

Melle. Guenane Hasna

Melle. Lagra Meriem

Encadrés par :

Dr Boulmerka. S

Maitre-assistante en Pathologie et Chirurgie Buccales

Pr Bouamra

Professeur en Epidémiologie et Médecine Préventive

Devant le jury constitué de :

Dr Zeggar. K

Maitre-assistante en pathologie et Chirurgie Buccales Présidente

Dr Ammar boudjellal. H

Maitre-assistante en Pathologie et Chirurgie Buccales Examinatrice

Année universitaire : 2018 /2019

Remerciement

...À Allah

*Merci "Allah" de m'avoir donné la capacité d'écrire et de réfléchir, la force
d'y croire, la patience d'aller jusqu'au bout du rêve et le bonheur
de lever mes mains vers le ciel et de dire
"Ya Kayoum".*

Nous voulons exprimer par ces quelques lignes de remercier notre gratitude envers tous ceux en qui par leur présence, leur soutien, leur disponibilité et leurs conseils.

Nous commençons par remercier

Dr BOULMERKA.S Maitre-assistante en pathologie et chirurgie buccales CHU BLIDA, pour la qualité de son encadrement et pour nous avoir guidé durant toute la période de stage. Docteur on vous remercie pour tous vos efforts, vos conseils avisés, votre disponibilité, ainsi que pour l'œil critique et bienveillant qui nous a permis de réaliser ce travail.

Vous avez réussi à nous inspirer, nous donner l'envie d'apprendre et de travailler avec diligence.

Nous espérons être à la hauteur de la confiance que vous nous avez accordé.

Soyez assurée de notre plus grand respect et de notre profonde gratitude ; veuillez trouver ici, le témoignage de notre reconnaissance.

*Nos remerciements les plus sincères s'adressent à
Pr : BOUAMRA, professeur et chef de service d'Epidémiologie et Médecine
Préventive CHU BLIDA pour leurs conseils intéressants pour leurs aides, ainsi que
le temps qu'il nous ont réservé malgré leurs grandes occupations.*

*DR, AMIMER, A, Résidant en Epidémiologie et Médecine Préventive CHU
BLIDA*

Nous vous remercions sincèrement pour l'intérêt que vous porté à notre travail.

Nous vous remercions de votre disponibilité, aide et votre soutien.

Veillez trouver l'expression de notre reconnaissance.

Dr ZEGGAR, K. Nous vous sommes très reconnaissantes docteur d'avoir accepté la présidence de notre jury et le temps que vous avez consacré à la lecture du manuscrit. On vous remercie chaleureusement pour la qualité de votre enseignement pendant nos années d'apprentissage et le savoir que vous nous avez transmis. Que ce travail vous soit dédié en témoignage de notre gratitude et profond respect.

Dr AMMAR BOUDJELLAL.H, Vous nous avez fait le très grand honneur de bien vouloir juger ce mémoire. En travaillant à vos côtés, nous avons su apprécier votre savoir et la qualité de votre enseignement clinique et théorique. Veuillez agréer nos remerciements les plus sincères et de trouver ici le témoignage de notre respect le plus profond.

Puissiez-vous trouver dans ce travail, le témoignage de notre reconnaissance et l'assurance de nos sentiments respectueux.

Nous tenons à remercier également tous les résidentes et les résidents du service de pathologie et chirurgie buccales au niveau de la clinique Zabana, Blida.

Enfin nous exprimons nos vifs et sincères remerciements à toute personne ayant participé de près ou de loin au déroulement de ce stage et à la réalisation de ce modeste travail.

Je dédie ce mémoire à ...

A la plus belle créature que dieu a créé sur terre, a cette source de tendresse de patience et de générosité. A ma mère qui a œuvré ma réussite, de par son amour, son soutien, pour tous les sacrifices et les précieux conseils, pour son assistance et sa présence dans ma vie.

A mon père, qui veut être fier et trouver ici le résultat de longues années de sacrifices et de privation pour m'aider à avancer dans la vie. Merci pour les valeurs nobles, l'éducation et le soutien permanent venu de toi. Que dieu, le tout puissant, vous accorde santé, bonheur, longue vie et fait en sorte que jamais je ne vous déçoive.

A mes très chers frères et sœurs (chocha, nasnosa, yasmin, kimo, papiz) je ne veux pas exprimer à travers ses lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous, je vous souhaite la réussite dans votre vie privée et professionnelle avec tout le bonheur qu'il faut combler. Que Dieu vous protège et consolide les liens sacrés qui nous unissent.

A mes aimables amis (Oussama, Otman, hamza, Khaled et mohaned) les merveilleux souvenirs font que vous aurez toujours une place de choix dans mon cœur. La vie m'a fait un très beau cadeau en faisant de vous, mes amis je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

A mes collègues de groupes pour leur travail sérieux et leur compréhension et respect mutuel.

J'aimerais exprimer ma gratitude à tous les professeurs et résidents qui ont pris le temps de discuter de notre sujet. Chacun de ces échanges nous a aidés à faire avancer notre analyse.

AIT MOHAMMED LAMINE

Je m'adresse mes remerciements tous d'abord à ALLAH, le tout puissant, le clément et le miséricordieux, qui nous a donné la force et la volonté pour réaliser ce mémoire et qui grâce à lui que ce travail a été réalisé.

Je dédie ce mémoire à ...

A ma très chère mère

Affable, honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi; Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études; Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études; Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour; Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

A mon très cher père

J'espère que vous êtes fière de ce que je suis aujourd'hui, merci de m'avoir soutenue, d'avoir supporté les moments de doute et de panique en toutes circonstances, merci pour votre amour, et tous ce que vous m'avez donné.

A mon très cher frère A'mhamed

Tu as été mon ombre durant toutes les années des études, et tu m'as veillé tout au long de ma vie à m'encourager, à me donner l'aide et à me protéger. Ce travail est le fruit de tes sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et ma formation.

A ma très chère sœur

Mon idole : Pour l'amour et la complicité qui nous unissent. Je te souhaite un avenir plein d'amour et de réussite.

A mes très chers frères

Je vous remercie tous pour m'avoir soutenu, pour m'avoir encouragée et être à mes côtés pendant toute ma vie.

A tous mes amis, mes collègues et à toute personne qui a participé dans la réalisation de ce mémoire de près ou de loin !

BERRADJA BELKACEM

Ma très chère mère MEBARKI Malika

Affable, honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole du dévouement éternel qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Aucune dédicace ne saurait exprimer ce que tu mérites pour tous les inestimables sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, tu es la source de mes efforts. Je te dédie ce travail en témoignage de mes profonds sentiments. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver pour moi et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

Mon très cher père Ahmed

L'homme de ma vie qui s'est toujours sacrifié pour m'aider et m'encourager à avancer dans la vie, me guider avec ses précieux conseils, et choisir le bon chemin de la réussite, merci pour les valeurs nobles, l'éducation et le soutien permanent.

Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

Mes chères sœurs Meriem, Fatima, Arwa et Nafissa pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral.

Mes chers frères Hafed et Hamza pour leur appui et leur encouragement.

Mes petits cœurs Ali et Hussein le sucre de ma vie pour l'amour qu'ils me réservent et à qui je souhaite un avenir plein de bonnes choses.

Ma grand-mère Mamie pour l'estime, l'affection et l'amour que tu m'as accordée durant toutes ces années, Que Dieu te préserve et t'accorde santé et bonheur.

A la mémoire de mes grands-parents J'aurais bien aimé que vous soyez parmi nous pour qu'ensemble nous partagions ce bonheur.

Mon âme sœur Lagraa Meriem ma meilleure, la plus merveilleuse de Dieu, celle qui porte le plus tendre cœur, Tu as été ma plus belle rencontre, Sans toi ma vie ne serait que simple. Merci pour les beaux moments qu'on a partagés ensemble, Jamais je ne t'oublierai puisque je te dois beaucoup d'affection et d'amour.

Mes chères amies Meriem et Hasna La fratrie n'est pas seulement héréditaire, Jamais un simple merci ne suffira à vous témoigner mes sentiments.

Mon cher binôme Guenane Hasna je n'oublierai jamais tous ces bons moments passés ensemble je te souhaite plein de succès et de bonheur.

A toutes mes amies et particulièrement Mokrani Meriem, Yasmine, Ibtissem, en souvenir des moments agréables qu'on a passé ensemble, mes sentiments les plus respectueux.

CHENGUITI HAFSA

Je dédie ce modeste travail à :

*A toi mon père meilleur des pères : **Abdelkarim Guenane***

L'homme de ma vie, ma source de joie et de bonheur, celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir réussir, et qui trouve en moi sa fierté que dieu te garde pour nous.

*A ma chère maman : **Rouighi Amel***

L'honorable, l'aimable, la lumière de mes jours, mon exemple éternel, la source de mes efforts, la flamme de mon cœur, ma vie et mon bonheur ; maman que j'adore

*A mon frère **Ali** et à ma sœur **Dafel** pour l'amour qu'ils me réservent et à qui je souhaite un avenir radieux plein de réussite*

*A mes grands-parents : **Papi** et **Mamie** Que ce modeste travail, soit l'expression des vœux que vous n'avez cessés de formuler dans vos prières que dieu vous accorde une longue vie*

A la mémoire de mes grands-parents paternel

Qui ont été toujours dans mon esprit et dans mon cœur, je vous dédie aujourd'hui ma réussite. Que Dieu vous accueille dans son éternel paradis.

A mes chères tantes et mon cher oncle

*A mes cousines : **Mounia** et son petit prince, **Amira**, **Riham**, **Nina**, **Imane**.*

*A ma meilleure copine : **Maram** pour les fabuleux moments qu'on a passés ensemble. Une présence chaleureuse, bienveillante, qui sait me faire du bien. Je t'adore.*

*A ma meilleure amie : **Amel**, tu es la main qui m'aide à me relever quand je me sens triste, notre amitié fait partie des choses que je ne veux jamais voir changer. Je te souhaite plein de bonheur.*

*A mon meilleur ami : **Abdel basset**, tu es la personne que je suis toujours heureuse de voir parce que tu sais démontrer l'affection que tu portes aux gens.*

*A mon cher binôme : **Hafsa**, merci pour tous les moments qu'on a partagés ensemble, je te souhaite plein de succès.*

*A mes chers amis : **Bouchra**, **Meriem**, **Hasna**, **Meriem**.*

GUENANE HASNA

Je dédie ce mémoire.....

A mon très cher père : colonel plein Lagra Abd El hak

Mon père, mon héros, ma source d'amour et de force a cause de votre confiance et votre soutien et votre infini amour je suis la aujourd'hui, j'ai réussi à cause de vous, je suis devenue une femme forte cultivé et confiant d'elle-même, vous étés le secret de ma succès et mon symbole de fierté, merci pour les valeurs nobles, l'éducation et le soutien permanent venu de vous, puisse Dieu, le tout puissant, vous préserver et vous accorder santé, longue vie et bonheur.

A ma très chère mère : Getahem Samia

Si Dieu a mis le paradis sous les pieds des mères, ce n'est pas pour rien, les mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon amour éternel et ce que vous méritez, pour tous les sacrifices que vous n'avez cessé de me donner depuis ma naissance, vous avez œuvré pour ma réussite, de par votre amour, puisse Dieu, le tout puissant, vous préserver et vous accorder santé, longue vie et bonheur.

A ma très chère sœur : Houda

A ma petite sœur, ma unique et ma fille, je te remercie pour ton soutien et ton courage durant toute ma vie, Merci pour ta présence à mes côtés, je te souhaite le succès, la santé, la joie et tout le bonheur de vie que dieu te protège.

A mes très chers frères : Abd el raouf et le petit Abd el wahab

Mes frères, ma force, ma fierté, je vous remercie tous pour m'avoir soutenu, pour m'avoir encouragée et être à mes côtés pendant toute ma vie. Je te souhaite un avenir plein de joie, de bonheur, de réussite et de sérénité ; Je vous exprime à travers ce travail mes sentiments d'amour.

A mon âme sœur, mon amie intime Hafsa

A ma belle et ma précieuse gemme, la bénédiction la plus merveilleuse de Dieu, à celle qui porte le meilleur cœur, à mon plus grand amour, les mots ne peuvent pas exprimer mes infini sentiment d'amour à toi, que dieu te protège pour moi, Merci beaucoup d'être dans ma vie et partie de moi.

A mes très chères amies : Hasna, Meriem, Hasna, Kabara, Pinaz

Je vous remercie pour tous les beaux souvenirs, les moments que nous avons partagés ensemble. Je vous souhaite la réussite et le bonheur.

A mes très cher amis les membres de groupe : Lamine et Belkacem

J'ai de la chance de travailler avec vous, merci pour vos efforts.

LAGRA MERIEM

Sommaire

Sommaire	XIV
Liste des abréviations	XX
Liste des figures.....	XXI
Liste des tableaux.....	XXIV

Chapitre I ; Revue de la littérature

Introduction	1
1. Le tabac dans le monde	2
* Le tabac en Algérie	3
2. Généralités sur le tabac	4
2.1 Historique.....	4
2.2 Nature du tabac :.....	5
3. Composition du tabac.....	6
3.1 La nicotine.....	6
3.2 Le monoxyde de carbone CO	6
3.3 Les substances cancérigènes.....	7
3.4 Les substances irritantes.....	7
3.5 Les substances additives	7
3.6 Autres substances toxiques.....	7
3.6.1 L'ammoniac.....	7
3.6.2 L'arsenic	7
3.6.3 Le menthol	7

3.6.4	Le cadmium	8
3.6.5	Le cyanure d'hydrogène.....	8
4.	Mode de consommation du tabac.....	8
4.1	Le mode actif :	8
4.1.1	Le tabac fumé :	8
4.1.1.1	La cigarette.....	8
4.1.1.2	La cigarette roulée à la main.....	9
4.1.1.3	Le cigare	10
4.1.1.4	Les bidis (beedies).....	10
4.1.1.5	Les kreteks (cigarettes aux clous de girofle)	11
4.1.1.6	La pipe	12
4.1.1.7	Narguilé	12
4.1.1.8	La cigarette électronique.....	13
4.1.1.9	Dispositifs chauffant le tabac	14
4.1.2	Le tabac non fumé :	15
4.1.2.1	Tabac oral.....	15
4.1.2.2	Tabac à priser	16
4.2	Le tabac passif	17
5	Conséquences du tabagisme sur l'organisme	18
5.1	Sur l'état général :	18
5.1.1	Tabac et cancers	18
5.1.2	Les maladies cardiovasculaires.....	18
5.1.3	Tabac et affections pulmonaires	19
5.1.4	Tabac et système nerveux	20
5.1.5	Tabac et maladies neuropsychiatriques	20

5.1.6	Tabac et système gastro-intestinal	20
5.1.7	Tabac et diabète	20
5.1.8	Tabac et vision	20
5.1.9	Tabac et système reproducteur	21
5.1.10	Le tabac et la peau	21
5.1.11	Tabac et interactions médicamenteuses	21
5.2	Les effets du tabac sur la cavité buccale :	21
5.2.1	Les effets du tabac sur le milieu buccal :	21
5.2.1.1	Le tabac et la salive	21
5.2.1.2	Le tabac et le fluide gingival	22
5.2.1.3	Tabac et PH	22
5.2.1.4	Haleine du fumeur	22
5.2.2	Les effets du tabac sur le parodonte :	22
5.2.2.1	Altération du tissu conjonctif	22
5.2.2.2	Altération de l'os alvéolaire	23
5.2.2.3	Altération du tissu vasculaire	23
5.2.3	Tabac et la gencive :	23
5.2.3.1	Les gingivites	23
5.2.3.2	La gingivite ulcéro-nécrotique	24
5.2.3.3	La gingivite chronique	24
5.2.4	Tabac et parodonte :	24
5.2.4.1	Parodontites chronique	24
5.2.4.2	La parodontite agressive	25
5.2.4.3	La parodontite réfractaire	25
5.2.5	Les effets du tabac sur la muqueuse buccale :	26
5.2.5.1	Mélanose du fumeur	26

5.2.5.2 Les candidoses :	26
5.2.5.2.1 La forme aiguë.....	26
5.2.5.2.2 Muguet	27
5.2.5.2.3 La forme chronique	27
5.2.5.3 Perlèche (chéilite angulaire)	28
5.2.5.4 Les lésions potentiellement malignes :	28
5.2.5.4.1 La leucoplasie :.....	28
➤ La forme homogène :.....	28
➤ La forme non homogène :.....	29
5.2.5.4.2 Les chéilites actiniques	29
5.2.5.4.3 La lésion palatine des fumeurs inverses	30
5.2.5.4.4 Le lichen plan	30
5.2.5.4.5 La fibrose sous muqueuse	31
5.2.5.5 Les lésions malignes :	32
5.2.5.5.1 Le carcinome épidermoïde :	32
5.2.6 Les effets du tabac sur l'odonte :	33
5.2.6.1 Les caries dentaires	33
5.2.6.2 Les colorations dentaires	33
5.2.6.3 Les abrasions dentaires	34
6 La dépendance tabagique.....	35
6.1 Pharmacodépendance	35
6.2 La dépendance psychologique.....	36
6.3 La dépendance physique.....	36
6.4 La dépendance environnementale ou comportementale	37
7. Sevrage tabagique	38
7.1 Définition.....	38

7.2 L'objectif du sevrage tabagique	38
7.3 Les effets du sevrage tabagique	39
- Sur le corps :	39
- La prise de poids :	39
- Sur l'esprit :	39
7.4 Les moyens de sevrage tabagique :	40
7.4.1 Le traitement nicotinique de substitution (TNS)	40
7.4.1.1. La gomme à mâcher	40
7.4.1.2. Le système transdermique (Timbre ou patch)	41
7.4.1.3. Les pastilles sublinguales à sucer	41
7.4.1.4. L'inhaleur	42
7.4.1.5. Le spray	42
7.4.1.6. Bupropion - Amfebutamone – Zyban	43
7.4.1.7. Varenicline	43
7.4.2. Traitement symptomatique de l'arrêt du tabac :	44
7.4.2.1 Le Vitamine C	44
7.4.2.2 Le magnésium et le calcium	44
7.4.2.3 La Prise en charge psychologique (thérapies cognitivo-comportementales) :	44
7.4.3. Méthodes de sevrage alternatives :	45
7.4.4. La cigarette électronique	45
* Mise en œuvre du sevrage tabagique en stomatologie :	46
1. Lors d'un examen bucco-dentaire de prévention.....	46
2. Lors d'un soin stomatologie ordinaire.....	46
3. Lors d'une intervention chirurgicale.....	46

Chapitre II ; Enquête

1. Problématique.....	48
2. Matériels et méthodes.....	48
2.1 Objectifs	48
2.1.1 Objectif principal :	48
2.1.2 Objectifs secondaires :.....	48
➤ Cadre d'étude.....	48
➤ Population d'étude.....	48
➤ Recueil des données.....	49
➤ Déroulement de l'enquête	49
➤ Saisie et analyse des données	49
3. Résultats	50
3.1 Caractéristiques de la population étudiée.....	50
3.2 Consommation de tabac	56
3.3 Causes de la consommation de tabac.....	70
3.4 Nocivité du tabac	71
3.5 Sevrage tabagique.....	74
3.6 Campagnes de prévention	79
4. Discussion.....	81
Conclusion.....	82
Bibliographie.....	84
Annexes	88

Liste des abréviations

ADN : Acide Désoxyribonucléique.

ALTADIS : Alliance-Tabac-Distribution, : Alliance-Tabac-Distribution.

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché.

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé.

AVC Accident Vasculaire Cérébral.

BAT : la British American Tobacco.

BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive.

CO : Monoxyde de Carbone.

GUNA : Gingivite Ulcéro-Nécrotique Aigue.

HAS : Haute Autorité de Santé.

MADRP : Ministère de l'Agriculture et du Développement Rural.

MP : Maladie Parodontale.

OFT : Office français de prévention du Tabagisme.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PH : Eotentiel Hydrogène.

SNTA :La Société Nationale des Tabacs et Allumettes.

STAEM : La Société de Tabac Algéro-Emiratie.

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences.

.

Liste des figures

Figure 1 : plante du tabac.....	4
Figure 2: Deux cigarettes industrielles avec bout filtre.	9
Figure 3: tabac roulé à la main.....	9
Figure 4: cigares.....	10
Figure 5: Bidis.....	11
Figure 6: les kreteks	11
Figure 7: la pipe	12
Figure 8 : l'utilisation du narguilé	13
Figure 9: cigarette électronique	14
Figure 10: dispositif chauffant le tabac	15
Figure 11: tabac à chiquer.....	16
Figure 12: Snuff.....	16
Figure 13: l'agressivité du tabac passif.....	17
Figure 14: tabac et le corps humain	18
Figure 15: Gingivite ulcéro-nécrotique.....	24
Figure 16: Parodontites chronique	25
Figure 17: Parodontites agressives.....	25
Figure 18: Mélanose gingival du au tabac	26
Figure 19: stomatite aigue candidosique.....	27
Figure 20 : candidose buccale chez un patient fumeur	27
Figure 21: leucoplasie homogène	28
Figure 22: Leucoplasie tabagique inhomogène	29
Figure 23: Chéilite actinique.....	30
Figure 24: lichen plan gingival généralisé.....	31
Figure 25 : Fibrose sous muqueuse.....	32
Figure 26 : Carcinome epidermoide de la langue.	32
Figure 27: tabac et carie dentaire	33
Figure 28: Les colorations dentaires dues au tabac.	34
Figure 29: abrasion dû à l'utilisation de la pipe.....	34

Liste des figures

Figure 30: Les récepteurs nicotiques chez le fumeur et le non-fumeur	36
Figure 31: élimination de la cigarette	38
Figure 32: gomme à mâcher nicorette	40
Figure 33: patch au sevrage tabagique.....	41
Figure 34: nicopasse pastille sublinguale	41
Figure 35: nicorette inaleur de 10 mg	42
Figure 36: spray buccal.....	42
Figure 37:zyban 50 mg	43
Figure 38: La Varenicline (champix 1 mg).....	44
Figure 39: cigarette électronique	45
Figure 40 : Répartition selon l'année d'études des étudiants en médecine dentaire Blida 2019..	50
Figure 41 : Répartition selon l'année d'études des étudiants en médecine dentaire Blida 2019..	51
Figure 42 : Répartition selon le sexe des étudiants en médecine dentaire Blida 2019	52
Figure 43: Répartition selon le sexe des étudiants en médecine dentaire Blida 2019	53
Figure 44 : Répartition selon l'âge des étudiants en médecine dentaire Blida 2019.....	55
Figure 45 : Prévalence de consommation de tabac chez les étudiants en médecine.....	56
Figure 46 : Prévalence de consommation de tabac chez les étudiants en.....	57
Figure 47: Répartition selon l'année d'étude des étudiants consommateurs.....	58
Figure 48: Répartition selon le sexe des étudiants consommateurs de tabac	59
Figure 49: Répartition selon l'âge des étudiants consommateurs de tabac	60
Figure 50: Répartition selon la durée (ans) de consommation de tabac chez les étudiants	61
Figure 51: Répartition selon l'âge de la première cigarette chez les étudiants.....	62
Figure 52: Répartition selon le type de tabac consommé chez les étudiants	63
Figure 53: Répartition selon l'association de cannabis avec le tabac chez les étudiants.....	64
Figure 54: Répartition selon l'association de consommation des boissons avec le tabac	65
Figure 55: Répartition selon l'association des substances qui craient une dépendance	66
Figure 56: Répartition selon le lieu de consommation de tabac chez les étudiants.....	67
Figure 57:Répartition selon la marque de cigarette consommée chez les étudiants.....	68
Figure 58 : Répartition selon le budget (par mois) de consommation de tabac.....	69
Figure 59 : Répartition selon la cause de tabagisme chez les étudiants consommateurs	70
Figure 60: : Répartition selon la connaissance des effets nocifs du tabac	71

Liste des figures

Figure 61 : Répartition selon la connaissance des maladies liées au tabac	72
Figure 62: Répartition selon la connaissance de l'effet du tabagisme passif	73
Figure 63 : Répartition selon le souhait d'arrêt de consommation de tabac	74
Figure 64: Répartition selon les causes de souhait d'arrêt de consommation de tabac	75
Figure 65 : Répartition selon la tentative d'arrêt de consommation de tabac.....	76
Figure 66 : Répartition selon les résultats de tentative d'arrêt de consommation de tabac	77
Figure 67 : Répartition selon les moyens utilisés pour arrêter la consommation de tabac	78
Figure 68 : Répartition selon la sensibilité aux campagnes de prévention par.....	79
Figure 69 : Répartition selon l'impact de mise en garde sanitaire sur les paquets de cigarette....	80

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition selon l'année d'études des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

Tableau 2 : Répartition selon le sexe des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

Tableau 3 : Répartition selon l'âge des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

Chapitre I

Revue de la littérature

Introduction

La consommation de tabac est l'une des plus graves menaces qui n'ont jamais pesé sur la santé publique mondiale. Elle tue plus de 7 millions de personnes chaque année. Plus de 6 millions d'entre elles sont des consommateurs ou anciens consommateurs, et environ 890 milles des non-fumeurs involontairement exposés à la fumée.

Une personne environ, meurt toutes les 6 secondes du fait de ce fléau, ce qui représente un décès d'adulte sur 10, la moitié des consommateurs actuels mourront d'une maladie liée au tabac. [1]

En Algérie, le tabagisme provoque plus de 15000 morts par an, soit une moyenne de 45 décès chaque jour. [2]

Comme le tabac tue un fumeur sur deux, l'industrie doit constamment renouveler sa clientèle, elle dépense chaque année des dizaines de milliards de dollars pour attirer de nouveaux clients. Ces derniers sont en majorité des jeunes, la plupart des consommateurs du tabac commencent avant l'âge de 18 ans et près de la moitié d'entre eux avant l'âge de 10 ans. Plus les enfants commencent à fumer jeunes, plus ils risquent de devenir des consommateurs réguliers et moins ils sont susceptibles de renoncer au tabac. Si les tendances actuelles se maintiennent, 250 millions d'enfants et d'adolescents aujourd'hui en vie qui continuent à fumer à l'âge adulte mourront de maladies liées au tabac. [3]

Pour ce là, nous avons voulu nous intéresser à cette problématique de plus près, nous désirons mener une enquête, auprès d'une population jeune, représentée par les étudiants de la faculté de médecine dentaire de Blida.

L'objectif de cette étude est d'estimer la prévalence du tabagisme chez ces étudiants et d'analyser leurs comportements et habitudes tabagiques.

1. Le tabac dans le monde

Sur plus de 7 milliards d'humains sur Terre, 1 milliard d'individus fument environ 6 000 milliards de cigarettes, 6 millions de personnes meurent chaque année parmi lesquelles plus de 5 millions sont des fumeurs et plus de 600 000 des non-fumeurs exposés au tabagisme passif.

C'est plus qu'en 1980 (721 millions) en termes d'effectifs mais moins en termes de pourcentage vu la croissance démographique. [6]

Selon une étude réalisée par l'institut for Health Metrics and Evaluation, sur plus de 187 pays étudiés, la prévalence de personnes qui fument a baissé de 42%, entre 1980 et 2012 pour les femmes et 25 % pour les hommes.

Cependant, cette diminution n'est pas notable dans tous les pays étudiés : le Canada, l'Islande, le Mexique et la Norvège sont de bons exemples : ils ont réussi à réduire de moitié leur proportion de fumeurs depuis 1980 (tous les sexes confondus).

La France, quant à elle, avec ses 2 millions de plus de fumeurs, soit 27% en 2012 contre 28% en 1980 se révèle être un mauvais élève. [7]

Seul un pays sur trois, représentant à un tiers de la population mondiale, surveille la consommation du tabac chez les jeunes et les adultes en conduisant des enquêtes représentatives au niveau national au moins tous les 5 ans.

En 2017, 4,7 milliards de personnes sont protégées par au moins une mesure relative à une meilleure pratique figurant dans la Convention-cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte antitabac, soit 3,6 milliards de plus qu'en 2007. [8]

*** Le tabac en Algérie**

L'Algérie a consommé près de 18 000 tonnes de cigarettes en 2007, Ce qui équivaut à 20000 tonnes du tabac. La consommation du tabac a triplé en Algérie durant ces trois dernières décennies avec l'enregistrement. Actuellement, La proportion des fumeurs est passée de 62% en 1985 à 35,4% en 2007. Le nombre des chiqueurs a également baissé de 28,4% en 1984 à 18,2% en 2007. Le tabagisme, toute forme confondue a augmenté, toutefois, chez les 15-24, en dix ans, de 28% à 43%. L'augmentation des prix peut expliquer en partie l'évolution des habitudes tabagiques, mais l'élément essentiel qui a contribué à augmenter le taux des ex-fumeurs et des non-fumeurs trouve sa source dans la religion. [9]

En 2014, les données du ministère de la Santé indiquaient que 70 % des cancers de la trachée, des bronches et du poumon, 42% des cancers de la bouche et de l'oropharynx, 42 % des cancers de l'œsophage, 28 % des cancers de la vessie et 22% des cancers du pancréas sont liés au tabac. En outre, 90% des cancers du poumon surviennent chez les fumeurs en Algérie. [2]

Le marché du tabac est florissant en Algérie, avec des prévisions de croissance intéressantes pour les prochaines années. Deuxième pourvoyeur de recettes fiscales après les hydrocarbures, le tabac coûte au moins 20 fois ces recettes en dépenses de santé pour des pathologies liées au tabagisme. Quelques chiffres sur une industrie qui a produit plus de 24 milliards de cigarettes en 2010. L'industrie du tabac en Algérie est détenue à près de 73 % par la Société nationale des tabacs et allumettes (SNTA). La libéralisation du marché en 2004 a permis l'implantation de la société Algéro-émiratienne de tabac (STAEM), la British American Tobacco (BAT) et récemment Alliance-tabac-distribution (ALTADIS), qui se partagent le restant des parts du marché. L'Algérie n'est pas un producteur du tabac brut. La surface réservée à la culture du tabac est de 5 000 hectares, selon les données du ministère de l'agriculture et du développement rural (MADRP), représentant moins de 0,02 % des terres agricoles. [11]

Des évaluations récentes estiment la taille du marché algérien à près de 1,2 milliard de paquets de cigarettes et 500 millions de boîtes du tabac à priser-mâcher. Compte tenu du contexte socioéconomique actuel, la demande en produits tabagiques est appelée à croître pour atteindre 1,5 milliard de cigarettes annuellement, alors que la moyenne de consommation individuelle est de 17 cigarettes par jour. [10]

2. Généralités sur le tabac

2.1 Historique

La culture du tabac aurait débuté il y a 8 000 ans. On en compte une cinquantaine de variétés. La variété du tabac la plus connue est la *Nicotiana rustica* que l'on retrouve chez les peuples du nord. En commençant par le Pérou, puis les Caraïbes, le tabac a frayé son chemin vers les grandes plaines américaines pour aller jusqu'à la vallée du Saint-Laurent en Amérique du Nord avant plus de 500 ans.

Lorsque Christophe Colomb rencontre les Amérindiens, ceux-ci pour se soigner roulent des feuilles de tabac jusqu'à obtenir une sorte de grand cigare qu'ils appellent « tabaco ». Dans leur calumet brûlent, également un mélange de plusieurs herbes dont le tabac. [4]



Figure 1 : plante du tabac

En 1492, lors de son expédition en Amérique, Christophe Colomb découvre le tabac et le rapporte en Europe, à la Cour espagnole et portugaise, où il est pendant longtemps utilisé comme simple plante d'ornement. Ce n'est qu'au milieu du XVI^e siècle que le médecin personnel de Philippe II d'Espagne commence à le promouvoir comme « médicament universel ». La première description écrite serait le fait de l'historien espagnol d'Oviedo.

En Europe les premiers plants de tabac ont été rapportés par Fernando Hernandez de Toledo, médecin du roi Philippe II qui avait été envoyé pour trouver des plantes nouvelles. [4]

Vers le milieu du XVIème siècle le tabac était planté au Portugal. Le Père André Thévenet, de l'ordre religieux des Cordeliers introduisit en 1556 le tabac en France et en planta dans sa ville d'Angoulême. Jean Nicot de Villemain, Ambassadeur de France à Lisbonne envoya 4 ans plus tard, en 1560, des feuilles de tabac râpées à Catherine de Médicis en le décrivant comme une plante médicinale capable de calmer ses migraines, son nom a été immortalisé dans la désignation botanique de *Nicotiana* et dans la substance active du tabac, la nicotine. [4]

La première cigarette a été inventée en 1843, mais les premières cigarettes industrielles sont apparues en Espagne vers 1830.

Le tabac fut introduit en Algérie dans le courant du XVI e siècle. On possède peu d'information sur sa culture au temps de la domination turque, mais l'on sait que l'habitude de fumer se répandit assez rapidement, et ce malgré l'interdiction de certains monarques de l'Orient, qui ont condamné l'acte considéré comme contraire aux principes de l'islam (les méfaits sur la santé étaient alors méconnus, mais le Coran interdit toute substance enivrante. Certains théologiens estimaient que le tabac pouvait provoquer une sorte d'ivresse). [4]

2.2 Nature du tabac :

Le tabac est un produit psychotrope manufacturé élaboré à partir de feuilles séchées de plantes du tabac commun (*Nicotiana tabacum*) appartient à la famille des Solanacées, à laquelle appartiennent aussi la tomate et la pomme de terre. Cette plante annuelle à grandes feuilles qui a besoin d'énormément d'eau et de chaleur pour atteindre sa maturité et une hauteur de 0,6 à 3 m. Il aime un sol acide, léger, suffisamment profond, exempt de calcaire et pauvres en minéraux sauf en potassium. Les fleurs groupées en panicules sont rouges, roses, blanches, beiges, jaunes ou vertes. Les feuilles sont de forme ovale à lancéolée, entières, le plus souvent sessiles et recouvertes de poils glandulaires des deux côtés.

La nicotine est le principal alcaloïde qui se trouve dans cette plante ; (la teneur en nicotine dans les feuilles de tabac varie de 2 et 10 pour cent) ; elle est produite par les racines et transportée dans les feuilles. Les feuilles de tabac peuvent être récoltées à différents stades de développement suivant un usage médicinal ou tout simplement pour fumer, chiquer ou priser. [5]

3. Composition du tabac

Le tabac contient plus de 7000 substances chimiques, dont plusieurs sont cancérigènes. Certaines d'entre elles proviennent de la plante du tabac elle-même, tandis que d'autres sont ajoutées par les fabricants ou engendrées par la combustion, lorsque les produits du tabac sont fumés. Les composants ont des sources multiples, mais ils ont tous une action commune ils nuisent à la santé de tous ceux qui les ingèrent. [12]

3.1 La nicotine

La nicotine est le principal alcaloïde du tabac, 90% de ce dernier, elle est présente naturellement dans la plante.

Cette substance est très toxique mais elle n'est pas cancérigène, elle est le composant responsable de la dépendance physique et psychologique associées au tabagisme.

La nicotine est absorbée par les poumons du fumeur, elle passe dans sa circulation sanguine 4 à 7 secondes après l'inhalation et se fixe au cerveau en provoquant la libération des endorphines, des substances qui créent un sentiment de bien être.

L'absorption de la nicotine par l'organisme, entraîne de multiples réactions dans le corps du fumeur

- Augmentation de la fréquence cardiaque
- Augmentation de la pression artérielle
- Rétrécissements des vaisseaux sanguins
- Modification du fonctionnement du cerveau
- Relâchement des muscles

Sa demi-vie est 2 à 3 heures et son élimination est hépatique. [13][14]

3.2 Le monoxyde de carbone CO

Le monoxyde de carbone est le gaz qui s'échappe des automobiles et des poêles à bois. Il se fixe de façon irréversible sur la molécule d'hémoglobine, empêchant ainsi son association avec l'oxygène et privant donc les tissus d'une bonne oxygénation du cerveau, muscles et le muscle cardiaque. Il est donc responsable de :

- Maladies cardio-vasculaires et respiratoires

- Augmentation de l'agrégation plaquettaire
- Augmentation de la viscosité sanguine
- Risque d'accidents vasculaires [14]

3.3 Les substances cancérigènes

Elles sont multiples, l'hydrocarbures polycycliques [14], le benzopyrène, ce produit pénètre dans les cellules et modifie leur ADN, ce qui engendre des cancers. Cette substance se trouve dans l'essence et les colles.

Le formaldéhyde est reconnu pour causer la leucémie. [12]

3.4 Les substances irritantes

Ils sont nombreux tels que l'acroléine, l'aldéhyde, la cétone, le phénol, le nitrosamine et l'acide cyanhydrique.

Ils ont un rôle dans l'apparition et le développement des lésions précancéreuses.

De plus, ils provoquent une paralysie des cils vibratoires au niveau de la muqueuse respiratoire et un encombrement bronchique chronique. [13] [14]

3.5 Les substances additives

Les additifs sont les substances ajoutées au tabac dans la cigarette par les industriels, ils dégagent de nouveaux composants potentiellement dangereux. Ils contribuent à l'apparition et au maintien de la dépendance. Différents arômes ont été utilisés pour adapter le goût de la cigarette aux jeunes et aux fumeurs débutants. [15]

3.6 Autres substances toxiques

3.6.1 L'ammoniac

Elle favorise l'absorption de la nicotine et augmente le risque de dépendance.

3.6.2 L'arsenic

Il est toxique et cancérigène

3.6.3 Le menthol

Il accroît l'onctuosité de la fumée du tabac, rafraîchit et engourdit la gorge dans le but de masquer l'irritation. Il augmente la tolérance des jeunes fumeurs au tabac.

3.6.4 Le cadmium

C'est un métal lourd, cause de sérieux dommages aux poumons, il provoque un jaunissement des dents et la perte du goût chez le fumeur.

3.6.5 Le cyanure d'hydrogène

Il endommage les voies respiratoires et rend les poumons plus vulnérables aux infections. [15]

4. Mode de consommation du tabac

4.1 Le mode actif :

Le tabac peut être fumé, absorbé de manière orale ou prisé.

4.1.1 Le tabac fumé :

4.1.1.1 La cigarette

Une cigarette est un cylindre de papier, avec ou sans filtre à une de ses extrémités, rempli d'un produit combustible, le plus souvent des feuilles de tabac hachées et traitées, ainsi que des additifs. Elle peut être roulée à la main ou fabriquée en série de manière industrielle. Fumer une cigarette dure généralement environ cinq minutes et entraîne une inhalation de 300 à 500 ml de fumée. [16]

La cigarette est le mode le plus répandu de consommation du tabac. Néanmoins, celui-ci est aussi utilisé sous d'autres formes qui attirent des consommateurs de plus en plus jeunes. [16]



Figure 2: Deux cigarettes industrielles avec bout filtre.

4.1.1.2 La cigarette roulée à la main

Les consommateurs sont de plus en plus nombreux à rouler leurs propres cigarettes, en partie pour des raisons culturelles et économiques, compte tenu du cout croissant des cigarettes industrielles. On dispose d'aucune base pour affirmer que ces cigarettes sont moins toxiques que les cigarettes industrielles et on ne peut pas davantage affirmer qu'elles soient source de taux plus élevés de mortalité prématurée. [17]



Figure 3: tabac roulé à la main

4.1.1.3 Le cigare

Le cigare est un cylindre formé à partir des rouleaux de tabac enveloppés dans une feuille de tabac, avec différents arômes. Il contient autant de tabac qu'un paquet de 20 cigarettes voire d'avantage.

La fumée de cigares cause le cancer du poumon, de l'œsophage et du larynx et de la cavité buccale. [17]



Figure 4: cigares

4.1.1.4 Les bidis (beedies)

Les bidis sont des petites cigarettes roulées à la main, le plus souvent confectionnées en Inde et dans d'autres pays d'Asie du Sud- Est. Bien que plus petites que les cigarettes classiques, les bidis peuvent être tout aussi mortels et addictifs que ces dernières. Ils contiennent en général quelques centaines de milligrammes de tabac, enveloppées dans une feuille de tendu ou temburni. Des études récentes indiquent que la libération de nicotine et autres substances par les bidis est plus élevée que celle des cigarettes ordinaires, ce qui augmente le risque d'atteinte de cancer et de maladies cardiovasculaires. [17]



Figure 5: Bidis

4.1.1.5 Les kreteks (cigarettes aux clous de girofle)

Les kreteks sont aussi appelés cigarettes aux clous de girofle, car ils contiennent en général 40% de clous de girofle et 60% de tabac. Ils constituent la forme de cigarette dominante en Indonésie, et sont aujourd’hui commercialisés dans d’autres pays.

Dans une étude où des volontaires fumaient alternativement des kreteks et des cigarettes classiques, on a observé des niveaux semblables de nicotine et de CO, et des effets cardiovasculaires semblables.



Figure 6: les kreteks

Bien que l’épidémiologie des maladies liées à la fumée des kreteks ne soit pas aussi documentée que pour les cigarettes classiques, les données existantes font apparaître des risques sanitaires qui concordent avec le fait que les kreteks se composent avant tout de tabac et se brûlent comme des cigarettes classiques. [17]

4.1.1.6 La pipe

La fumée de pipe a été beaucoup moins étudiée que la fumée de cigarette, ou même de cigare. Compte tenu des quantités relativement importantes de tabac habituellement introduites dans la pipe, le fumeur de pipe et les non-fumeurs peuvent être exposés à des volumes de fumée équivalents à ceux de plusieurs cigarettes. Les fumeurs de pipe présentent un risque notable de maladies pulmonaires et cancéreuses, ainsi que le cancer de la lèvre. [17]



Figure 7: la pipe

4.1.1.7 Narguilé

Le narguilé, appelé aussi pipe à eau, shisha, hookah ou goza est utilisé traditionnellement en Afrique du Nord et dans le Sud- Est de l'Asie, Nouveaux modes de consommation.

La pipe à eau est d'usage courant dans les familles, femmes et enfants compris, dans les régions où la consommation classique du tabac est très faible. [17]

Depuis quelques années, l'usage du narguilé est devenu populaire dans les pays occidentaux.

Le narguilé est composé d'un vase contenant de l'eau dans laquelle est immergé un tube avec une valve reliée au foyer. Ce dernier contient du tabac recouvert d'une feuille d'aluminium perforée sur laquelle on place du charbon de bois. Un tuyau avec un bec relié au vase permet d'aspirer la fumée qui passe ainsi par l'eau. L'usage du tabac aromatisé et le passage à travers l'eau donnent une impression de fumée plus douce. L'eau ne filtre pas la plupart des substances contenues dans la fumée du tabac et ainsi ne diminue pas sa nocivité.

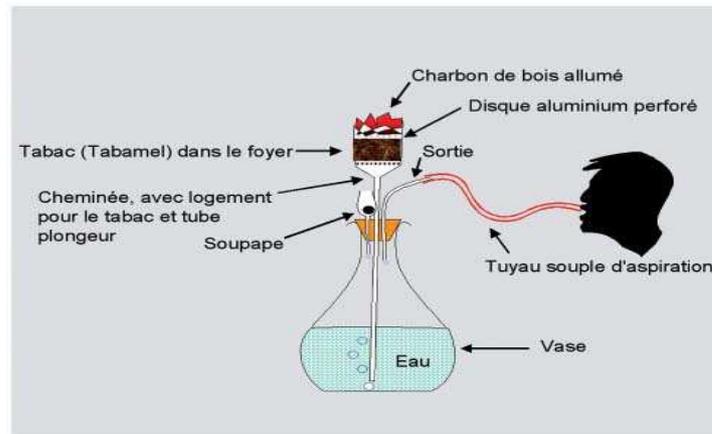


Figure 8 : l'utilisation du narguilé

L'usage du narguilé entraîne en outre une exposition nettement supérieure à la fumée passive due à la double combustion du charbon et du tabac provoquant d'énormes volumes de fumée et une exposition importante au CO, métaux lourds et différentes substances cancérigènes.

L'usage du narguilé est à l'origine du même type de pathologies que la cigarette. Mais aussi il expose les usagers à un risque de transmission d'herpes, d'hépatite et de tuberculose.

L'usage du narguilé entraîne une dépendance à la nicotine et il n'existe actuellement pas des données concernant la désaccoutumance à ce produit. [18]

En comparaison, un fumeur de narguilé fume pendant 20 à 80 minutes et inhale entre 50 à 200 bouffées de 0,05 à 0,25 litre chacune. Une séance de narguilé expose donc le fumeur à un volume de fumée correspondant à plus de 100 cigarettes par session. [19]

4.1.1.8 La cigarette électronique

La cigarette électronique est un dispositif produisant de la vapeur tiède pouvant contenir de la nicotine dans le but de reproduire la fumée de la cigarette. Il s'agit d'un embout muni d'une batterie et d'un pulvérisateur, dans lequel on insère des cartouches contenant des substances aromatiques, avec ou sans nicotine.

Selon les études et données scientifiques, on ne peut pas affirmer l'absence de sa nocivité.

Selon l'usage, ce produit pourrait être additif, ce qui aurait pour conséquence de maintenir la dépendance à la nicotine. On ne dispose pas actuellement de données quant à son efficacité pour le sevrage tabagique. [18]

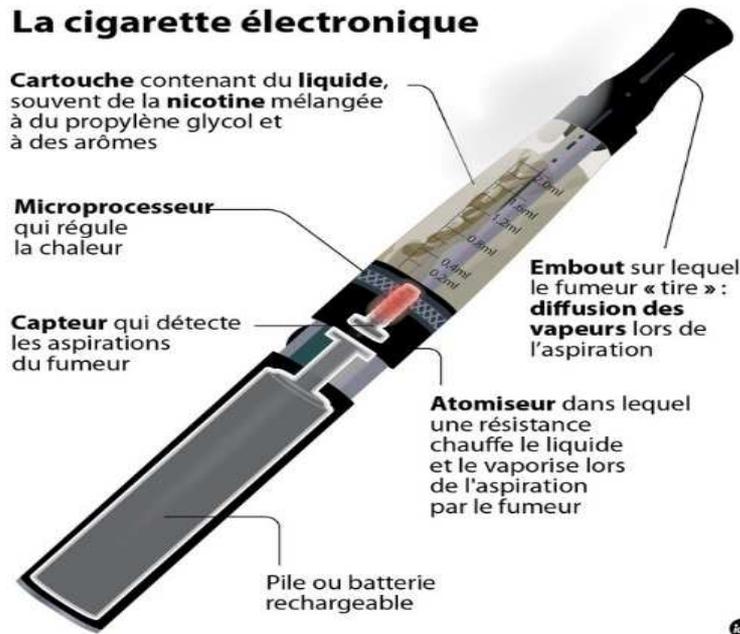


Figure 9: cigarette électronique

4.1.1.9 Dispositifs chauffant le tabac

Différents dispositifs destinés à chauffer, et non pas à brûler le tabac, ont été mis sur le marché par l'industrie du tabac dans le but de réduire la nocivité du tabagisme actif et passif.

Il s'agit de dispositifs dans lesquels on insère une cigarette, munis d'un système électronique chauffant le tabac de la cigarette. Ils ressemblent quelque peu à un gros porte cigarette. La cigarette Éclipse est un dispositif en forme de cigarette contenant du tabac chauffé.

Les données scientifiques sont peu nombreuses quant aux effets de ce type de produits sur la santé. Mais la cigarette Éclipse produit davantage de CO que la cigarette. Et leur rôle pour la réduction de risque lié à la consommation du tabac n'est pas connu. [18]



Figure 10: dispositif chauffant le tabac

4.1.2 Le tabac non fumé :

4.1.2.1 Tabac oral

Le tabac oral se consomme soit :

Sous forme de feuilles de tabac placées en bouche et mâchées (tabac à chiquer dont l'usage est actuellement exceptionnel en Europe).

Soit sous forme de tabac moulu appelé snuff ou snus, humidifié destiné à un usage oral ou en poudre pour un usage oral et nasal (tabac à priser).

L'utilisation du tabac oral expose les utilisateurs à des carcinogènes, toutefois moins nombreux que ceux produits par la cigarette. Le risque du cancer oral est 2 à 3 fois plus élevé chez les consommateurs du tabac oral, en comparaison aux personnes qui ne consomment aucune forme de tabac. Le tabac oral entraîne également une dépendance à la nicotine. [18]



Figure 11: tabac à chiquer

4.1.2.2 Tabac à priser

Le tabac à priser se présente sous forme de tabac moulu destiné à être aspiré par voie nasale. Ce type du tabac est généralement sec et peut être aromatisé avec différents parfums, largement utilisé jusqu' à la fin du 19ème siècle.

La nicotine du tabac à priser absorbée par les muqueuses nasales, peut provoquer une dépendance chez ses consommateurs. La vitesse d'absorption est rapide, comparable à la fumée de la cigarette, elle augmente lorsque le PH du tabac est alcalin. Outre la nicotine, on y retrouve des substances cancérigènes, telles que les nitrosamines. L'abus chronique entraîne des altérations des muqueuses nasales, les données sont cependant insuffisantes concernant les risques de cancer de la région nasale. [18]



Figure 12: Snuff

4.2 Le tabac passif

Le tabagisme passif consiste, pour un individu, à absorber de la fumée de cigarette de manière involontaire, lorsqu'il est entouré de personnes fumeuses. La personne respirant la fumée de cigarette subit des conséquences pouvant s'avérer graves pour sa santé. La fumée de cigarette constitue en effet la plus dangereuse source de pollution de l'air domestique. Même si les risques pour la santé sont moins importants que chez un fumeur; il est d'autant plus néfaste chez les enfants et chez les femmes enceintes. [20]



Figure 13: l'agressivité du tabac passif

5 Conséquences du tabagisme sur l'organisme

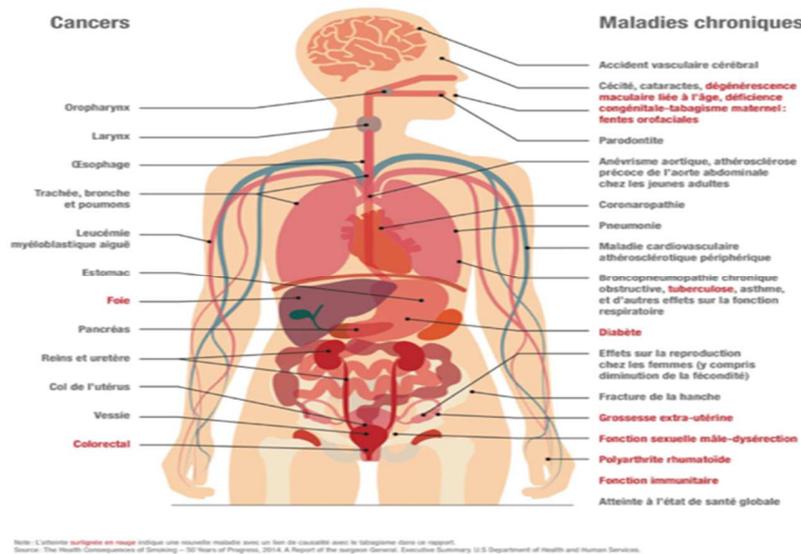


Figure 14: tabac et le corps humain

5.1 Sur l'état général :

5.1.1 Tabac et cancers

La fumée de tabac modifie les cellules présentes dans le corps en divisant et en transformant leur ADN. Ce phénomène peut amener une cellule normale à devenir cancéreuse. Peu importe le type de tabagisme, les fumeurs et les non-fumeurs exposés à la fumée secondaire sont susceptibles de développer plus de 16 cancers (poumon, vessie, sein, œsophage, larynx, foie, leucémie...).

Le risque d'apparition de ce dernier varie selon la quantité et la durée de tabac consommé. [12]

5.1.2 Les maladies cardiovasculaires

Le tabagisme et l'exposition au tabagisme passif sont les principales causes des maladies cardiovasculaires, contribuant à environ 17 % de tous les décès dus à ces maladies dans le monde, soit près de 3 millions de décès par an.

La combustion du tabac combine 2 phases : une phase particulaire et une phase gazeuse.

Les particules issues de la combustion contiennent de la nicotine qui est responsable de l'augmentation du rythme cardiaque, de la pression artérielle et de la constructibilité du myocarde, et l'ensemble des résidus aérosols qui, combinés, contribuent aux pathologies cardiaques de la façon suivante inflammation, dysfonctionnement de l'endothélium, formation accrue de caillots sanguins et niveau réduit de cholestérol à lipoprotéines de haute densité. La phase gazeuse contient de CO, toxique, ainsi que d'autres gaz. Le CO se substitue à l'oxygène dans le sang, réduit la disponibilité d'oxygène pour le muscle cardiaque et les autres tissus de l'organisme.

Ces effets physiopathologiques du tabac prédisposent les fumeurs à la formation d'athérosclérose, qui conduit à divers types de cardiopathies vasculaires telles que la cardiopathie ischémique, l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'artériopathie périphérique et l'anévrisme aortique. [21]

5.1.3 Tabac et affections pulmonaires

Le mécanisme de défense des voies aériennes sont modifiés chez le fumeur. Les battements ciliaires et la clairance mucociliaire sont diminués. Dans le lavage alvéolaire, le nombre de macrophages et de polynucléaires neutrophiles est augmenté, ainsi ; que le taux de plusieurs cytokines pro-inflammatoires, l'exposition à la fumée de cigarette altère les propriétés fonctionnelles du macrophage alvéolaire, la sécrétion de cytokines pro-inflammatoires et leur pouvoir bactéricide. Sur le plan systémique, le tabac modifie la sécrétion cytokinique des lymphocytes et altère leur activité, ainsi, l'altération des mécanismes de défense immunitaire pourrait expliquer le risque accru d'infections respiratoires chez le fumeur.

L'influence du tabagisme sur les maladies respiratoires. [22]

- Le tabac est responsable de 85 % des cas de la maladie pulmonaire obstructive chronique, d'emphysème et de bronchite chronique
- Plus de 20% de cas de tuberculose sont dus au tabac
- Les fumeurs ont 20 fois de risque de mourir d'un cancer des poumons que les non-fumeurs.

[12]

5.1.4 Tabac et système nerveux

La nicotine imite l'action de l'acétylcholine et se fixe sur un type particulier de ses récepteurs appelé récepteur nicotinique. En se fixant, elle déclenche une réaction qui n'aurait probablement pas lieu, s'il n'y avait pas consommation de cigarette.

La dépendance du tabac, qui se développe rapidement vient du fait que les récepteurs nicotiniques sont présents dans des aires très occupées du cerveau. Les stimulations nicotiniques répétées chez les fumeurs augmentent donc la libération de dopamine dans certaines parties du cerveau. Lorsque le fumeur est privé de nicotine, les récepteurs retrouvent leur sensibilité normalement le fumeur ressent une agitation et un inconfort qui le poussent à fumer. [23]

5.1.5 Tabac et maladies neuropsychiatriques

Le tabac peut aussi favoriser la survenue de troubles psychiatriques sévères de type psychose comme la schizophrénie selon une étude publiée en Juillet 2015 dans la revue Lancet psychiatrie. [24]

5.1.6 Tabac et système gastro-intestinal

Le tabac a bien d'autres effets délétères sur l'appareil digestif ; ainsi ; il accroît le risque d'infections par des bactéries responsables de la maladie ulcéreuse, facteur de risque principal du cancer de l'estomac, elles favorisent aussi la maladie de crohn.

Le tabac perturbe aussi les mécanismes immunitaires de l'intestin et la production du mucus. [25]

5.1.7 Tabac et diabète

Plus une personne fume, plus elle risque de développer le diabète. La probabilité de développer le diabète de type 2 est d'ailleurs deux fois plus grande chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Aussi, fumer augmente le risque de complications du diabète et diminue la sensibilité du corps à l'insuline. [12]

5.1.8 Tabac et vision

Le tabac favorise deux maladies oculaires : la cataracte ; la dégénérescence musculaire liée à l'âge. [26]

5.1.9 Tabac et système reproducteur

Chez l'homme, le tabac entraîne une diminution de la production et de la mobilité des spermatozoïdes, ce qui les rend moins féconds.

Vu l'effet du tabac sur l'appareil cardio-vasculaire et sur l'irrigation des artères pèniennes, une impuissance masculine s'installe.

Chez la femme, plusieurs études effectuées par l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) ont démontré que la consommation de cigarettes diminue de façon significative la qualité des ovocytes. De plus, le risque de grossesse extra-utérine, car la nicotine diminue les battements des cils de l'utérus.

Le tabagisme augmente aussi le risque de fausse couche; le risque de retard de développement du fœtus et de la mort subite du nourrisson. [13]

5.1.10 Le tabac et la peau

Le tabac accélère le vieillissement et la sécheresse de la peau avec apparition des rides précoces et une teinte plus pâle.

Des répercussions même sur les cheveux, en les privant de certains nutriments indispensables à leur vitalité et à leur brillance donnant une coloration grisâtre et leur chute. [13]

5.1.11 Tabac et interactions médicamenteuses

La consommation régulière du tabac peut intervenir avec le métabolisme de certains médicaments : pentazocine; furosémide; théophylline et propranolol, par augmentation ou diminution des effets pharmacodynamiques et cinétiques, comme elle peut même supprimer leurs effets et accroître leurs effets indésirables. [26]

5.2 Les effets du tabac sur la cavité buccale :

5.2.1 Les effets du tabac sur le milieu buccal :

5.2.1.1 Le tabac et la salive

La salive est le premier fluide à être en contact avec la fumée toxique du tabac. Son débit et sa composition vont s'en trouver modifiés.

Dans le premier temps du tabagisme et chez les fumeurs modérés, on remarque une hypersialie transitoire car les glandes salivaires seront d'avantages stimulées. Mais rapidement et sur le long terme, sera constaté une dégénérescence des glandes salivaires entraînant une hypersialie.

La salive des fumeurs est plus chargée en éléments minéraux par rapport à celle des non-fumeurs, ce qui engendre une minéralisation plus importante de la plaque dentaire et la formation de tartre plus rapidement. [13]

5.2.1.2 Le tabac et le fluide gingival

Le fluide gingival contenu dans le sulcus subit les mêmes changements que la salive.

Cela peut être expliqué par une concentration très élevée en nicotine à ce niveau par rapport aux autres fluides corporels. [13]

5.2.1.3 Tabac et PH

Le PH du milieu buccal du fumeur est plus alcalin que celui retrouvé chez un non-fumeur. [13]

5.2.1.4 Haleine du fumeur

Les personnes qui fument ont une mauvaise haleine. En raison de la nicotine, laquelle contient du goudron qui va se déposer sur les dents, les gencives, la langue, les lèvres. Cela donne une mauvaise haleine.

En outre, le tabac assèche la bouche, ce qui facilite le développement de bactéries, sources de mauvaise odeur. [27]

5.2.2 Les effets du tabac sur le parodonte :

L'altération du parodonte par le tabac se manifeste par des lésions tissulaires et cellulaires

5.2.2.1 Altération du tissu conjonctif

Lors de la consommation du tabac, la nicotine se lie aux fibroblastes et pénètre dans la cellule, changeant ainsi sa morphologie et sa fonction : une diminution de la synthèse du collagène I et une augmentation de la synthèse de la collagénase sont observées. Cela a pour conséquence une destruction des tissus de type conjonctif.

De plus, la nicotine va altérer la fonction de migration et d'adhésion des fibroblastes à la racine dentaire exposée à la maladie parodontale (MP). Le ligament parodontal ne peut pas se régénérer affectant ainsi la cicatrisation parodontale. [14]

5.2.2.2 Altération de l'os alvéolaire

De même que pour le tissu conjonctif, le tissu osseux va subir des altérations cellulaires ayant un impact sur sa morphologie, sa destruction et sa cicatrisation dans le cadre d'une MP.

Au niveau cellulaire, les ostéoblastes et les ostéoclastes sont concernées par ces modifications. La prolifération des ostéoblastes va dépendre de la concentration en nicotine : à faible dose, une légère prolifération est constatée. Cependant, à forte dose, la prolifération est fortement diminuée. La nicotine a un effet de stimulation intense de la différenciation des ostéoclastes.

Ainsi, la perte osseuse alvéolaire est aggravée. De plus, à cause de la diminution de l'apport vasculaire en oxygène due à la diminution du flux sanguin, l'apport en éléments nutritifs nécessaires à la cicatrisation osseuse est appauvri. [14]

5.2.2.3 Altération du tissu vasculaire

La nicotine stimule la libération de catécholamines et provoque une vasoconstriction importante qui perturbe la microcirculation gingivale et réduit les défenses de l'hôte. Cet effet vasoconstricteur de la nicotine limite le saignement gingival chez les fumeurs avec MP ou sans MP comparativement aux non-fumeurs. Cette diminution du saignement gingival n'est pas bénéfique pour le fumeur. En effet, elle masque les phénomènes inflammatoires et le fumeur, qui ne constate pas de saignement gingival, s'inquiète moins. [28]

5.2.3 Tabac et la gencive :

5.2.3.1 Les gingivites

Les patients fumeurs présentent moins de signes de gingivite (saignements) que les patients non-fumeurs. De nombreuses études ont montré qu'il n'y a pas de différence significative de l'indice de plaque entre fumeurs et non-fumeurs.

En effet, comme vu précédemment, la nicotine est à l'origine d'une vasoconstriction locale transitoire. Cette vasoconstriction entraîne une diminution de la circulation sanguine conduisant à une réduction des signes de l'inflammation, saignement gingival et le nombre de vaisseaux gingivaux chez les fumeurs comparativement aux non-fumeurs.

Villar et coll ont montré, à partir de biopsies gingivales chez des sujets avec ou sans signes cliniques de gingivite, que l'épaisseur de l'épithélium de la gencive marginale était augmentée chez les fumeurs. [29.30]

5.2.3.2 La gingivite ulcéro-nécrotique

La gingivite ulcéro-nécrotique aiguë (GUNA) est une affection gingivale sévère caractérisée par des douleurs, des ulcérations et un saignement gingival. En 1979, Pöllmann et coll. ont constaté que les patients ayant une GUNA étaient tous fumeurs et que plus de 70 % d'entre eux fumaient plus de 60 cigarettes par jour. [28]



Figure 15: Gingivite ulcéro-nécrotique

5.2.3.3 La gingivite chronique

Concernant la relation entre la consommation de tabac et la gingivite chronique, les résultats des études épidémiologiques récentes sont contradictoires.

Certains auteurs ont montré peu ou pas de différence d'inflammation gingivale entre les fumeurs et les non-fumeurs (Ainamo 1971, Feldman et coll. 1983 ; Bergstrom, 1989).

Par contre, d'autres auteurs ont rapporté que l'inflammation gingivale est très marquée chez les fumeurs (Preber et coll. 1980 ; Preber et Bergstrom. 1986) et que cette augmentation de l'inflammation est expliquée par une quantité de plaque assez importante associée essentiellement à une mauvaise hygiène (Mac Gregor et Ruggie-Gunn. 1984 ; Mac Gregor 1984). [31]

5.2.4 Tabac et parodonte :

5.2.4.1 Parodontites chronique

Plusieurs études montrent que la prévalence et la sévérité de la MP sont plus importantes chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, la progression de la MP est plus rapide chez les fumeurs. [31]

Les fumeurs présentent une parodontite plus étendue et plus sévère, se traduisant par un plus grand nombre de poches d'au moins 5 mm ou de sites avec une perte d'attache dépassant 2mm. [32]



Figure 16: Parodontites chronique

5.2.4.2 La parodontite agressive

On ne dispose à ce jour que de peu d'informations sur l'influence du tabagisme dans la pathogenèse de la parodontite agressive. Il est apparu que le tabagisme correspondant à la consommation de plus de 10 cigarettes par jour augmentait d'un facteur de 3,1 le risque de parodontite agressive (SUSIN & AMP ; ALBANDAR 2005). [33]



Figure 17: Parodontites agressives

5.2.4.3 La parodontite réfractaire

Le tabagisme est un facteur qui peut diminuer considérablement les chances de succès du traitement et une mauvaise réponse à la thérapeutique parodontale. Chez ces patients, la perte d'attache progresse après traitement et ils sont habituellement classés comme patients atteints de parodontites réfractaires. [29]

5.2.5 Les effets du tabac sur la muqueuse buccale :

5.2.5.1 Mélanose du fumeur

La mélanose gingivale est une lésion indolore fréquemment observée chez les fumeurs .il s'agit d'une macule ou d'une plage, brune ou noirâtre, localisée le plus souvent au niveau de la gencive attachée du secteur incisivo-canin, mandibulaire mais pouvant être également visible sur les joues, les lèvres, le voile et du plancher buccal. Histologiquement, l'atteinte gingivale correspond à une hyperstimulation des mélanocytes qui relarguent une grande quantité de mélanine en réponse à l'agression tabagique.

La prise en charge de ce type de lésion repose sur l'incitation au sevrage tabagique et sur une surveillance clinique régulière. Une surveillance histologique est obligatoire l'aspect lésionnel se modifie. [34]



Figure 18: Mélanose gingival du au tabac

5.2.5.2 Les candidoses

Les candidoses gingivales superficielles sont moins fréquentes que les candidoses qui affectent les autres muqueuses buccales. Deux formes cliniques sont distinguées, la forme aiguë et la forme chronique qui persiste au-delà de trois mois. [35]

5.2.5.2.1 La forme aiguë

Elle est due au *Candida albicans*. Il s'agit d'une stomatite candidosique. L'infection s'annonce par une sensation de cuisson, de goût métallique, de gêne à l'alimentation et par l'apparition de macules ou de plages érythémateuse sur lesquelles se forment des efflorescences blanchâtres de *Candida*, de bactéries, de cellules inflammatoires, de fibrine et de cellules épithéliales desquamées.[35]



Figure 19: stomatite aigue candidosique

5.2.5.2.2 Muguet

Il se présente sous forme de stomatite érythémateuse avec apparition rapide de plaques blanches confluentes détachables à l'abaisse-langue (pseudomembranes) qui découvrent une muqueuse érythémateuse parfois hémorragique. [35]

5.2.5.2.3 La forme chronique

Elle se traduit par une gingivite linéaire considérée comme la seule infection candidosique spécifique de la gencive. Elle est générée par le *Candida dubliniensis*. L'œdème est discret. La gencive peut saigner et être légèrement sensible. Il n'existe pas d'ulcération. [35]

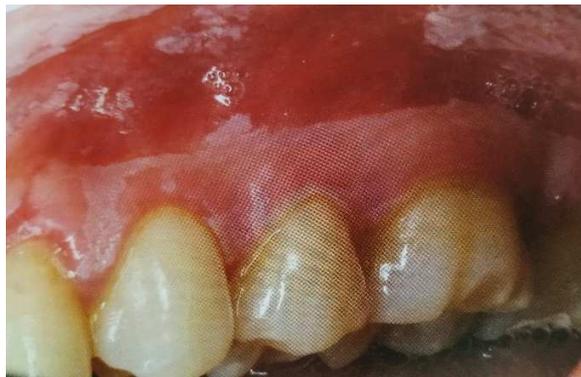


Figure 20 : candidose buccale chez un patient fumeur

5.2.5.3 Perlèche (chéilite angulaire)

Elle est localisée préférentiellement au niveau de la commissure mais également sur le vermillon, la perlèche revêt un aspect érythémateux parfois ulcéré sous forme de fissure. Elle se prolonge en arrière au niveau de la muqueuse rétro-commissurale et la face interne des joues. [36]

5.2.5.4 Les lésions potentiellement malignes :

5.2.5.4.1 La leucoplasie

La leucoplasie est définie comme une tache blanche à risque discutable excluant les autres pathologies connues qui ne comportent pas de risque accru de cancer.

La leucoplasie est un terme purement clinique et n'a aucune spécificité histologique.

L'étiologie est clairement rattachée à l'usage du tabac ou de la noix d'arec comme elle peut être idiopathique.

Il existe 2 formes cliniques de leucoplasie :

➤ La forme homogène :

C'est la forme la plus fréquente, caractérisée par une plaque blanche bien circonscrite, plane ou légèrement surélevée, lisse ou uniformément rugueuse, légèrement granulaire ou ondulée parfois traversée par des fissures.

Elle présente rarement des dysplasies et subit rarement une transformation maligne.

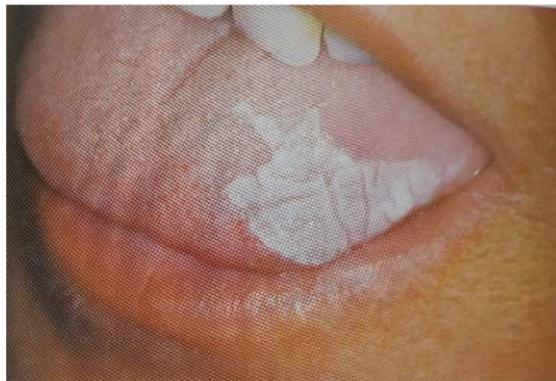


Figure 21: leucoplasie homogène

➤ **La forme non homogène :**

Elle peut comporter un aspect érythémateux, érosif, verruqueux ou nodulaire sur toute sa surface ou par endroits. La surface est irrégulière aussi en épaisseur.

Cette forme comporte un risque élevé de transformation.

La leucoplasie verruqueuse proliférative papillomateuse orale Floride est une forme particulière de leucoplasie à haut pouvoir de transformation maligne. [37]



Figure 22: Leucoplasie tabagique inhomogène

5.2.5.4.2 Les chéilites actiniques

Les chéilites actiniques sont des affections des lèvres considérées comme potentiellement malignes. Elles surviennent chez l'homme de plus de 50 ans. L'intoxication tabagique aggrave l'évolution de ces lésions.

Cliniquement, c'est un placard érythémateux squameux parfois crouteux, situé principalement sur le vermillon de la lèvre inférieure. Sous hyperkératose, l'épithélium est atrophique et saigne facilement au moindre traumatisme. [37]

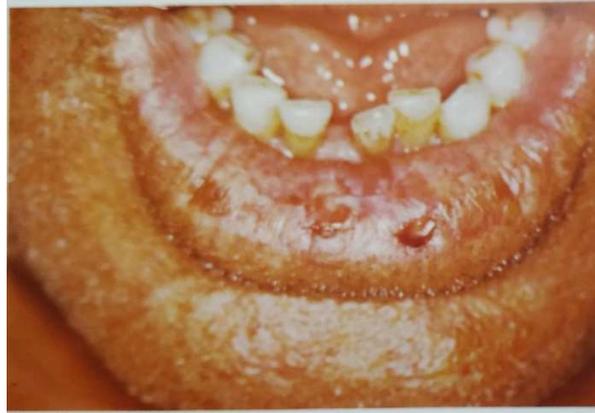


Figure 23: Chéilite actinique

5.2.5.4.3 La lésion palatine des fumeurs inverses

Cette affection est spécifique des populations qui fument avec l'extrémité incandescente de la cigarette dans la bouche. Les lésions sont palatines, rouges, blanches ou mixtes. Il n'y a pas de confusion quant à la définition ou au diagnostic de ces lésions à partir du moment où cette habitude a été identifiée chez une personne ou une communauté. [37]

5.2.5.4.4 Le lichen plan

Il s'agit d'une maladie chronique inflammatoire, dysimmunitaire, évoluant par les poussées affectant les muqueuses malpighiennes. Il siège souvent de manière bilatérale et symétrique sur la face interne des joues, les replis vestibulaires, la langue, la gencive attachée, les lèvres et le palais.

Elle se présente sous la forme de : papule, réseaux, et/ou plaque blanches ; macule et/ou plages érythémateuses ; érosions, qui souvent coexistent. L'atteinte de la gencive est localisée ou généralisée.

L'expression clinique donne un aspect érythémateux de la gencive attachée, et d'intensité variable et résistant aux manœuvres d'assainissement parodontal avec, pour les formes les plus aiguës, la présence d'érosion. L'évolution chronique de la maladie aboutit après plusieurs années à une atrophie épithéliale qui est reconnue comme un facteur de risque de transformation carcinomateuse.

Il existe d'autres expressions cliniques du lichen plan gingival :

- La forme en réseau linéaire blanc : associée ou non à un érythème et/ou une érosion.
- La forme hypertrophique : formée de papules ou de plaques blanches plus ou moins épaisses et verruqueuses.
- La forme pigmentaire : dite nigricans, les lésions se présentent sous forme de macules brunâtres associées à des stries blanches typiques du lichen plan.
- Le lichen plan pemphygoides : est une entité particulière, il s'agirait d'une complication de la maladie.
- La prise en charge comprend un traitement médical, suppression des facteurs locaux aggravant avec la surveillance des lésions à risque. [35]



Figure 24: lichen plan gingival généralisé.

5.2.5.4.5 La fibrose sous muqueuse

C'est une atteinte chronique de la cavité buccale. Elle est liée à la mastication de la noix de bétel et au tabac.

Elle se traduit cliniquement par une intense sensation de brûlure et la formation de vésicules suivies par des ulcérations superficielles. Le stade fibreux se traduit par un blanchiment de la muqueuse qui apparaît lisse, atrophique.

Toute la muqueuse buccale peut être atteinte, ainsi que le pharynx et l'œsophage.

L'ouverture buccale, la mastication et la déglutition deviennent difficiles. [37]



Figure 25 : Fibrose sous muqueuse

5.2.5.5 Les lésions malignes :

5.2.5.5.1 Le carcinome épidermoïde

Il s'agit du cancer le plus fréquent de la sphère oro-faciale, et fait partie des dix cancers les plus fréquents. Ils peuvent être asymptomatiques, érythémateux ou blanchâtres ou les deux, ils peuvent prendre l'aspect d'une érosion, d'une fissure, d'un bourgeonnement, d'une petite ulcération ou d'une masse exophytique, d'une lésion parodontale ou même d'une croûte. [13]



Figure 26 : Carcinome épidermoïde de la langue.

5.2.6 Les effets du tabac sur l'odonte :

5.2.6.1 Les caries dentaires

Le tabagisme favorise indirectement des caries par son action sur la salive, une forte consommation de tabac entraînant une diminution du PH et du débit salivaire. Le taux élevé de sucre dans certains tabacs à mâcher peut aussi contribuer à provoquer des caries, car il stimule la croissance de bactéries cariogènes.

En fait, c'est surtout la mauvaise hygiène buccale, plus fréquente dans la population des fumeurs, qui jouerait un rôle prépondérant dans l'augmentation de l'incidence de la carie dentaire dans cette population.

Par ailleurs, de récentes études ont montré une association entre le tabagisme passif et le risque accru de carie dentaire en dentition lactéale chez les enfants. [38]



Figure 27: tabac et carie dentaire

5.2.6.2 Les colorations dentaires

Les colorations dentaires consécutives à la consommation de tabac sont caractéristiques. L'importance et la répartition du dépôt brun-noirâtre à base de goudron et de nicotine dépend à la fois de la quantité et du type de tabac consommé, mais également de l'hygiène du patient.

L'émail sain constitue normalement un rempart étanche aux particules du tabac, mais la moindre fissure permet leur pénétration et se matérialise alors par un trait sombre sur la dent. En effet, les agents colorants franchissent alors la jonction amélo-dentinaire et sont absorbés dans les tubulis dentinaires. Leur élimination au brossage est difficile. Les restaurations dentaires sont aussi colorées par le tabac. [32]



Figure 28: Les colorations dentaires dues au tabac.

5.2.6.3 Les abrasions dentaires

L'utilisation de la pipe ou la consommation de snus sont communément associées aux abrasions dentaires.

Les particules abrasives contenues dans les produits du tabac peuvent aussi contribuer à l'usure dentaire. En 1995, Bowles et coll mettent en évidence de minuscules particules de silice. Ces particules se mélangent à la salive et forment une pâte abrasive qui use les dents des fumeurs. [38]



Figure 29: abrasion dû à l'utilisation de la pipe

6 La dépendance tabagique

« La dépendance est un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance étrangère, état caractérisé par des réponses comportementales avec toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique, pour retrouver ses effets psychiques et parfois pour éviter l'inconfort de son absence », selon la définition de l'OMS [39].

6.1 Pharmacodépendance

La nicotine est la principale responsable de l'installation de la dépendance. Elle n'est pas présente dans le corps humain en temps normal, mais elle mime l'action de l'acétylcholine.

L'acétylcholine joue un rôle important dans la communication entre les neurones et les muscles (moteurs, cardiaques, respiratoires ou digestifs) et dans la régulation du cycle veille sommeil. Elle est également responsable de l'activation du système de récompense, que nous décrirons plus précisément dans la partie suivante.

La nicotine se fixe sur les récepteurs cholinergiques, appelés également nicotiques du fait de leur double affinité. Ces récepteurs sont très nombreux et sont répartis partout dans le corps humain le cerveau, les muscles, les ganglions lymphatiques et d'autres. On pourrait donc penser que la nicotine n'aura pas d'effets spécifiques ou néfastes, puisqu'elle ne fait que mimer l'action de l'acétylcholine. Seulement la nicotine va activer ces récepteurs de façon beaucoup plus intense que l'acétylcholine.

En effet la quantité de nicotine dans le sang suite à la prise d'une cigarette est très grande, et sa durée de vie dans la synapse est bien plus importante que celle de l'acétylcholine qui au contraire est très vite dégradée. L'activation des récepteurs est alors plus longue et plus marquée, ce qui explique les effets ressentis lors de la consommation d'une cigarette.

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

C'est ce phénomène qui est responsable de l'installation de la dépendance. [40]

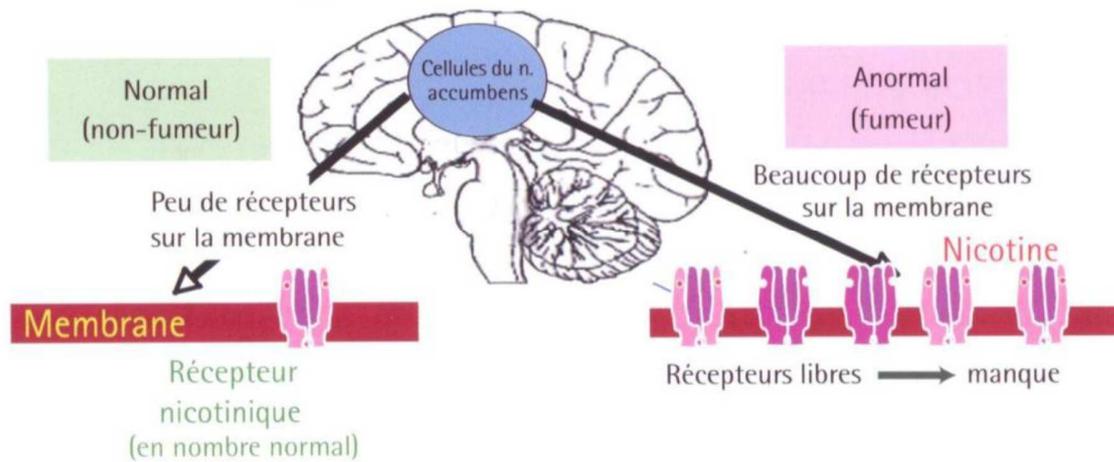


Figure 30: Les récepteurs nicotiques chez le fumeur et le non-fumeur

6.2 La dépendance psychologique

Le cerveau d'un fumeur devient dépendant à la nicotine. La privation du tabac entraîne une irritabilité, de la distraction, une sensation de malaise, d'anxiété, voire angoisse, allant parfois jusqu'à la suppression accompagnée d'une envie impérieuse de fumer régulièrement dans la journée pour se sentir apaisé, avec une conviction de la nécessité de fumer, ce qui est leurre.

La dépendance psychologique est plus ou moins marquée selon les personnes. Elle est aggravée par la sensibilité de la personne à la nicotine, par l'intensité du tabagisme, mais aussi par la société, à travers les images qu'elle véhicule et les comportements que la population adopte : l'effet de mode, le mimétisme est l'exemple donné au jeune, vulnérables, sont autant de facteurs de progression de tabagisme. Le cas le plus classique est celui de l'adolescent qui, mimant les adultes, se met à fumer avec ses copains. Il intègre progressivement le tabac dans sa gestuelle et dans ses codes de communication, petit à petit s'installe une dépendance comportementale, surtout quand l'adolescent se sert du tabac comme mode d'expression corporelle pour séduire, et s'affirmer. A cette dépendance s'ajoute ensuite la dépendance psychologique, avec la nécessité de fumer pour se relaxer et se sentir bien.

6.3 La dépendance physique

Elle est due à l'action de la nicotine. La dépendance physique au tabac s'installe progressivement. Privé du tabac, l'organisme réclame alors la nicotine à travers les symptômes physiques qui traduisent un état de manque, et le fumeur dépendant se sent mal : il souffre de maux

de tête, de palpitation, de tremblement, d'insomnie, etc. Il n'existe pas de seuil particulier de tabagisme qui détermine un certain niveau de dépendance physique, mais les gros fumeurs sont globalement plus dépendants.

6.4 La dépendance environnementale ou comportementale

Elle dépend de la pression sociale et conviviale. Le tabac est en effet associé à des circonstances, à des personnes et à des lieux qui suscitent l'envie de fumer. Quand on envisage d'arrêter de fumer, il est donc important de réfléchir à ce que l'on pourrait faire dans ces circonstances pour pallier l'envie de fumer ou éviter ces situations, au moins au début. Cette préparation est essentielle pour apprendre à vivre dans son environnement habituel sans avoir recours au tabac. [40]

7. Sevrage tabagique

7.1 Définition

Cesser de fumer n'est pas une utopie, même si c'est parfois un challenge difficile à révéler. Beaucoup de personnes y parviennent, c'est d'abord et avant tout une question de volonté, renforcée par de l'information et de la détermination, et soutenue médicalement, psychologiquement et familialement. et puis il n'est jamais trop tard, quels que soient le nombre d'années qu'a duré le tabagisme, et le nombre de cigarettes grillées par jour. [41]



Figure 31: élimination de la cigarette

7.2 L'objectif du sevrage tabagique

L'objectif principal du traitement est l'abstinence totale à long terme. Chez les sujets très fortement dépendants incapables d'un sevrage complet, le but serait une abstinence partielle. Le but étant la réduction des risques, la simple diminution du nombre de cigarettes fumées pourrait constituer un objectif satisfaisant chez les sujets très fortement dépendants incapables d'un sevrage complet ce qu'on appelle l'abstinence partielle. [42]

7.3 Les effets du sevrage tabagique

- **Sur le corps :**

Le renoncement au tabac entraîne rapidement des effets bénéfiques, assimilables à un soulagement :

- A la 8eme heure, l'oxygène remonte à un taux normal dans le sang ; le risque d'infarctus Commence à baisser.

- A la 24eme heure : le monoxyde de carbone est éliminé.

- A la 48eme heure : la nicotine est éliminée.

- Au 7eme jour : le gout et l'odorat s'améliorent.

- Entre le 3eme et le 9eme mois : la respiration redevient normale, la toux diminue, et les fonctions pulmonaires récupèrent 5 à 10 % de ce qu'elles avaient perdu.

- Après la 15^e année, le risque de développer une maladie cardio-vasculaire s'abaisse au niveau standard, celui qu'ont des personnes qui n'ont jamais fumé. [41]

- **La prise de poids :**

Lors du sevrage tabagique, une prise de poids de 3 à 5 Kg survient fréquemment. Elle est due à plusieurs facteurs intriqués. Le tabagisme détourne une partie du métabolisme, un phénomène qui disparaît lorsqu'on cesse de fumer ; on retrouve alors le poids théorique que l'on devrait avoir par rapport à sa taille et à son alimentation. La nicotine diminue l'appétit. Quand on cesse de fumer, un appétit réapparaît, et on peut prendre du poids. [41]

- **Sur l'esprit :**

Le renoncement au tabac s'accompagne de divers signes, plus au moins marqués et plus au moins associés d'un fumeur à l'autre :

Il peut apparaître une envie pressante, voir obsessionnelle, de fumer. Pour la combattre, il faut faire diversion, s'occuper ; on peut faire passer l'envie de fumer par la pratique du sport, de tâches ménagères, ou de toute activité physique ou intellectuelle. L'irritabilité ; il faut la gérer afin de ne pas heurter inutilement son entourage. Les maux de tête peuvent être diminués en diminuant les prises du café ou d'alcool. [41]

7.4 Les moyens de sevrage tabagique :

7.4.1 Le traitement nicotinique de substitution (TNS)

C'est le traitement pharmacologique le mieux évalué, Il est recommandé dans l'aide à l'arrêt du tabac chez les patients dépendants. Il est conseillé d'ajuster les doses de substituts nicotiques selon le score de Fagerström et les symptômes de surdosage (bouche pâteuse, diarrhée, palpitations, insomnie) ou de sous-dosage (apparition d'un syndrome de sevrage marqué). [42]

7.4.1.1. La gomme à mâcher

Elle existe aujourd'hui en deux dosages : 2 et 4 mg. La dose de nicotine libérée est en moyenne soit de 1 mg pour les gommes de 2 mg (50%) soit de moins de 2 mg pour les gommes de 4 mg (50%). Il existe des gommes de saveurs différentes (menthol, orange, fruits...). La nicotine est absorbée par la muqueuse buccale. L'efficacité de la nicotine libérée par la gomme est optimale lors de la mastication lente de la gomme et non lors de la déglutition. Les taux plasmatiques de nicotine obtenus sont moindres que ceux obtenus par la prise de cigarette. [43]



Figure 32: gomme à mâcher nicorette

7.4.1.2. Le système transdermique (Timbre ou patch)

Sa facilité d'utilisation le rend toléré par rapport aux gommes. Il existe des systèmes pouvant être portés durant 24 heures qui délivrent au maximum une dose de 21 mg de nicotine par jour et des systèmes pouvant être portés 16 heures qui délivrent au maximum une dose de 15 mg de nicotine par jour. [43]



Figure 33: patch au sevrage tabagique

7.4.1.3. Les pastilles sublinguales à sucer

Contrairement aux gommes, les pastilles n'ont pas de matrice retenant une partie de la nicotine. Une pastille de 2mg libère approximativement 2 mg de nicotine, celle de 4 mg libère approximativement 4mg de nicotine. Elles ont été conçues pour répondre à la demande de fumeurs pour lesquels l'usage du timbre et de la gomme ne convenait pas pour des raisons gestuelles. [42]

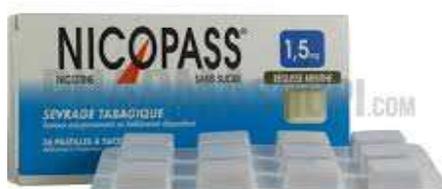


Figure 34: nicopasse pastille sublinguale

7.4.1.4. L'inhaleur

Il peut être utilisé seul ou en association avec d'autres substituts nicotiniques. Son usage est bien toléré, bien que l'on observe parfois une irritation buccale locale, une toux ou une rhinite. Ces effets indésirables sont d'intensité faible en général et disparaissent en quelques jours. L'effet principal de ce substitut réside, semble dans une aide comportementale aux personnes pour lesquelles la gestuelle est très importante. [43]



Figure 35: nicorette inhaleur de 10 mg

7.4.1.5. Le spray

Il permet de délivrer la nicotine par la narine. Son utilisation est limitée par un risque de dépendance non négligeable. D'ailleurs, les fumeurs les plus dépendants préfèrent le spray et l'inhaleur, sans doute en raison de leur pharmacocinétique plus proche de celle de la cigarette. [42]



Figure 36: spray buccal

7.4.1.6. Bupropion - Amfebutamone – Zyban

Il s'agit d'un médicament utilisé dans certains pays comme antidépresseur. Il agit en inhibant la recapture de la dopamine et de la noradrénaline au niveau synaptique dans le système nerveux central. La durée habituelle de traitement par le Bupropion LP est de 8 semaines (7 à 9 semaines) Le bupropion LP a été démontré efficace chez :

- Des fumeurs chroniques âgés de plus de 18 ans, en bon état de santé général, indemnes de pathologies cardiaques, rénales, endocriniennes, cutanées, neurologiques.
- Des fumeurs atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) débutante ou modérée : motivés à l'arrêt du tabac et consommant au moins 15 cigarettes/j l'année précédente et ne s'étant pas arrêté de fumer plus de 3 mois l'année précédente



Figure 37:zyban 50 mg

7.4.1.7. Varenicline

La Varenicline est un médicament non nicotinique qui agit dans le sevrage tabagique par la liaison avec affinité et sélectivité élevée aux récepteurs nicotiques neuronaux à l'acétylcholine avec action agoniste partielle et antagoniste en présence de nicotine. Elle s'est montrée efficace pour aider les fumeurs à s'abstenir de fumer, en comparaison avec un placebo et à un autre médicament de référence (Bupropion).

- A 3 mois, l'efficacité est 2,5 fois supérieure au placebo et 1,5 fois supérieure au Bupropion.
 - A 1 an, elle est 2,2 fois supérieure au placebo et 1,6 fois supérieure au Bupropion.
- Posologie : 0,5mg par jour pendant 3 jours, puis 0,5mg deux fois par jour pendant 4 jours puis 1 mg deux fois par jour jusqu'à la fin du traitement qui dure de 12 semaine en moyenne. La Varenicline a des Effets secondaires principalement comme des nausées, vomissements et céphalées. [44]



Figure 38: La Varenicline (champix 1 mg)

7.4.2. Traitement symptomatique de l'arrêt du tabac :

7.4.2.1 Le Vitamine C

Pour pallier au manque d'acide ascorbique chez les fumeurs ; Il faut utiliser les comprimés à croquer ou à sucer (un comprimé le matin et un comprimé à midi, si besoin un troisième comprimé à 16h). IL faut éviter les prises vespérales afin d'éviter les insomnies

7.4.2.2 Le magnésium et le calcium

Pour leur effet détendant et aussi pour améliorer le transit intestinal en cas de constipation pouvant survenir au cours du sevrage. [44]

7.4.2.3 La Prise en charge psychologique (thérapies cognitivo-comportementales)

Cette prise en charge consiste à préparer le changement des habitudes du fumeur pour faciliter la prise en charge de la dépendance psychologique et comportementale et à chercher autour de soi des « alliés » qui pourraient apporter leur soutien en cas de besoins (conjoint, enfants, amis...).

Le fumeur doit commencer à fumer de façon « consciente » en se débarrassant des cigarettes « non indispensables », et lister toutes les habitudes où la cigarette est très présente : café, sorties..., il doit aussi faire ces comptes et réfléchir à comment dépenser les économies du tabac. Il faut instaurer un nouveau mode de vie, surtout en ce qui concerne les habitudes alimentaires qui doivent être modifiées de façon constructive afin d'éviter les excès de poids, sans oublier de faire du sport ou d'autres activités physiques. [44]

7.4.3. Méthodes de sevrage alternatives : [42-46]

Peu d'études ont abordé l'efficacité des méthodes alternatives. À ce jour, ces méthodes ne sont pas considérées comme des méthodes efficaces pour l'abandon du tabagisme.

- L'Acupuncture
- L'Auriculothérapie
- L'Hypnose
- LA Sophrologie
- LA Mésothérapie
- L'Homéopathie

7.4.4. La cigarette électronique

La cigarette électronique est un dispositif électronique de vapotage qui produit de la vapeur similaire à la fumée. La vapeur est le résultat du chauffage d'un liquide contenant des arômes artificiels, du propylène glycol ou de la glycérine ainsi que de la nicotine. Le taux de nicotine est variable ce qui permet de diminuer progressivement la consommation.



Figure 39: cigarette électronique

On lui reconnaît une certaine efficacité pour diminuer la consommation tabagique et les symptômes de sevrage.

Cependant, aucune cigarette électronique n'a, à ce jour, obtenu d'AMM en tant que médicament en raison de données scientifiques insuffisantes aucune étude toxicologique n'a été proposée.

L'ANSM s'oppose à son utilisation du fait notamment de la présence de nicotine, substance classée dangereuse par l'OMS provoquant des effets indésirables graves au niveau digestif, neurologique ou cardio-vasculaire. De plus, elle induirait ou maintiendrait une dépendance physique due à la nicotine, ainsi que son comportementale puisqu'elle imite totalement l'acte de fumer. Elle n'est également pas recommandée par l'Haute Autorité de Santé (HAS) à cause de son manque de preuves concernant son efficacité, ainsi que le peu de recul sur ses effets. Néanmoins, la toxicité étant dans tous les cas moins forte qu'une cigarette classique, la HAS estime qu'elle ne doit pas être découragée de façon temporaire chez un fumeur qui veut arrêter de fumer. [14]

*** Mise en œuvre du sevrage tabagique en stomatologie :**

1. Lors d'un examen bucco-dentaire de prévention

Questionner sur le tabagisme fait partie intégrante de l'examen bucco-dentaire de prévention. Énoncer l'intérêt chez les enfants non-fumeurs de rester non-fumeurs est un renforcement pour donner l'image saine d'une vie sans tabac. [45]

2. Lors d'un soin stomatologie ordinaire

Donner le conseil minimum est la règle chez tous les fumeurs, alors que des enquêtes récentes montrent que seul 28 % des praticiens américains le font. Il est recommandé que les spécialistes fassent plus et organisent une aide aux fumeurs, qu'ils peuvent réaliser eux-mêmes, ou les diriger vers d'autres professionnels de santé. [45]

3. Lors d'une intervention chirurgicale

Pour les spécialistes pratiquant des actes chirurgicaux de la bouche, extraction de dents de sagesse, implants ou interventions plus larges, l'organisation de l'arrêt du tabac est un impératif. Cet arrêt est au mieux obtenu 6 à 8 semaines avant l'intervention chirurgicale. Il justifie que chaque spécialiste s'organise pour dépister les fumeurs plus de 8 semaines avant l'intervention et organise une prise en charge des fumeurs pour l'arrêt ou à défaut pour la réduction du tabagisme sous substitution nicotinique partielle. [45]

Chapitre II

Enquête

1. Problématique

Le tabagisme constitue un problème mondial de santé publique, en raison de sa prévalence élevée et de ses conséquences sur la mortalité et la morbidité. En effet, selon l’OMS, la mortalité imputable au tabac dans le monde a été estimée à plus de 7 millions de décès en 2018 et devrait s’élever à près de 10 millions de décès en 2030 dont 80% du milliard de fumeurs dans le monde vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. [1]

Il devait être la cause la plus facilement évitable de maladie et de mort, car les dangers sont maintenant connus de la population y compris des fumeurs. Nous avons effectué cette étude portant sur le tabagisme chez les étudiants, car ils constituent une catégorie indépendante assez représentative des jeunes personnes dans la société de Médecine Dentaire de Blida, afin d’estimer la prévalence du tabac chez cette catégorie de population, évaluer leur connaissance sur les effets du tabac sur la santé et de connaître les facteurs de risque.

2. Matériels et méthodes

2.1 Objectifs

2.1.1 Objectif principal :

Estimer la prévalence de la consommation du tabac chez les étudiants de Médecine Dentaire de Blida 2018 – 2019.

2.1.2 Objectifs secondaires :

- Déterminer les habitudes, les attitudes et le comportement des étudiants face au tabac.
- Identifier les facteurs favorisant l’initiation à l’intoxication tabagique.
- Apprécier leur degré de connaissance sur la nocivité du tabagisme.
- Évaluer leur connaissance et attitude vis à vis au sevrage tabagique.

➤ Cadre d’étude

Il s’agit d’une étude descriptive transversale de prévalence de consommation du tabagisme chez les étudiants en médecine dentaire de Blida 2019, étalée sur une durée de quinze jours, par cinq étudiants internes en médecine dentaire.

➤ Population d’étude

L’étude englobait presque tous les étudiants en médecine dentaire de Blida 2019.

- Quel que soit l'année d'étude.
- Quel que soit le sexe.
- Quel que soit l'âge.

La participation à l'enquête est selon le consentement des étudiants.

➤ **Recueil des données**

Nous avons élaboré un auto- questionnaire anonyme, standardisé, écrit en français, destiné aux étudiants en médecine dentaire de Blida 2019.

➤ **Déroulement de l'enquête**

L'étude s'est déroulée par contact des étudiants lors des cours et des travaux dirigés au niveau de la faculté de médecine et lors de leurs stages pratiques au niveau de la clinique dentaire Zabana, selon une liste pré- établie, donnée par l'administration du département de médecine dentaire de Blida.

La méthode utilisée était la réunion des étudiants dans une salle, des explications sur l'objectif de l'enquête et sur le remplissage du questionnaire ont été donnés.

Des exemplaires de questionnaire ont été remis aux étudiants et recueillis immédiatement ou récupérés ultérieurement selon la disponibilité des étudiants.

➤ **Saisie et analyse des données**

Elles ont été réalisées à l'aide de 2 logiciels SPSS-V23 et Open EPI par l'équipe des internes.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques de la population étudiée

95% (1013) des étudiants en médecine dentaire de Blida ont participé à cette enquête

3.1.1 Répartition selon l'année d'études des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

Année de l'étude	Fréquence	Pourcentage
1ere année	97	13,4
2ème année	103	14,2
3eme année	130	18,0
4eme année	173	23,9
5ème année	128	17,7
6eme année	93	12,8
Total	724	100,0

Tableau 1 : Répartition selon l'année d'études des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

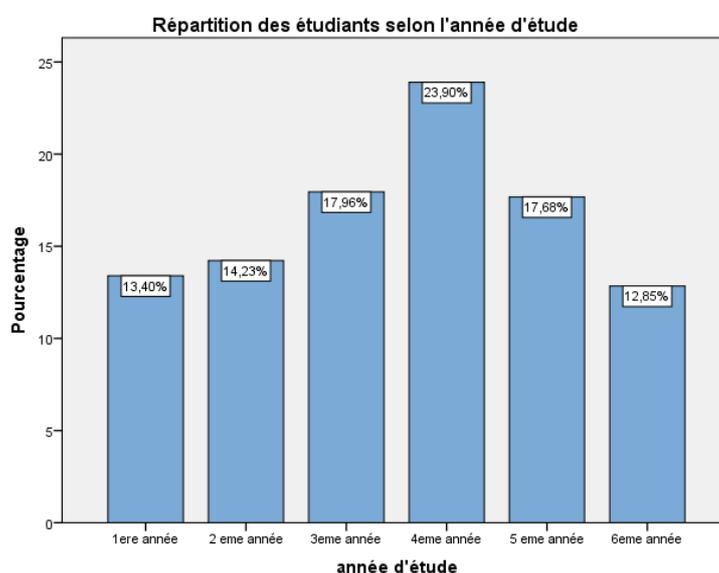


Figure 40 : Répartition selon l'année d'études des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

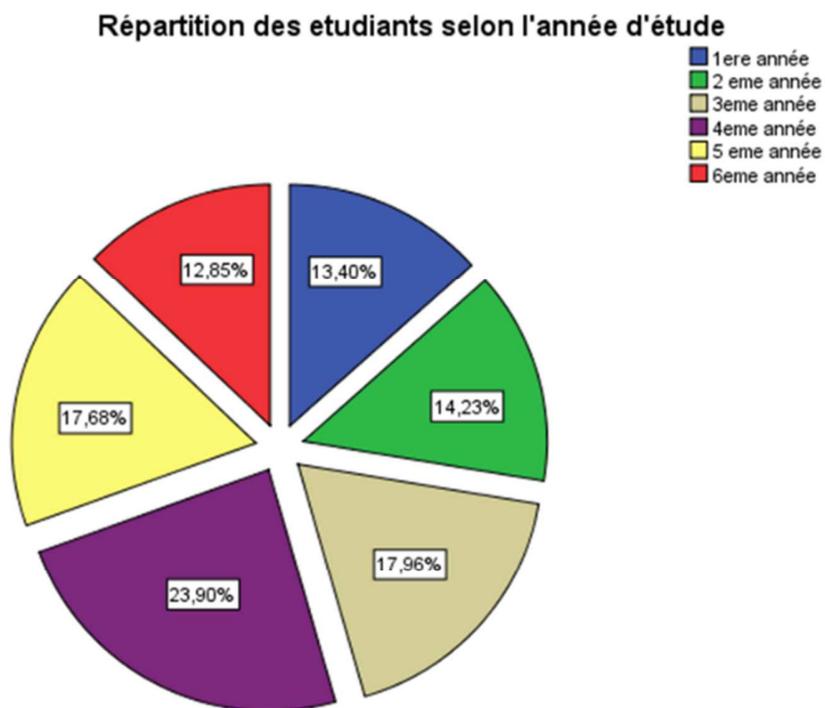


Figure 41 : Répartition selon l'année d'études des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

3.1.2 Répartition selon le sexe des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

Sexe de l'étudiant	Fréquence	Pourcentage
Masculin	188	26,0
Féminin	536	74,0
Total	724	100,0

Tableau 2 : Répartition selon le sexe des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

➤ Sex-ratio

Sex-ratio de la population d'étude était de 0.35 (pour 100 étudiants de sexe féminin, on a eu 35 étudiants de sexe masculin).

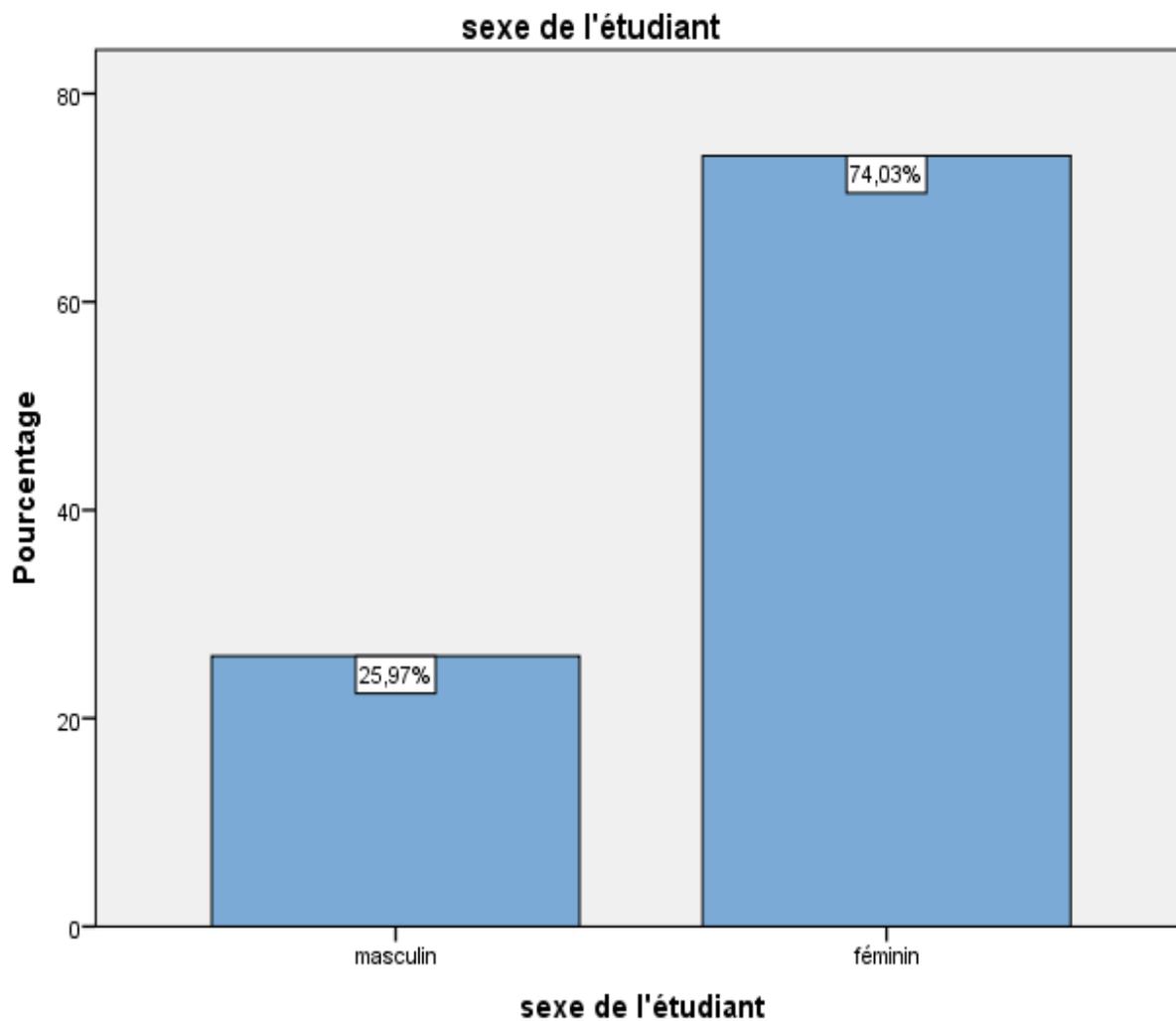


Figure 42 : Répartition selon le sexe des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

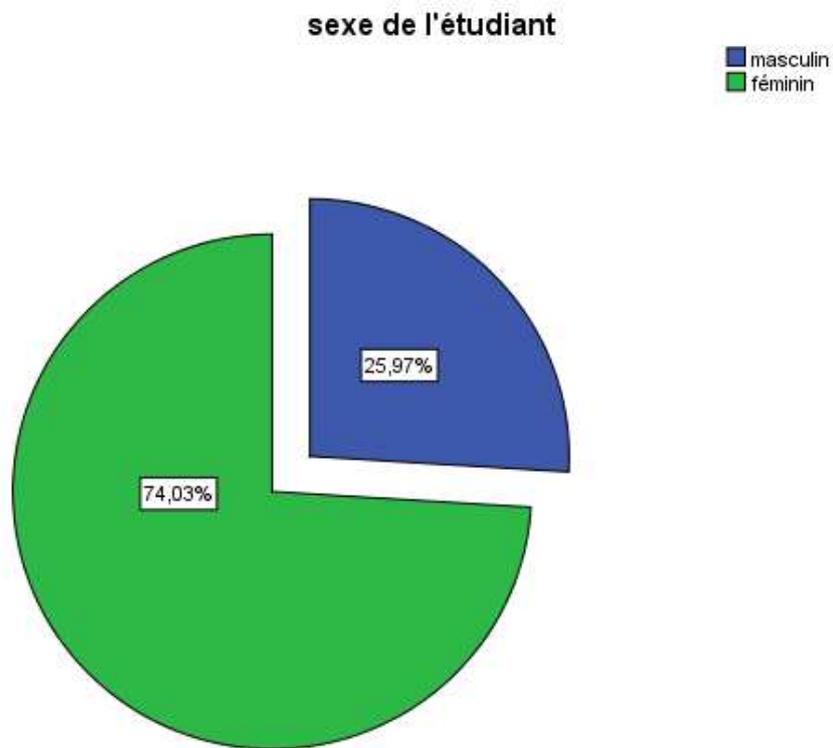


Figure 43: Répartition selon le sexe des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

3.1.3 Répartition selon l'âge des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

Age de l'étudiant (Années)	Fréquence	Pourcentage
17	12	1,7
18	75	10,4
19	63	8,7
20	107	14,8
21	94	13,0
22	94	13,0
23	135	18,6
24	112	15,5
25	17	2,3
26	7	1,0
27	3	0,4
28	1	0,1
29	1	0,1
30	1	0,1
31	1	0,1
32	1	0,1
Total	724	100,0

Tableau 3 : Répartition selon l'âge des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

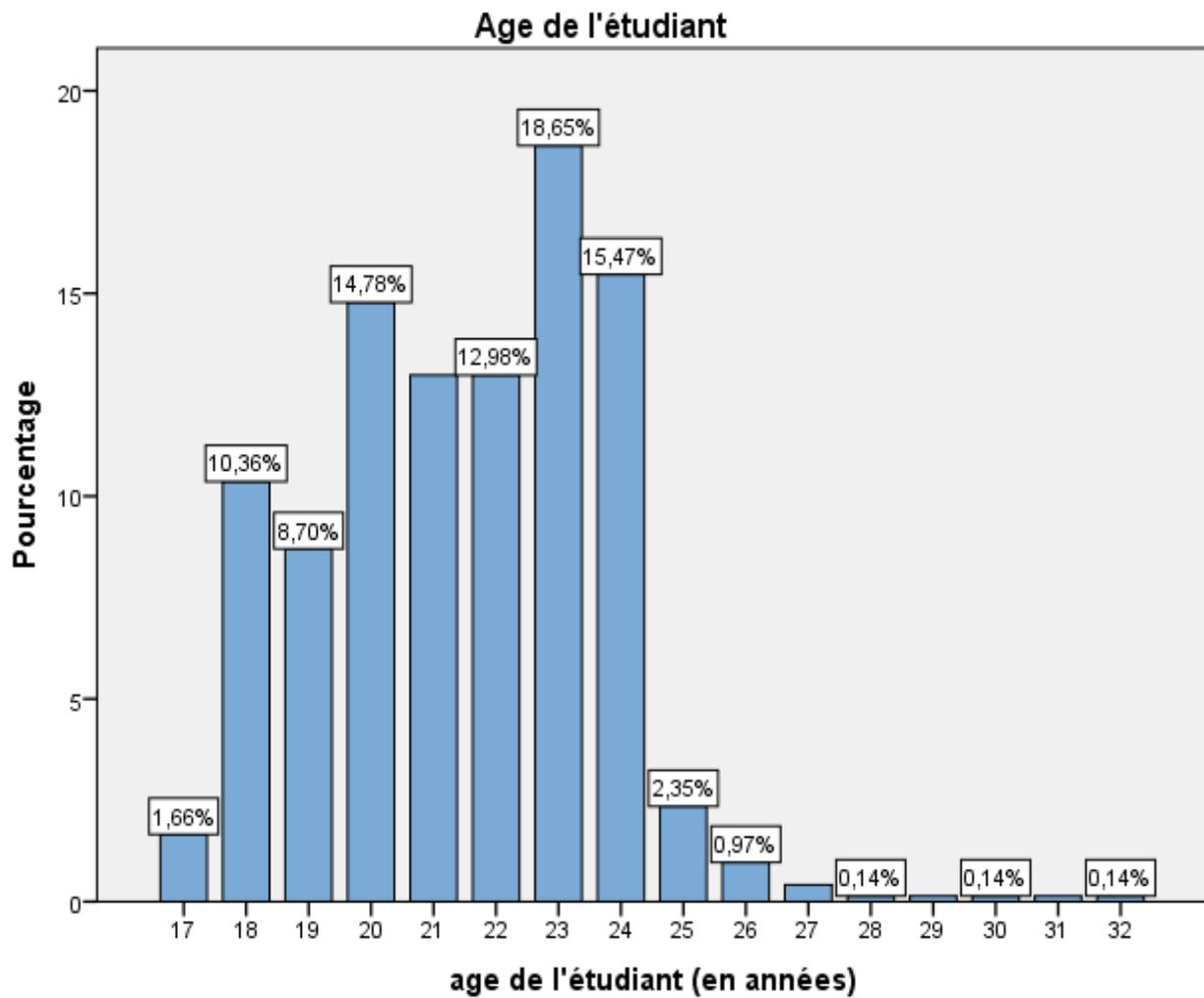


Figure 44 : Répartition selon l'âge des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

3.2 Consommation de tabac

3.2.1 Prévalence de consommation de tabac chez les étudiants en médecine dentaire Blida 2019

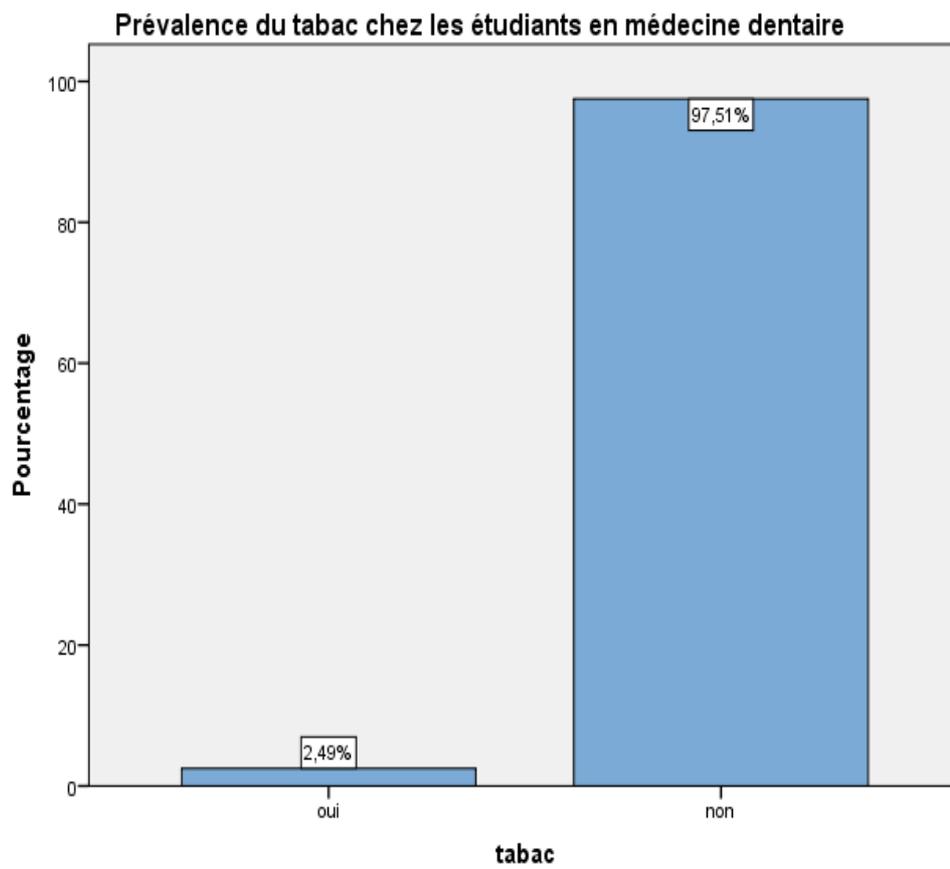


Figure 45 : Prévalence de consommation de tabac chez les étudiants en médecine dentaire Blida 2019

prévalence du tabac chez les étudiants en médecine dentaire

oui
non

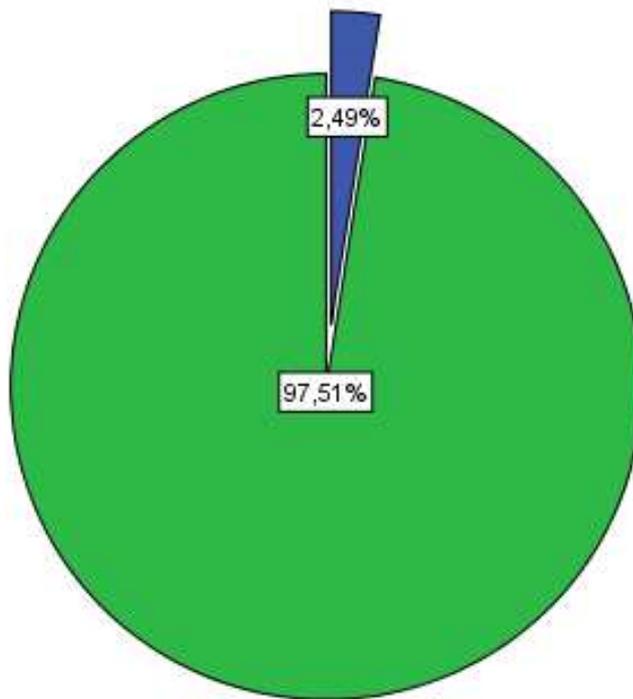


Figure 46 : Prévalence de consommation de tabac chez les étudiants en médecine dentaire Blida 2019

3.2.2 Répartition selon l'année d'étude des étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

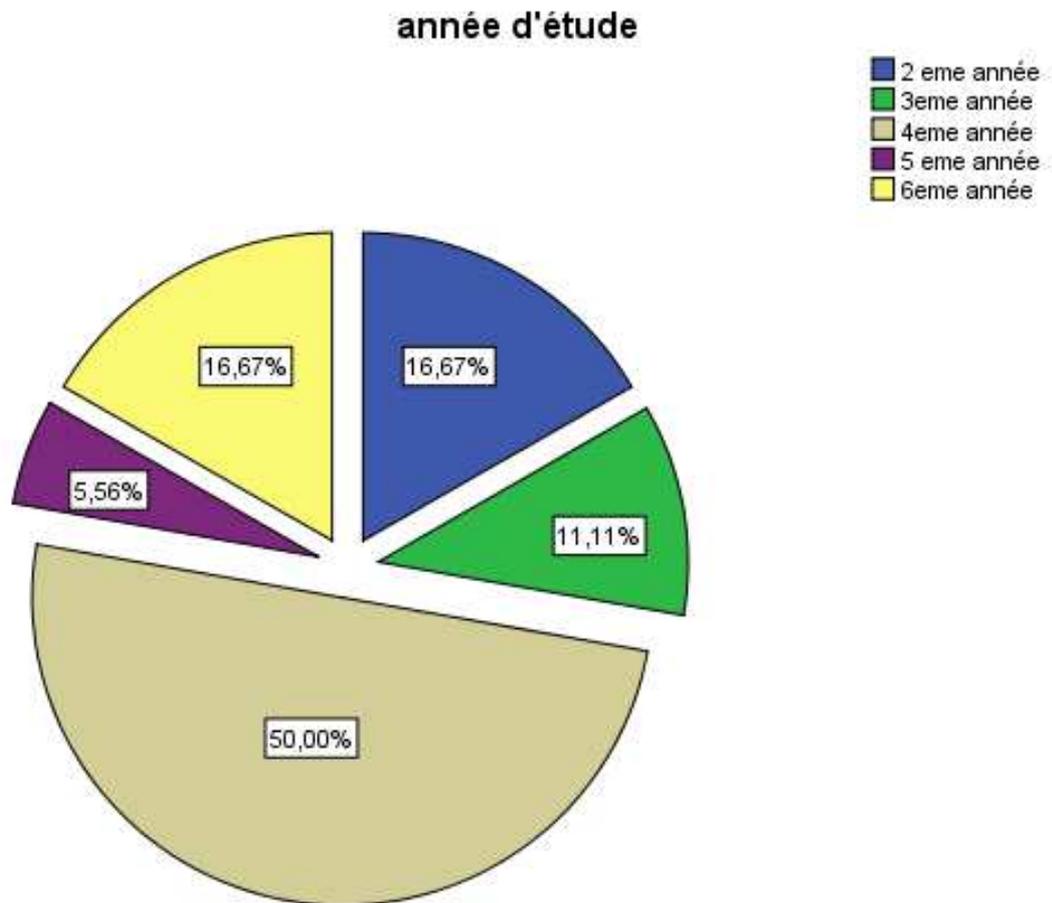


Figure 47: Répartition selon l'année d'étude des étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

3.2.3 Répartition selon le sexe des étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

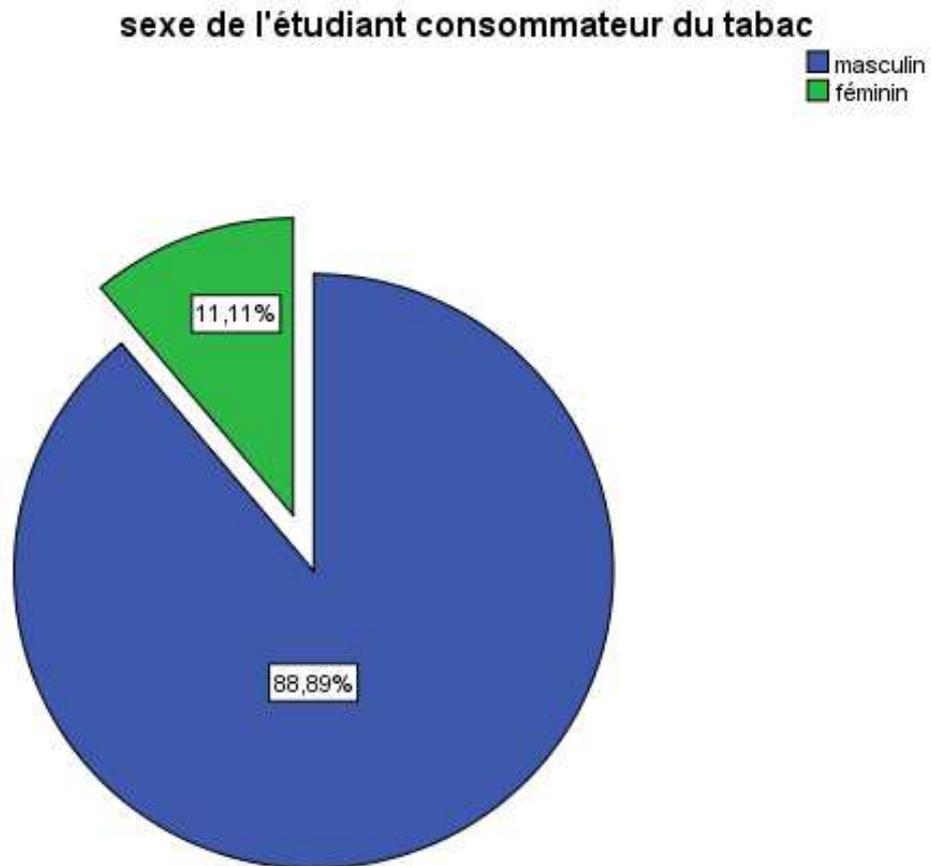


Figure 48: Répartition selon le sexe des étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

3.2.4 Répartition selon l'âge des étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

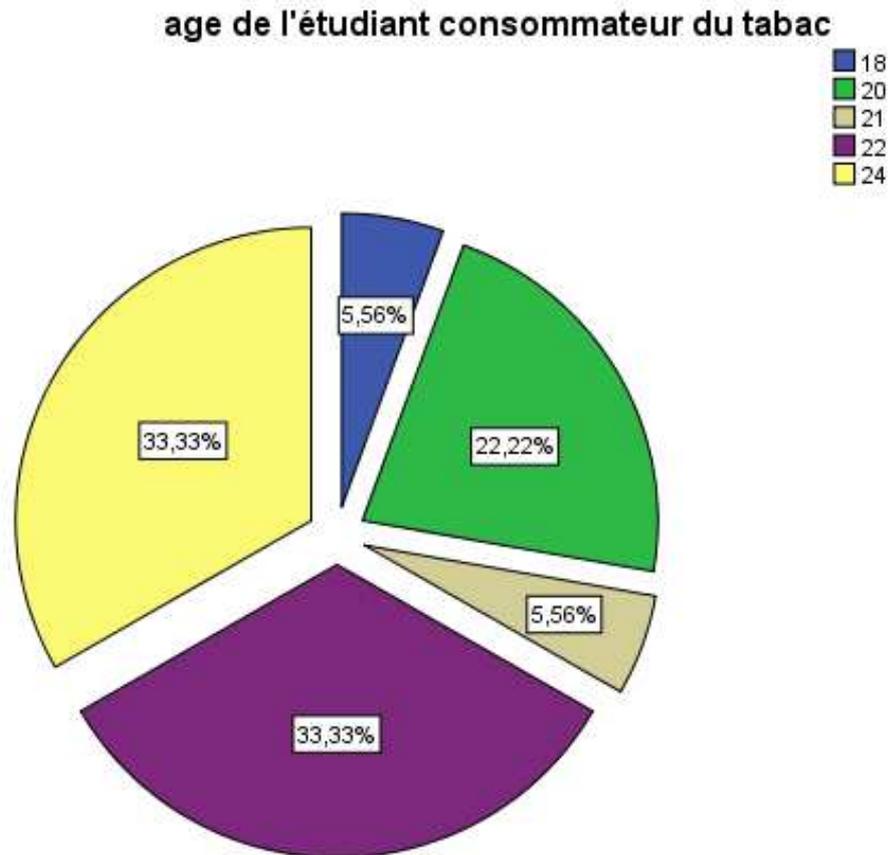


Figure 49: Répartition selon l'âge des étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

3.2.5 Répartition selon la durée (ans) de consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

durée du tabac en mois chez les étudiants consommateurs du tabac

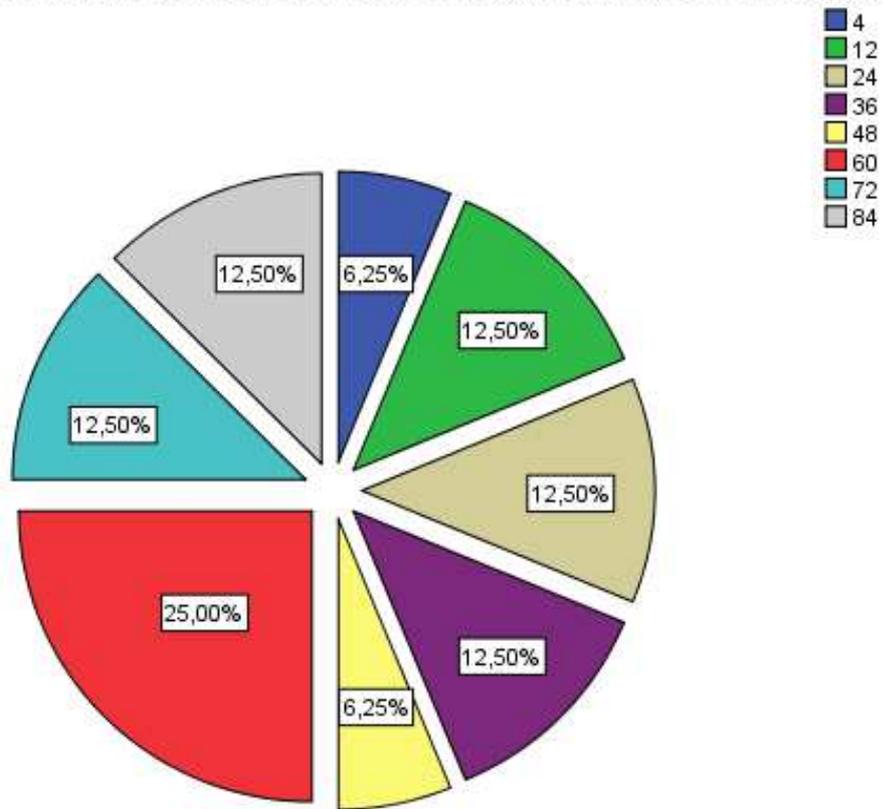


Figure 50: Répartition selon la durée (ans) de consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

3.2.6 Répartition selon l'âge de la première cigarette chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

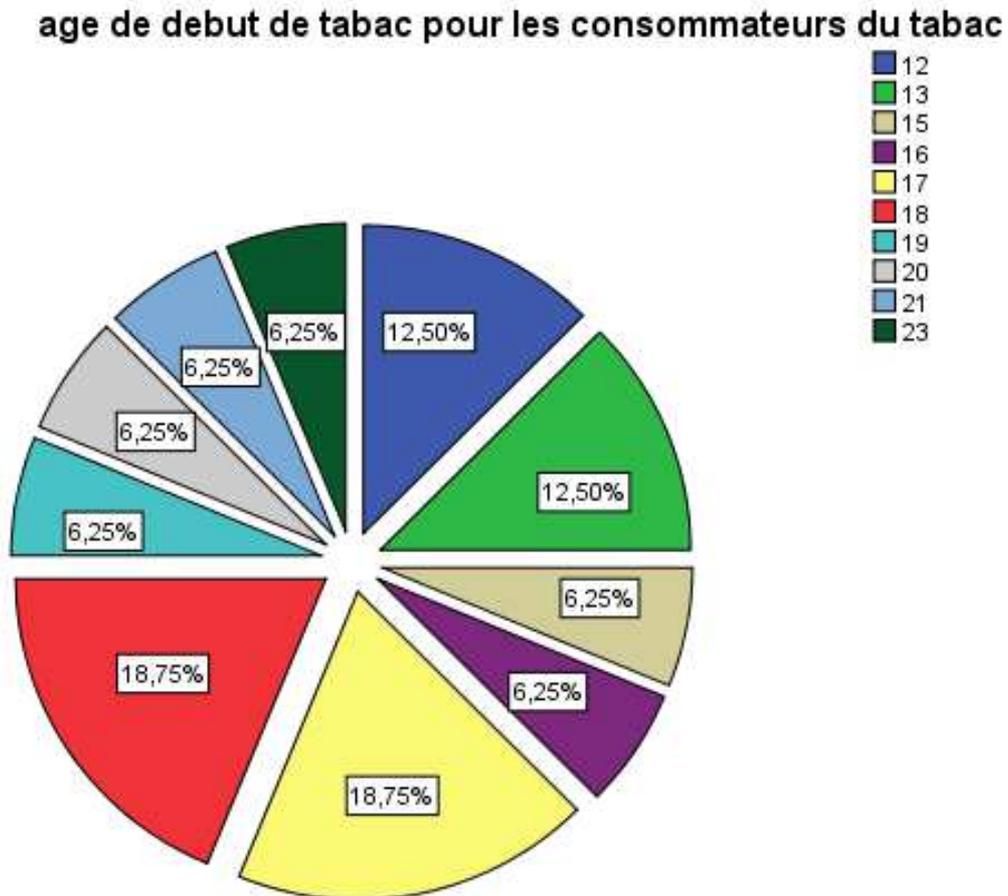


Figure 51: Répartition selon l'âge de la première cigarette chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019.

3.2.7 Répartition selon le type de tabac consommé chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

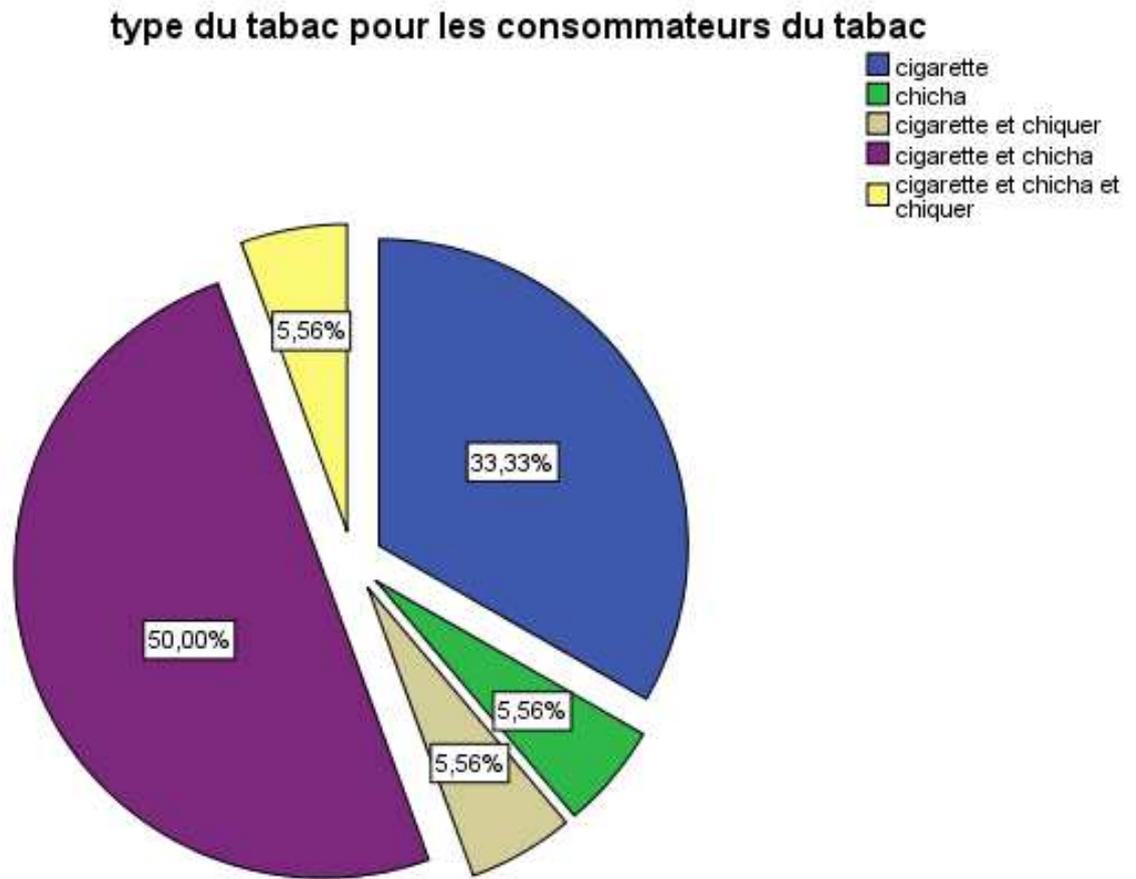


Figure 52: Répartition selon le type de tabac consommé chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

3.2.8 Répartition selon l'association de cannabis avec le tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

association du cannabis pour ceux qui consomment du tabac

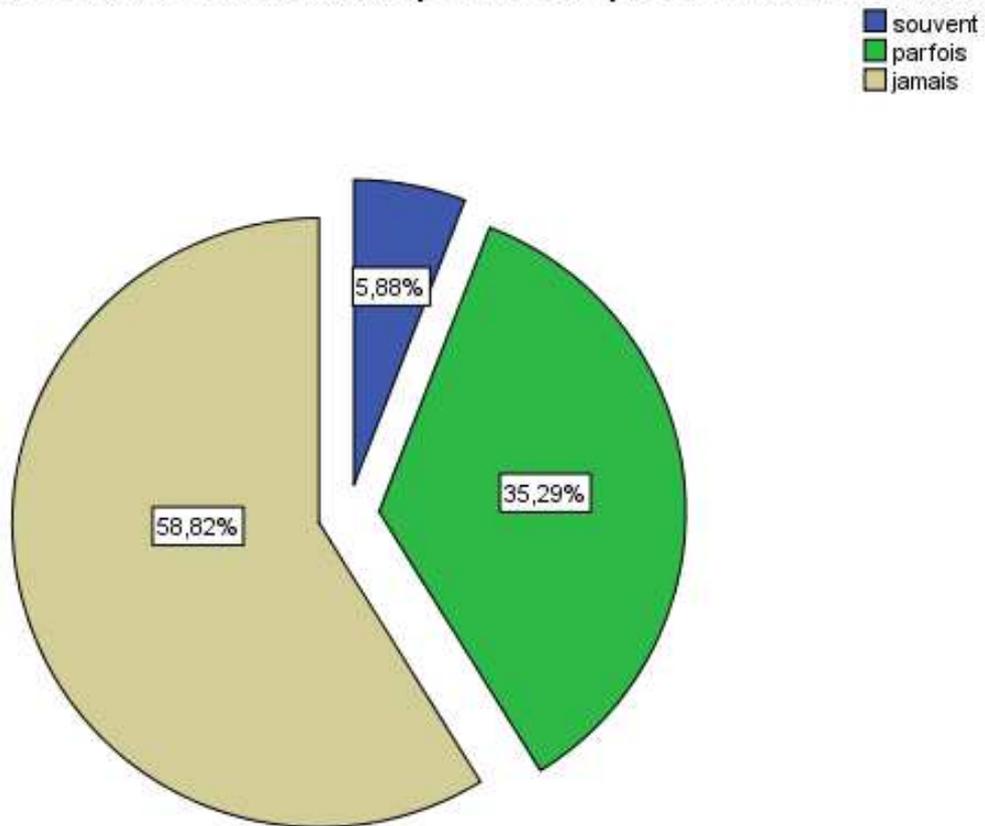


Figure 53: Répartition selon l'association de cannabis avec le tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019.

3.2.9 Répartition selon l'association de consommation des boissons avec le tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019.



Figure 54: Répartition selon l'association de consommation des boissons avec le tabac chez les étudiants consommateurs de tac en médecine dentaire Blida 2019.

3.2.10 Répartition selon l'association des substances qui craient une dépendance avec le tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019.

consommation des substances creant une dépendance chez les consommateurs du tabac

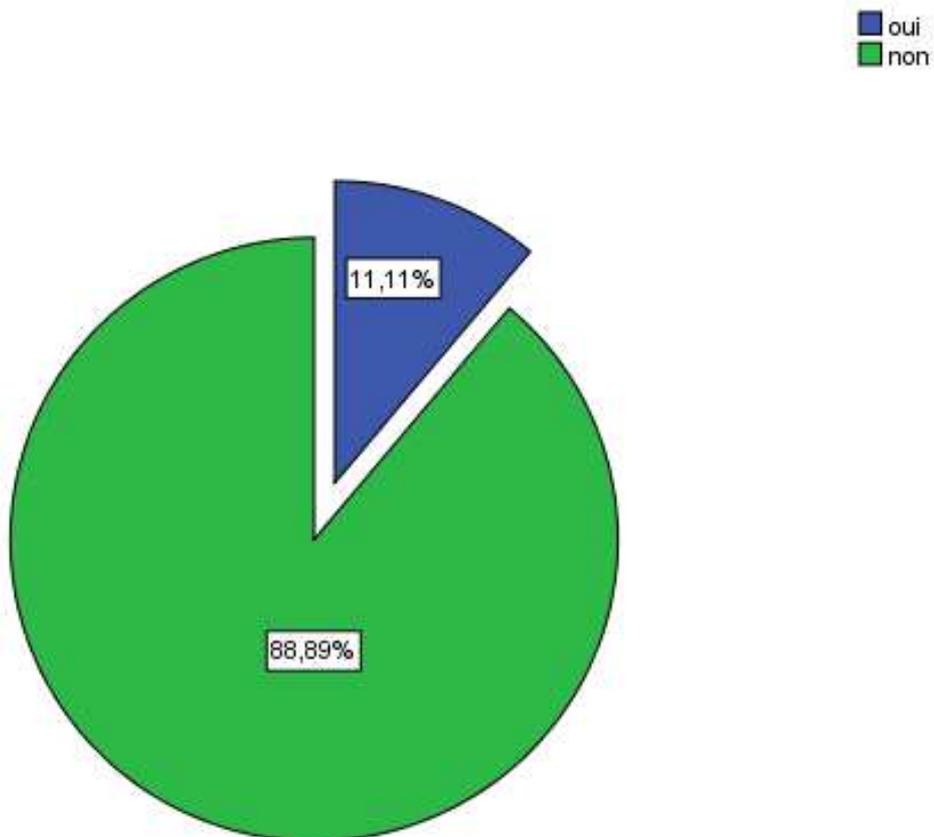


Figure 55: Répartition selon l'association des substances qui craient une dépendance avec le tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019.

3.2.11 Répartition selon le lieu de consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019.

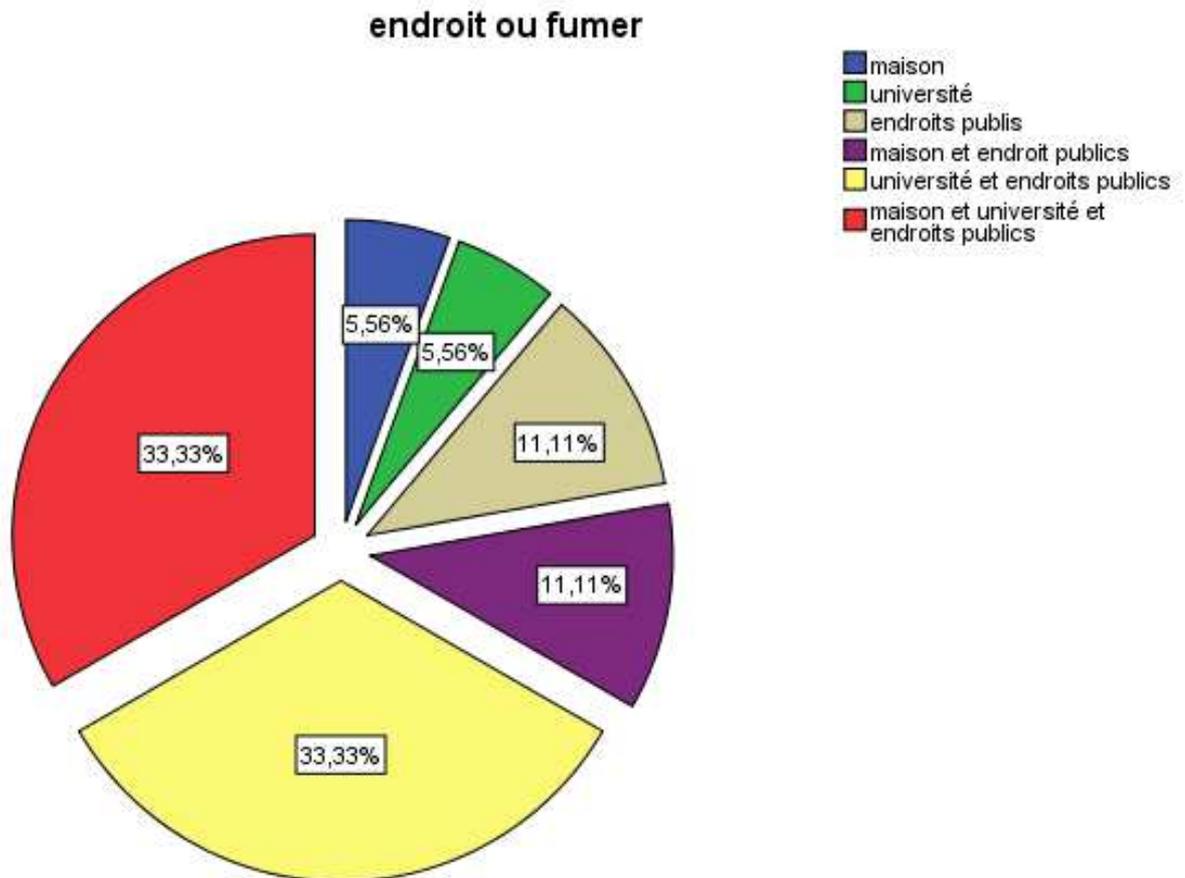


Figure 56: Répartition selon le lieu de consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019.

3.2.12 Répartition selon la marque de cigarette consommée chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

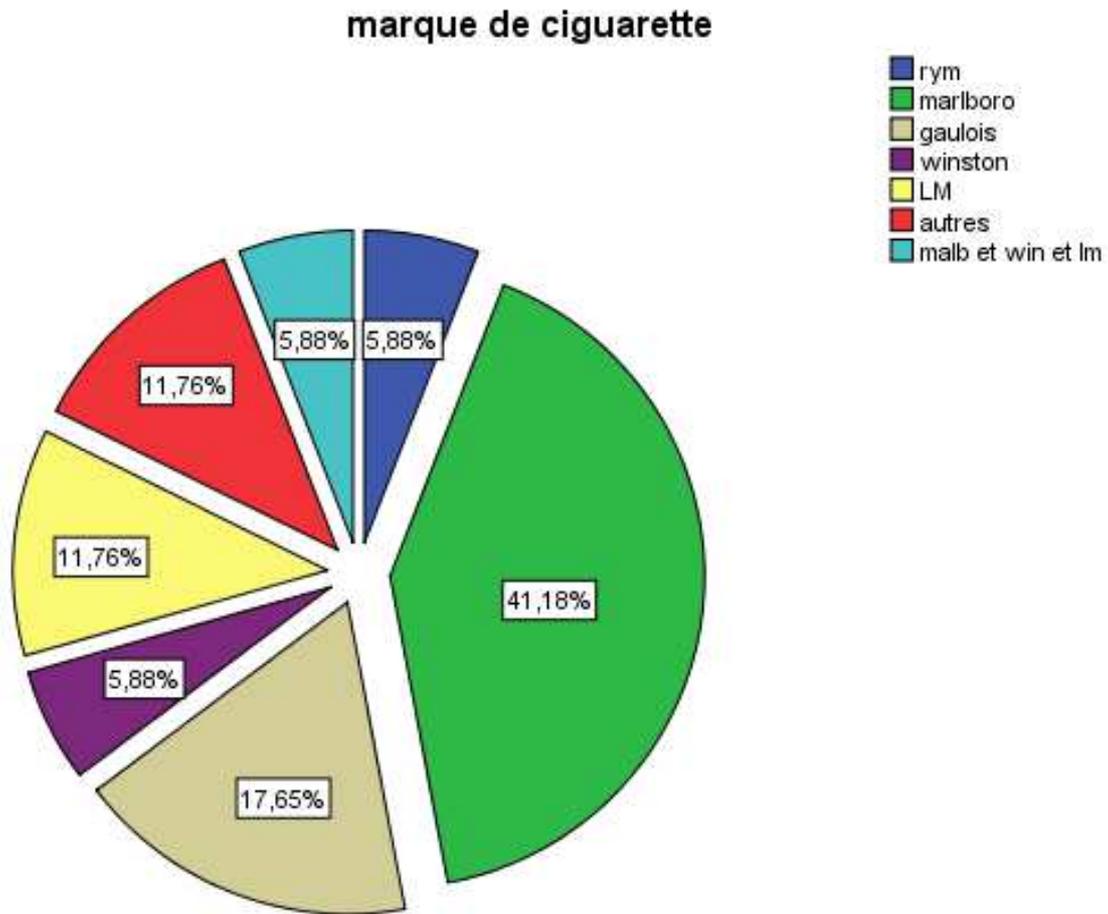


Figure 57: Répartition selon la marque de cigarette consommée chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019.

3.2.13 Répartition selon le budget (par mois) de consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

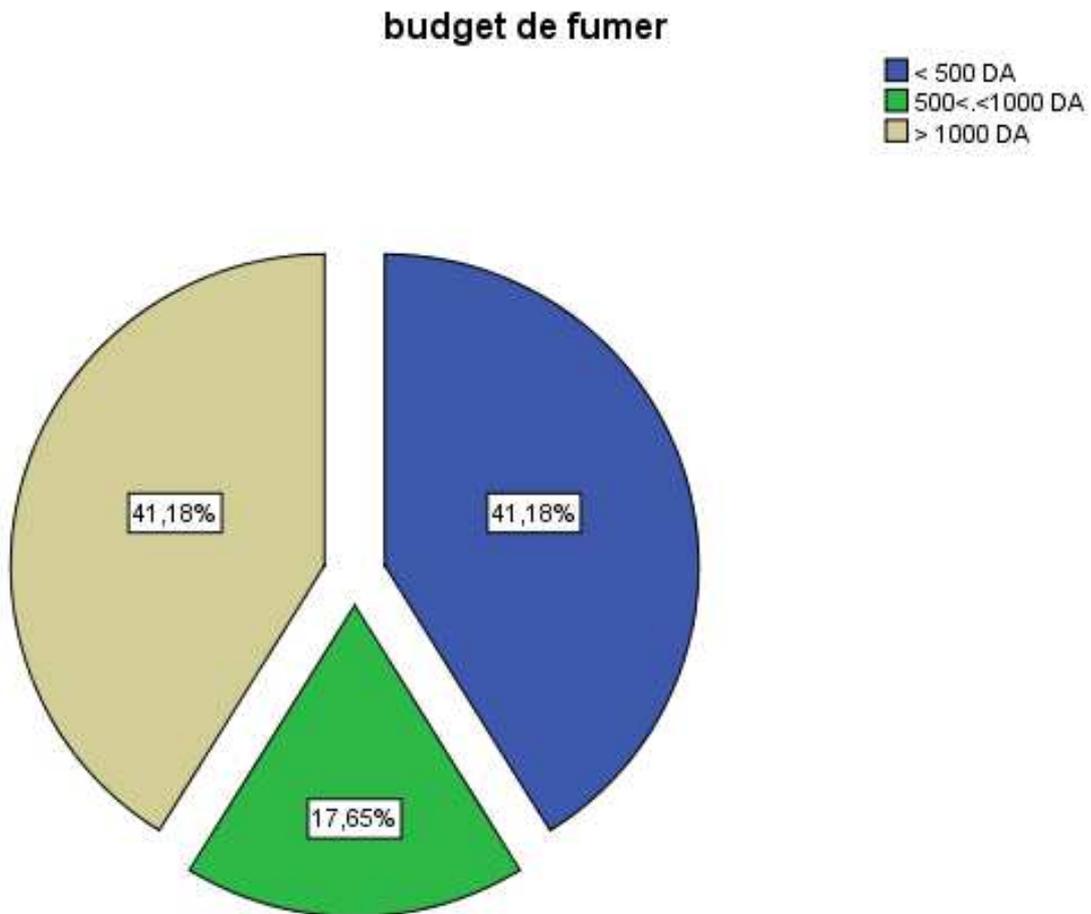


Figure 58 : Répartition selon le budget (par mois) de consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019.

3.3 Causes de la consommation de tabac

3.3.1 Répartition selon la cause de tabagisme chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

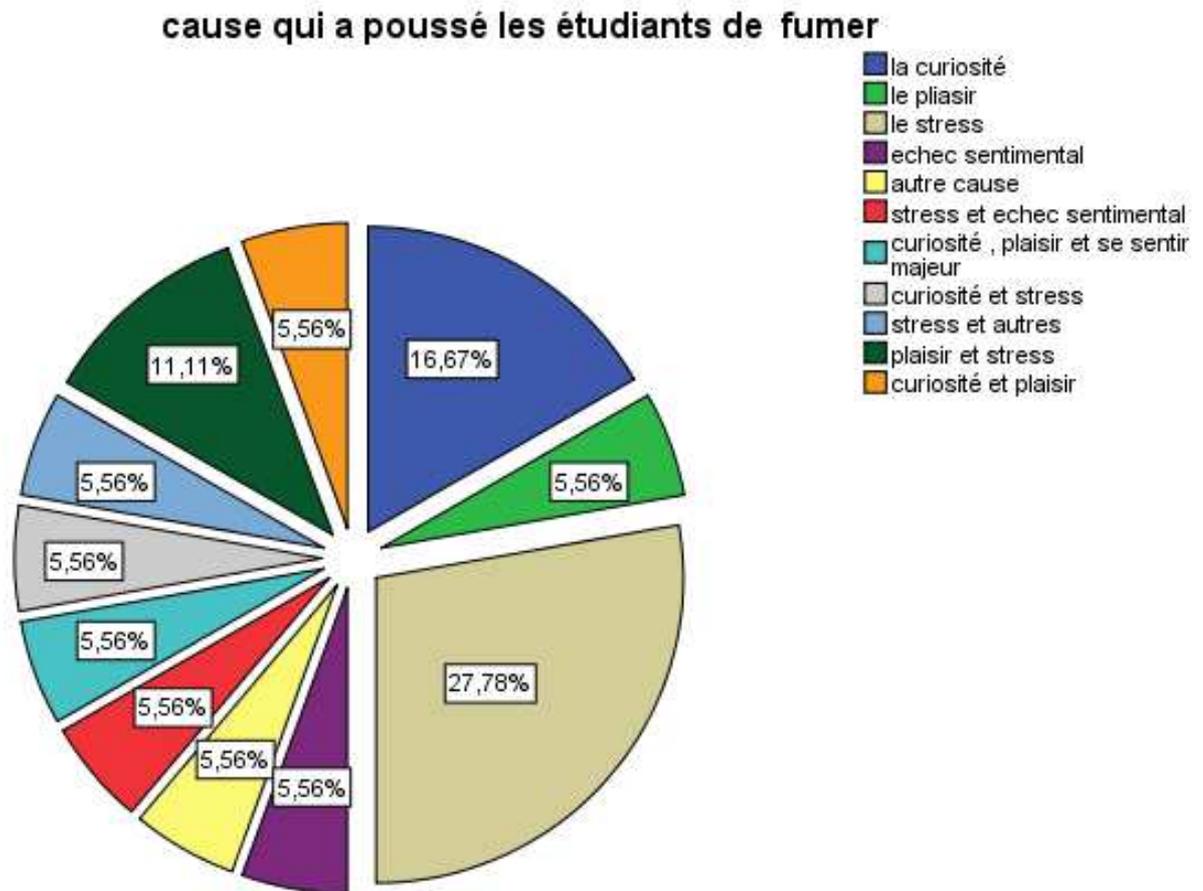


Figure 59 : Répartition selon la cause de tabagisme chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

3.4 Nocivité du tabac

3.4.1 Répartition selon la connaissance des effets nocifs du tabac chez les étudiants en médecine dentaire Blida 2019

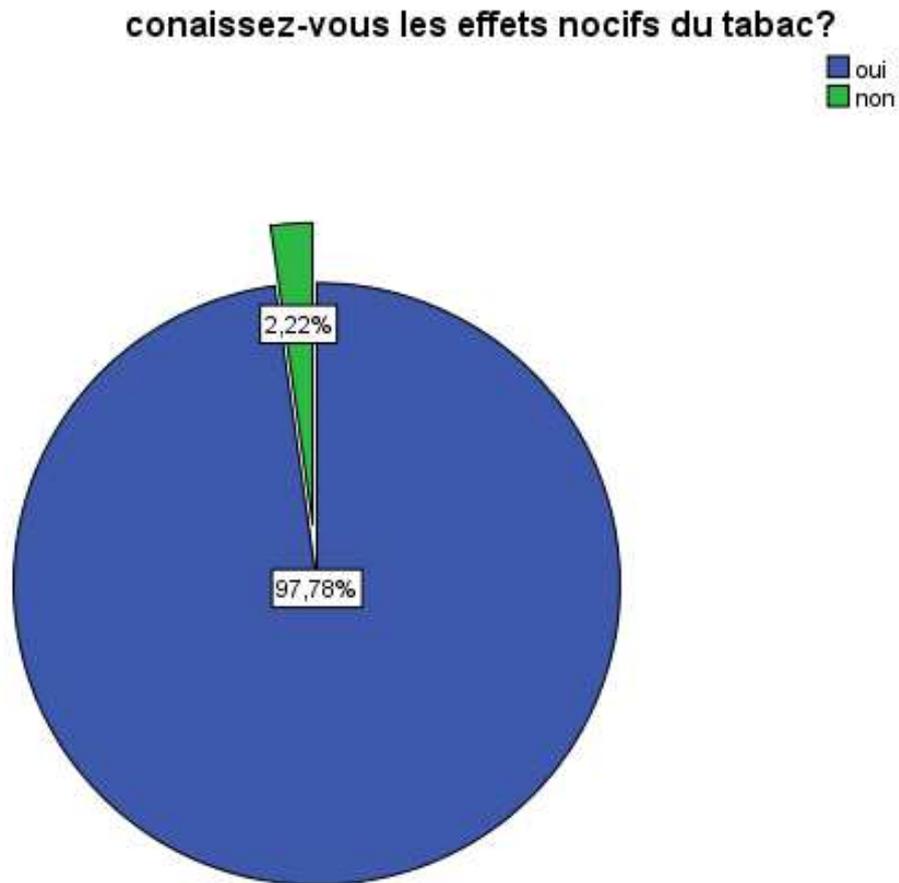


Figure 60: : Répartition selon la connaissance des effets nocifs du tabac chez les étudiants en médecine dentaire Blida 2019.

3.4.2 Répartition selon la connaissance des maladies liées au tabac chez les étudiants en médecine dentaire Blida 2019

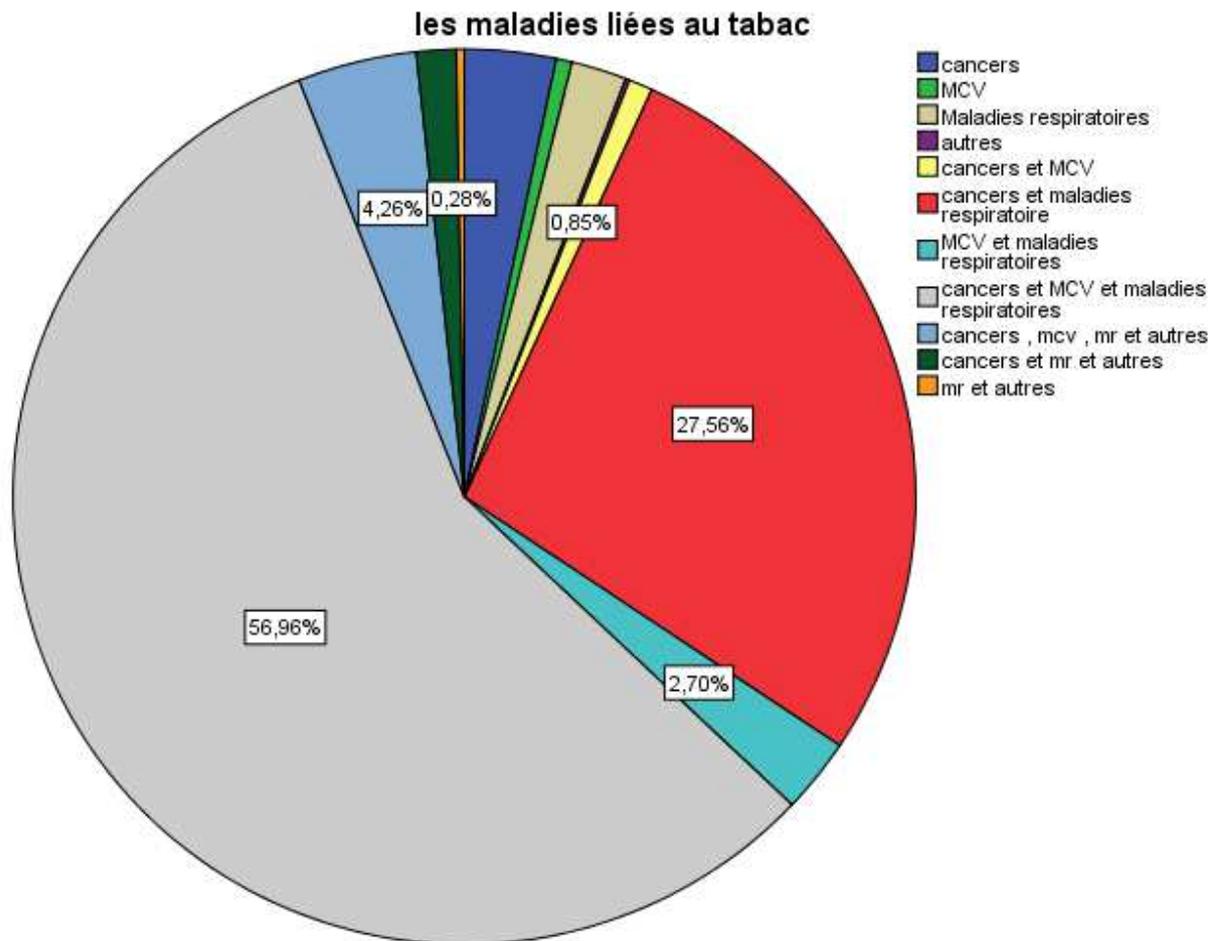


Figure 61 : Répartition selon la connaissance des maladies liées au tabac chez les étudiants en médecine dentaire Blida 2019

3.4.3 Répartition selon la connaissance de l'effet du tabagisme passif chez les étudiants en médecine dentaire Blida 2019

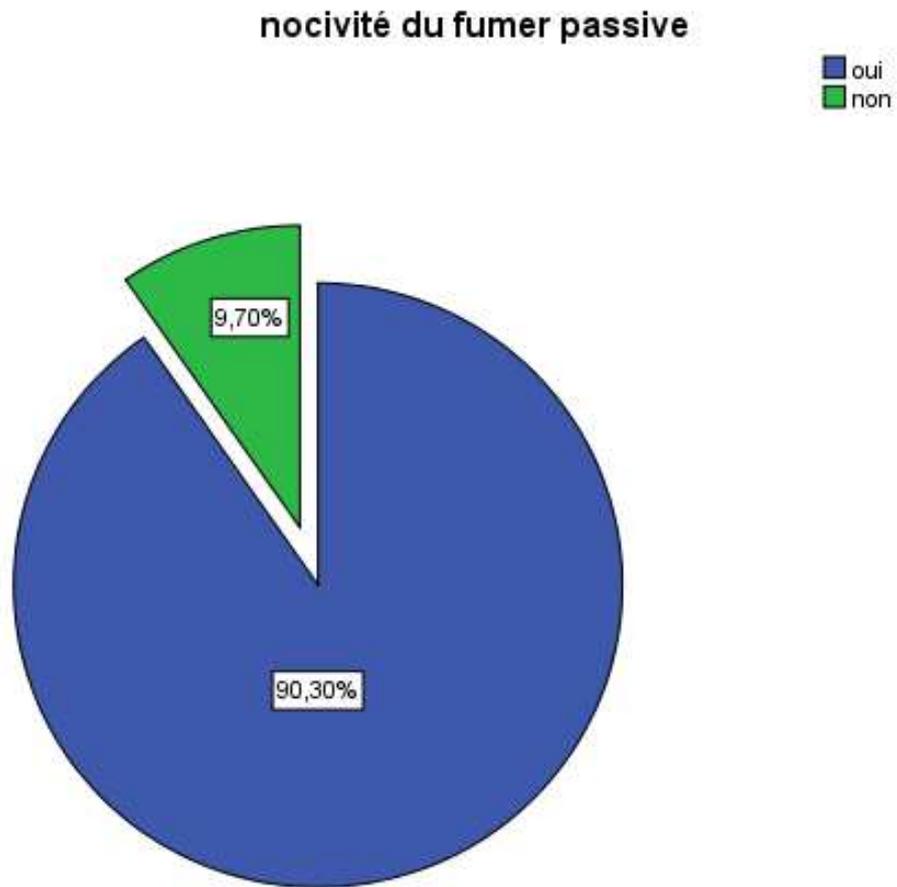


Figure 62: Répartition selon la connaissance de l'effet du tabagisme passif chez les étudiants en médecine dentaire Blida 2019.

3.5 Sevrage tabagique

3.5.1 Répartition selon le souhait d'arrêt de consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

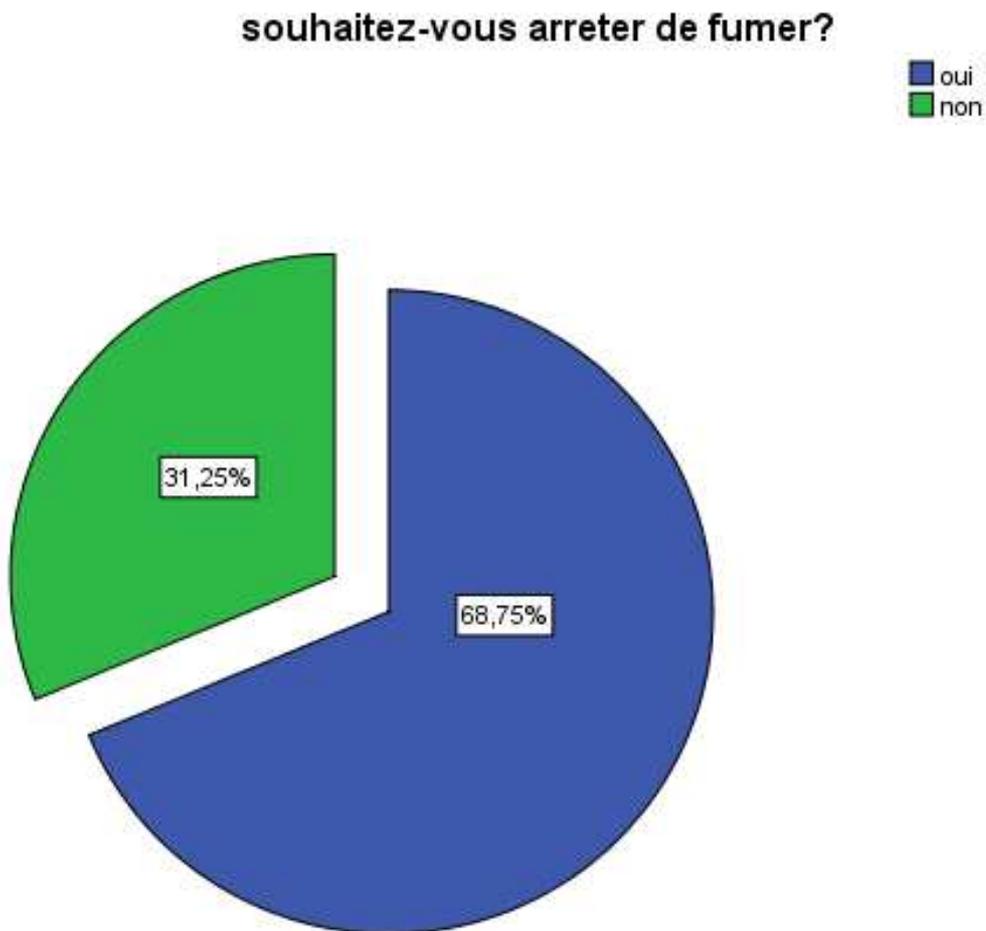


Figure 63 : Répartition selon le souhait d'arrêt de consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019.

3.5.2 Répartition selon les causes de souhait d'arrêt de consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019



Figure 64: Répartition selon les causes de souhait d'arrêt de consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019.

3.5.3 Répartition selon la tentative d'arrêt de consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019



Figure 65 : Répartition selon la tentative d'arrêt de consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019.

3.5.4 Répartition selon les résultats de tentative d'arrêt de consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019

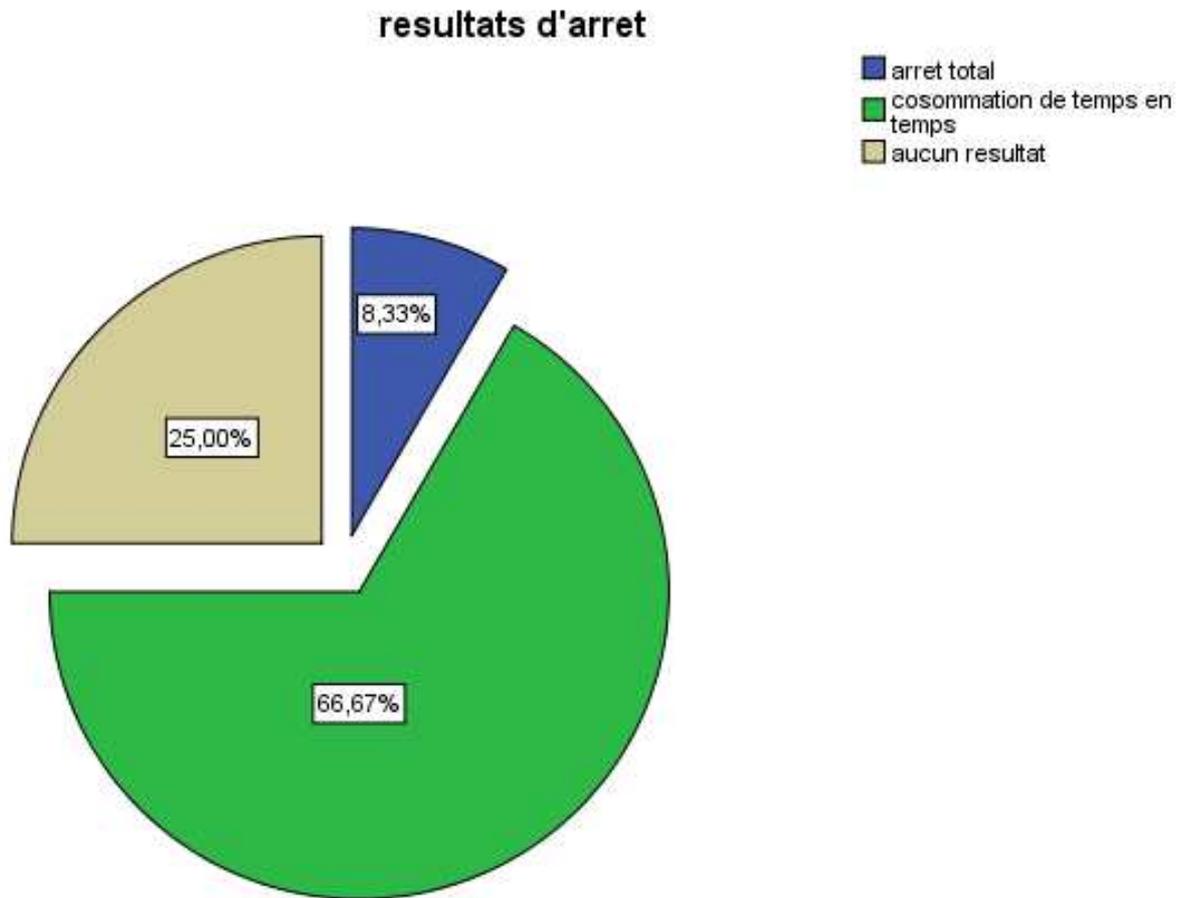


Figure 66 : Répartition selon les résultats de tentative d'arrêt de consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019.

3.5.5 Répartition selon les moyens utilisés pour arrêter la consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019.

quels sont les moyens que vous avez utilisé pour arreter de fumer?

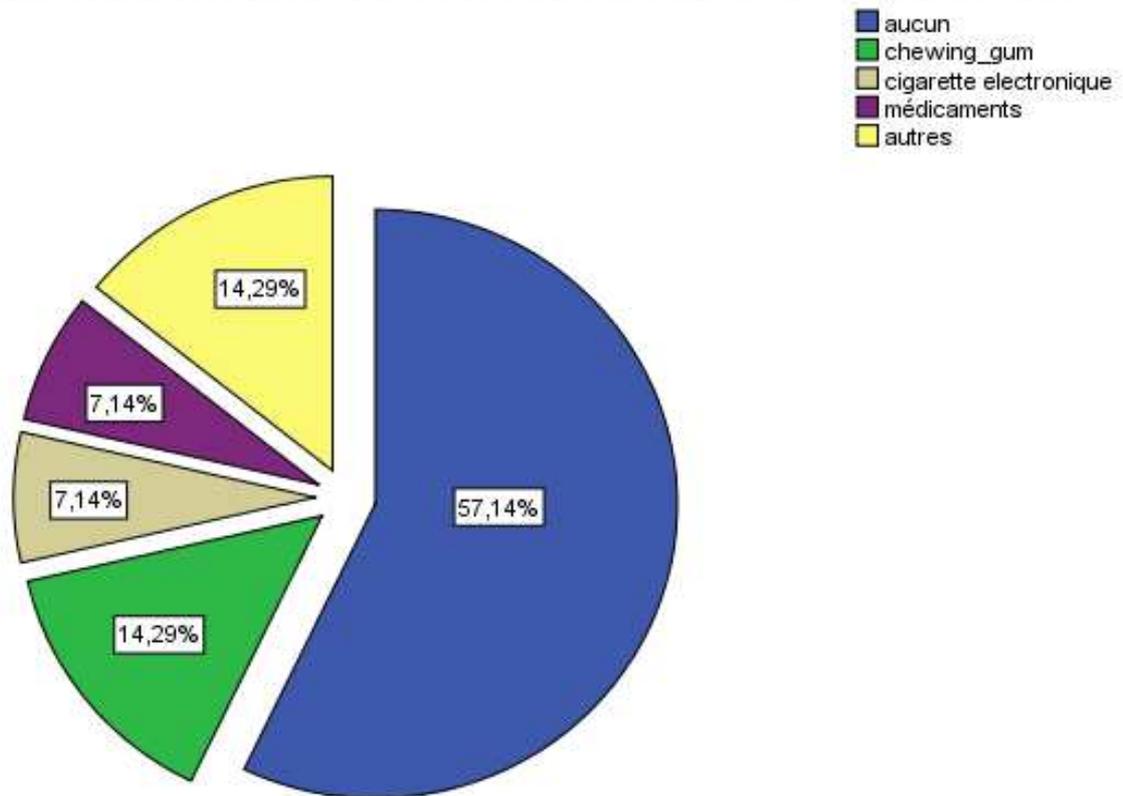


Figure 67 : Répartition selon les moyens utilisés pour arrêter la consommation de tabac chez les étudiants consommateurs de tabac en médecine dentaire Blida 2019.

3.6 Campagnes de prévention

3.6.1 Répartition selon la sensibilité aux campagnes de prévention par les médias des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

sensibilité vis à vis aux campagnes de prévention par les medias

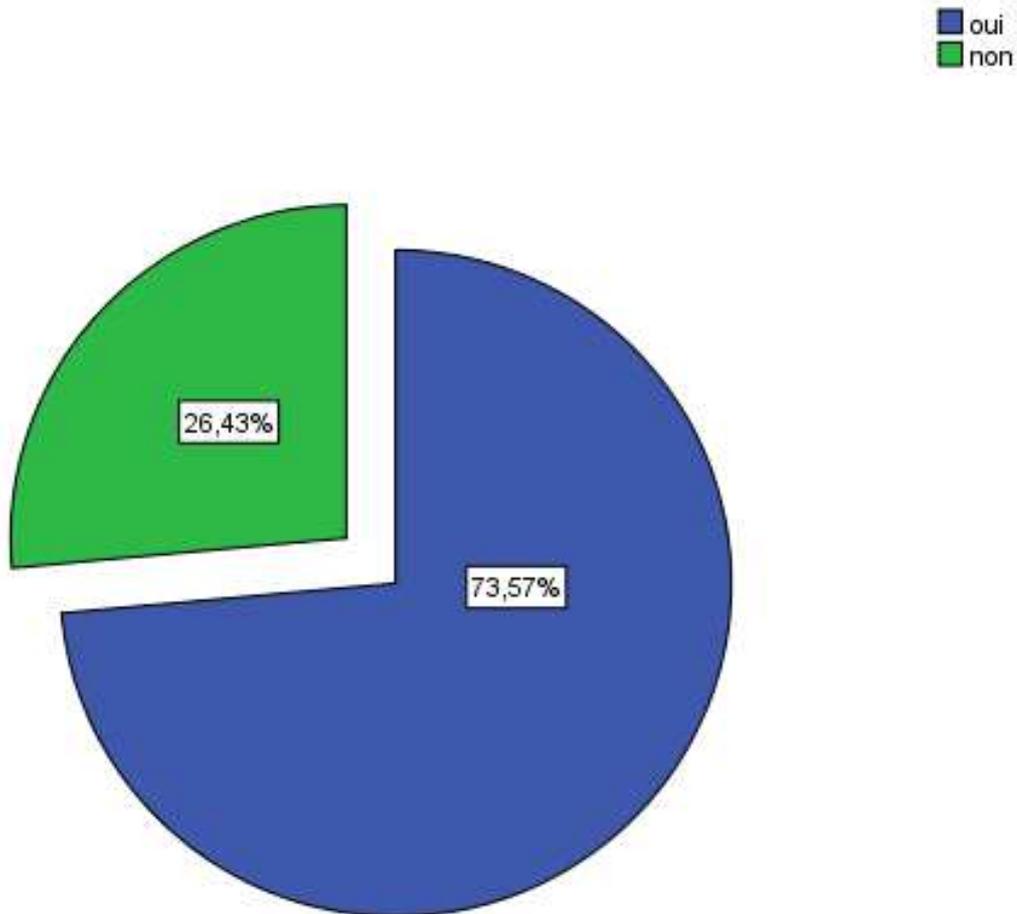


Figure 68 : Répartition selon la sensibilité aux campagnes de prévention par les médias des étudiants en médecine dentaire Blida 2019

3.6.2 Répartition selon l'impact de mise en garde sanitaire sur les paquets de cigarette chez les étudiants en médecine dentaire Blida 2019

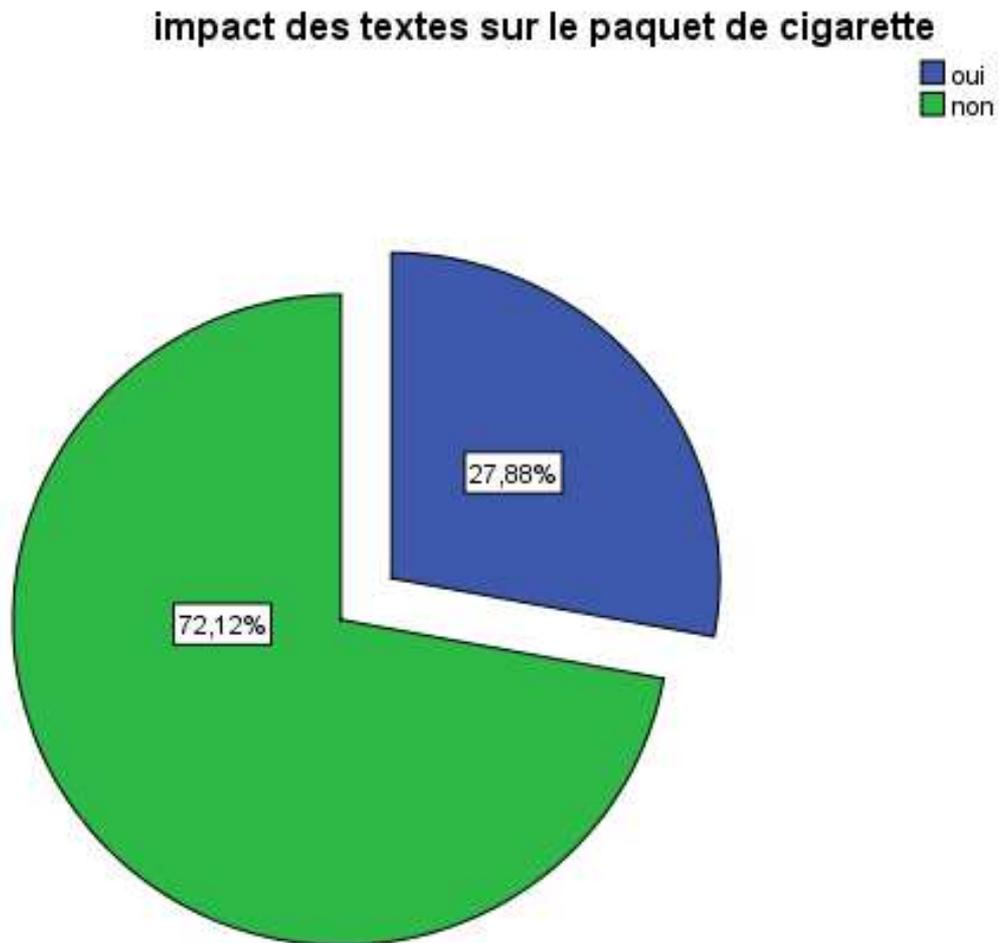


Figure 69 : Répartition selon l'impact de mise en garde sanitaire sur les paquets de cigarette chez les étudiants en médecine dentaire Blida 2019

4. Discussion

Notre enquête s'est basée sur un auto-questionnaire souvent utilisé dans ce type d'étude selon une approche validée par plusieurs auteurs.

Peu d'études épidémiologiques ont été réalisées sur le tabagisme chez les étudiants en médecine dentaire.

Le taux de participation à l'étude est de 95% avec (1013) étudiants avec un sexe ratio de 0.35 et une moyenne d'âge de 23 ans.

La prévalence de consommation de tabac dans notre étude est de 2,5% contre 7% pour l'étude qui a été réalisée par les internes en médecine dentaire de la faculté de médecine de Constantine [47] et 19% pour l'étude de Harrabi et al. en Tunisie. [48]

Presque 89 % de consommateurs de tabac sont de sexe masculin. Selon le sexe, toutes les études ont rapporté un taux de tabagisme largement supérieur chez les garçons. Cette nette différence est aussi retrouvée dans les pays musulmans.

50% de l'ensemble des consommateurs sont des étudiants en 4ème année, même chose en comparant avec l'étude de Constantine, par contre celle de Sousse, le taux augmente au fur et à mesure avec le niveau d'étude.

L'Age moyen de première cigarette est de 17 – 18 ans, il est de 16 ans en comparant avec les deux études précédentes.

Les étudiants semblent être suffisamment informés sur les risques liés au tabac (97%); mais ceci a peu d'effet sur leur comportement. Même si le taux de prévalence est diminué en comparant avec les autres études.

Conclusion

Le tabac est la première cause de mortalité évitable en Algérie et dans le monde entier. Ses méfaits sur l'ensemble du corps humain telles que les carcinomes pulmonaires, les maladies cardiaques ischémiques, les affections vasculaires périphériques..., et particulièrement sur la cavité buccale avec apparition des lésions qui peuvent être graves mettant en jeu le pronostic vital.

Pour cela le médecin dentiste est particulièrement concerné par ce problème. De plus, sa position privilégiée face à ses patients leur permet d'agir plus facilement que d'autres cliniciens.

Cette étude suggère l'intérêt de développer une campagne de prévention et d'aide au sevrage spécifique aux étudiants en médecine dentaire. Le tabagisme s'installe pendant les premières années. Il provoque aussi une dépendance très forte qui réunit des facteurs socio-culturels, pharmacologiques, génétiques et comportementaux et les étudiants affichent une dépendance apparemment modeste.

De plus, le tabagisme n'est pas vécu comme un fait définitif, le nombre de tentatives d'arrêt en témoigne.

Les connaissances des étudiants sur les conséquences du tabagisme sur la santé sont bonnes mais persistent encore quelques lacunes. L'étude met en évidence un réel apprentissage pendant leur formation. Le tabac est bien assimilé comme un facteur de risque aussi bien pour le fumeur que pour son entourage. Mais la connaissance des risques liés au tabac n'influence aucunement la prévalence tabagique.

La réalisation de cette étude nous a permis de mener une réflexion individuelle sur le tabagisme chez les étudiants inclus dans l'étude. Nous espérons également que ce travail aura aidé à la prise de conscience, par les étudiants, des problèmes engendrés par le tabac.

Le médecin dentiste, professionnel de santé, est au premier plan pour lutter activement contre ce fléau. Il a un devoir de connaissance pour déceler rapidement les prémices d'une éventuelle pathologie induite par le tabac, mais également un devoir d'information envers le patient. Il se doit de l'accompagner vers un éventuel sevrage et, pour ce faire, connaître le panel de thérapeutiques pouvant aider à s'affranchir de cette drogue.

Bibliographie

Bibliographie

1. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Tabagisme 2018. Consulté le 9 mars 2018.
2. Le tabagisme en Algérie représente un véritable problème de santé publique. Algérie presse service 29 mai 2018.
3. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Centre des médias. En une semaine, le traité antitabac recueille 41 signatures 2003 . [En ligne]. Consulté le 16 juin 2003.
4. Blidu. Tabac . Consulté le 9 décembre 2018. [En ligne] <https://fr.wikipedia.org/wiki/Tabac>
5. Franco-centrisme dans la section culture. Nicotiana tabacum. Consulté le février 2012 . [En ligne] https://fr.wikipedia.org/wiki/Nicotiana_tabacum .
6. Christophe Magdelaine . . [Consulté le 09 janvier 2014]. 1 milliard de fumeurs dans le monde.
7. Marie Ng, PhD1; Michael K. Freeman, MPH1; Thomas D. Fleming, BS1; et al. Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012.
8. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Un rapport de l’OMS conclut à une extension spectaculaire en 10 ans des politiques de lutte antitabac qui sauvent des vies 2017.
9. Rédaction nationale. Quelques statistiques sur la réalité du tabagisme en Algérie. Liberté journal 5 janvier 2010.
10. Dalila B. Le marché algérien du tabac évalué à 1,2 milliard de paquets de cigarettes, La demande est appelée à croître à l'horizon 2015. Djazaïress journal 30 - 08 – 2007.
11. Ferhat Yazid. ALGÉRIE – une industrie du tabac florissante et couteuse pour la santé publique. Association francophone des diplômés et étudiants en tabacologie 22 juin 2012.
12. Recours collectifs contre les cigarettiers canadiens quebequoi. Les composants chimiques du tabac. Québec sans tabac.
13. KADRI Hamida, LOURMIL Aïcha, MOULKHAOULA Chaimaa, ZIGH Noussaïba. Évaluation de l’état de connaissance des étudiants en fin de cycle de la faculté de médecine de Tlemcen de l’effet de tabac sur la cavité buccale. Mémoire de fin d’étude pour l’obtention du diplôme de docteur en médecine dentaire .université ABOU BEKRBELKAÏD TLEMCEN;2018,130 p.
14. . ARAGON Amélie. Tabac et cavité buccale. Prise en charge du patient fumeur en cabinet libéral. Thèse pour le diplôme d’état de docteur en chirurgie dentaire. Université TOULOUSE III - PAUL SABATIER ; 2017,78 p.

Bibliographie

15. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Le produit : composition et effets sur l'organisme. Santé publique France.
16. Ydecreux. Cigarette. Consulté le 22 août 2018. [En ligne] <https://fr.wikipedia.org/wiki/Cigarette>
17. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Le tabac : mortel sous toutes ses formes.2006.
18. Dr Isabelle Jacot Sadowski, Pr Jacques Cornuz. Nouveaux modes de consommation du tabac et de la nicotine. Rev Med Suisse 2009 ; 5 : 1457-61 .
19. Narguilé. Consulté le 31 mai 2018. [En ligne] <https://fr.wikipedia.org/wiki/Narguil%C3%A9> .
20. La Rédaction E-Santé. Tabagisme actif et tabagisme passif : les définitions. [Consulté le 19 Mai 2018].
21. OMS, Organisation Mondiale de la Santé.le tabac vous brise le cœur. Journée mondiale sans tabac 31 mai 2018. Apps.who.int.pdf.
22. François Lebargy. Influence du tabagisme sur les maladies respiratoires : idées recues et réalité. . La lettre du cancérologue. Vol XVII -n4- avril 2008 pdf.
23. Francine Robillard , Patrice Machabée , Jorge Monterroso , Annik Lefebvre. le tabac et ses impacts sur le cerveau. Alpabem. [Consulté le novembre 2018].
24. Sciences et avenir. le tabac favoriserait les troubles psychiatriques. [Consulté le 10 juillet 2015].
25. Le figaro sante fr. Tabac ses effets délétères sur le système digestif. [Consulté le 11 avril 2019].
26. Olivier Ndererimana. Les méfaits du tabac sur la santé publique. Memoire Online. Institut supérieur des techniques médicales de Goma - AO 2011.
27. e-sante.fr. Pourquoi le tabac favorise mauvaise haleine et problèmes dentaires. [Consulté le 27 Avril 2018]. .
28. M. Underner, I. Maes , T. Urban , J.-C. Meurice. Effets du tabac sur la maladie parodontale. EMC Revue des Maladies Respiratoires Vol 26, N° 10 - 2009 pp. 1057-1073.
29. E. Bosdure, J.C. Dubus. Les effets du tabac chez l'enfant. Revue des Maladies Respiratoires Vol 23, N° 6 - décembre 2006 pp. 694-704.
30. CLARON Marjorie. Le patient fumeur en parodontologie : Intérêt de l'abstinence temporaire. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. Université CLAUDE BERNARD-LYON I U.F.R. D'ODONTOLOGIE ; 9 décembre 2014, 68 P.

Bibliographie

31. M. SIDQUI, K. AMINE, J. KISSA .Incidence du tabac sur l'état parodontal. Service de parodontologie Faculté de Médecine Dentaire de Casablanca. [Consulté le 15 septembre 2000].
.
32. Grégoire AUBERT.Prise en charge du patient tabagique au cabinet dentaire. These pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. Université DE NANCY 1 FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE ; 2005, 240 p.
33. Ulrich P. Saxer, Clemens Walter, Michael M. Bornstein, influence de tabac sur la maladie parodontale, une mise à jour (II). R e v M e n s Suisse Odontostomatologie, Vol 117 : 2007 ; 164-169 p.
34. Georges Laskaris. Atlas des maladies buccales. 2 eme édition. Paris : Flammarion Médecine Sciences ; 1997. 370 p. Vieux Fonds Fms.
35. Dr Sophie-Myriam Dridi Dr Anne-Laure Ejeil. la gencive pathologique de l'enfant a l'adulte : Diagnostique et Thérapeutique. ESPACE ID : 2013, 240 p.
36. Dr Ihsene Taihi Dr Stéphane Milliez. Dermatologie buccale. Candidose buccale : diagnostic et prise en charge : 2012 ; 20-21 p.
37. S. Bahbah, S. Dghoughi, W. El Wady. Lésions potentiellement malignes de la muqueuse buccale : Diagnostic et prise en charge : 2015.
38. Eoche aurore. Consommation du tabac et cavité buccale attitude préventive du chirurgien-dentiste. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire. Université de Nantes de formation et de recherche d'odontologie : 2006,69 p.
39. G. Lagrue. Traitement de la dépendance tabagique EMC-Cardiologie Angéiologie (2004) 443-455 pages : 445
40. La dépendance au tabac. Tabac Info Service vous aide à arrêter de fumer. tabac-info-service.fr. Réalisé en collaboration avec l'Office Français de prévention du Tabagisme (OFT). J'arrête de fumer, des méthodes pour y parvenir. Guide pratique Inpes, réf. 220-90411-B.
41. Dr Y. Bouafia. L'Hygiène de vie, Règles et Astuces Tabac Alcool...et dépendance. Dans la collection. Merinal laboratoire. 2006.
42. Saint-Denis Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Recommandation de bonne pratique, Afssaps. p167 -175.

Bibliographie

43. Diane Lafontaine, B.P., M. Sc, Tabagisme et dépendance au tabac : au cœur de la maladie cardiovasculaire.
44. Association de lalla salma de lutte contre le cancer. Royaume de Maroc ministère de santé. guide d'aide au sevrage tabagique.
45. Dautzenberg B. le sevrage tabagique par les dentistes et stomatologues. Actualités Odonto-stomatologiques 2007 ; 237 : p 93-103.
46. Méthodes de sevrage alternatives. [En ligne] <http://www.oft-conseil.fr/addictions/tabac/larret-du-tabac/les-methodes-alternatives>
47. Pr Aidoud . Prévalence de tabagisme chez les étudiants en médecine dentaire de Constantine 2016
48. Harrabi I et al. Medicalstudents and tobaccoin 2004: asurvey in Sousse, Tunisia. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2006, 10(3) :328-332.12

Annexes

Annexes 1 : le Questionnaire

Université de Blida Saad dahleb

Faculté de médecine

Département de médecine dentaire

Unité de Pathologie et de Chirurgie Buccales

Enquête sur le tabagisme chez les étudiants en médecine dentaire

Blida 2018 – 2019

Questionnaire – Etudiant (anonyme)

I. Identification du sujet

Fiche N Année Age ans Sexe F M

II. Consommation du tabac

1. Avez-vous déjà fumé ? Oui Non
2. Fumez-vous actuellement ? Oui Non
3. Depuis combien de temps fumez -vous ?mois année
4. Votre première cigarette ; A quel âge ? Ans
5. Quel type de tabac fumez-vous ?
 - Cigarette cigarettes/jour paquets/jour occasionnellement
 - Tabac à chiquer fois /semaine. Occasionnellement
 - Chicha fois /jour fois / occasionnellement
 - Associez - vous du cannabis ? Souvent parfois jamais
6. Fumez- vous en consommant du ; café thé boisson fraiche

Autres

7. Consommez-vous d'autres substances qui créent une dépendance ?

Oui Non

Si oui quel type ? médicaments Alcool Psychotropes

8. Où Fumez- vous habituellement ?

A la maison A l'université Au café

Dans les endroits publics Au restaurant Autres

9. Quelle marque de cigarettes fumez- vous habituellement ?

- Afraz Nassim Rym Marlboro Gauloises

- Winston L&M Rothmans Autres

10. Quel est votre budget (tabac) par mois

- Moins de 500 DA Entre 500 et 1000 DA Plus de 1000 DA

11. Est-ce que vos parents fument ?

Aucun Les deux Un parent

12. Vos parents vous autorisent-ils à fumer ? Oui Non

III. Causes de la consommation

13. Quelles sont les causes qui vous ont poussé à fumer ?

- La curiosité Le plaisir Se sentir majeur

- Le stress L'échec sentimental Autres causes

IV. Nocivité du tabac

14. Connaissez - vous les effets nocifs du tabac ? Oui Non

15. Cochez les maladies liées au tabac

Cancers Maladies cardiovasculaires Maladies respiratoires

Autres

16. Pensez-vous que la fumée passive peut provoquer des maladies ?

Oui Non

v. Sevrage tabagique

15. Souhaitez -vous arrêter de fumer ? Oui Non

Si oui pour quelles raisons ?

Coût Santé Conseil Autres

16. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer? Oui Non

Si oui quel est le résultat ?

Arrêt total Consommation de temps en temps Aucun résultat

17. Quels sont les moyens que vous avez utilisé pour arrêter de fumer ?

Aucun Chewing-gum Cigarette électr que Patch

Après consultation sevrage tabagique Médicaments Autres

VI. Compagnes de prévention

18. Etes -vous sensible aux campagnes de prévention par les médias? Oui Non

19. Pensez-vous que les textes sur les paquets de cigarettes ont un impact?

Oui Non

Merci

Résumé :

Le tabagisme est un problème majeur de santé publique. Il tue 7 millions de personnes chaque année dans le monde, et plus de 15000 morts en Algérie.

En effet, il est cité comme un facteur étiologique de la presque totalité des affections surtout respiratoire, cardiovasculaire et cancéreuses.

La première zone d'exposition au tabac étant la bouche, celle-ci peut être altérée par de graves pathologies surtout carcinomateuses.

Les médecins dentistes constituent un relais d'informations important et crédible au sein des populations. Mais ils ne sont pas épargnés par ce fléau.

Une étude a été réalisée auprès de 724 étudiants en médecine dentaire de Blida 2019.

Son objectif est d'estimer la prévalence du tabagisme et d'analyser leurs comportements et habitudes tabagiques.

Les futurs médecins dentistes semblent sur la bonne voie, conscients du rôle prépondérant qu'ils ont à jouer dans la lutte contre le tabac. Il est du devoir du médecin dentiste tabagique de commencer par lui les moyens de sevrage tabagique pour devenir le bon exemple au patient et au public.

Mots clé : santé publique, tabagisme, état de connaissance, les étudiants en médecine dentaire de Blida, sevrage tabagique.

Abstract:

Smoking is a major public health issue, 7 million people die each year worldwide, with more than 15,000 deaths in Algeria.

It's considered a major risk factor for developing almost all types of respiratory and cardiovascular diseases and can be the main culprit for many types of cancer.

The first site in the body that gets exposed to smoking is the mouth, the latter can be damaged and be susceptible to develop multiple lesions, especially malignant tumors.

Dentists are considered an important source of credible information about smoking and its consequences in the population. However, they are not safe of this plague.

A study was done with 724 dental students as participants in the University of Blida, in 2019.

The main goal behind this study was to estimate the prevalence of smoking as well as the consumption habits among the students.

The future dentists seemed to be on the right path, with high level of consciousness of the crucial role they have to play in the battle against smoking.

It's important to state that a dentist who is also a smoker should first quit smoking using the available programs for smoking cessation in order to become a role model to patients as well as the public.

Keywords: public health, smoking, knowledge and consciousness, Blida dental students, smoking cessation.