

République Algérienne Démocratique et Populaire
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵜⴰⵔⴻⵔⴰⵏⵜ
UNIVERSITE ABOU
BEKRBELKAÏD
FACULTE DE MEDECINE
DR. B.BENZERDJEB - TLEMEN



جامعة أبو بكر بلقايد
كلية الطب
د.ب.بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE MEDECINE DENTAIRE

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR L'OBTENTION
DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE DENTAIRE**

Thème :

**EVALUATION DE L'ETAT DE CONNAISSANCE DES
ETUDIANTS EN FIN DE CYCLE DE LA FACULTE DE
MEDECINE DE TLEMEN DE L'EFFET DU TABAC SUR LA
CAVITE BUCCALE**

Présenté par :

KADRI Hamida LOURMIL Aicha MOULKHAOULA Chaimaa ZIGH Noussaiba

Soutenu publiquement le 12 Juin 2018 devant le jury:

Dr BENYOUB .F	: Maitre assistante en Prothèse dentaire	Présidente
Dr BELBACHIR.N	: Maitre assistant en Parodontologie	Assesseur
Pr MEZIANE.Z	: Maitre de Conférences B en Médecine de Travail	Assesseur
Dr MANAA.R	: Assistant en Epidémiologie et médecine de prévention	Assesseur
Dr ZOUAOUI..A	: Maitre assistante en Parodontologie	Encadreur
Pr CHABNI.N	: Maitre de Conférences A en Epidémiologie	Co-encadreur

Année universitaire 2017-2018

Avant propos

∞*Remerciements*∞

✍️..A 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".

 ●● *A Notre Encadreur*

Docteur A. ZOUAOUI.

Maitre Assistante en Parodontologie CHU Tlemcen

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la direction de ce mémoire.

Vous avez fait preuve d'une patience et d'une écoute appréciable durant

l'élaboration de ce travail. Nous vous remercions pour votre soutien,

vos conseils et votre disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression de notre immense gratitude.

 ●● *A notre Co-Encadreur*

Professeur N. CHABNI.

*Maitre de Conférences A en Epidémiologie et Médecine Préventive
CHU Tlemcen*

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.

 ●● *A Notre Enseignante et Présidente de Jury*

Docteur F. BENYOUB

Maitre-assistante en Prothèse Dentaire CHU Tlemcen

Nous vous sommes très reconnaissantes madame 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.

 ●● *A Notre Jury de Mémoire*

Docteur N.BELBACHIR.

Maitre Assistant en Parodontologie CHU Tlemcen

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.

Veillez agréer nos remerciements les plus sincères et de trouver ici le témoignage de notre respect le plus profond.

 ●● *A Notre Jury de Mémoire*

Professeur Z.MEZIANE

Maitre de Conférences B en Médecine du Travail CHU Tlemcen

Vous avoir présent ici ce jour là ne peut que nous faire un immense plaisir.

Nous vous sommes très reconnaissantes d'avoir accepté notre invitation et

d'avoir fait part de notre jury du mémoire.

Nous vous sommes très redevables pour l'intérêt que vous avez porté à

notre sujet d'étude et pour votre aide précieuse.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude

et notre profond respect.

 ●● *A notre jury de mémoire*

Docteur R.MANAA

Assistant en Epidémiologie et Médecine de Prévention CHU Tlemcen

Nous vous remercions d'avoir fait l'honneur d'accepter d'évaluer notre
travail de mémoire.

Nous avons également été honorés de votre participation à notre jury
de soutenance.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre estime.

Nos vifs remerciements vont aussi :

A Madame **HASSAINE Atika** pour sa patience, ses corrections et conseils avisés.

Nous remercions chaleureusement notre promotion.

∞ **Dédicaces** ∞

Quand il y a la soif d'apprendre
Tout vient à point à qui sait attendre
Malgré les obstacles qui s'opposent
En dépit des difficultés qui s'interposent
Les études sont avant tout
Notre unique et seul atout
Souhaitant que le fruit de nos efforts fournis
Jour et nuit, nous mènera vers le bonheur fleuri

Je dédie ce mémoire à ... ✍

A ma très chère mère Salima

Merci pour tout l'amour que tu m'as apporté, je ne serai pas là aujourd'hui sans toi.
Merci pour tous les sacrifices effectués afin de me soutenir dans l'ensemble
de mes projets.

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 Miloud

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 Imane

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

A mon très cher frère Boudaoud

Je ne peux exprimer à travers ses lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse
envers toi. Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.

A ma meilleure amie Assia,

Merci pour les beaux moments qu'on a passés ensemble.

A mes chers amis, A tous les membres de ma famille, petits et grands, et à tous les gens
qui m'aiment...

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection.

A tous ce qui m'ont enseigné au long de ma vie scolaire.

♥ **KADRI Hamida** ♥

Je dédie ce mémoire à ... ✍

A mon cher Papa et à ma chère Maman,

Pour votre soutien tout au long de mon parcours, pour m'avoir toujours fait confiance, et avoir toujours trouvé les mots justes, chaleureux et encourageants, pour avoir été attentifs et disponibles à chaque étape importante de ces 24 dernières années. Merci pour l'éducation, les principes et les valeurs que vous m'avez transmis.

A mes sœurs, Asma et Ikram .

A mes frères, Mohamed et Abd rahmen

A qui je dois tout l'amour, avec tous mes vœux de les voir réussir dans leurs vies.

A ma tante Samira,

A mes grands-parents

Pour l'affection et le soutien tout au long de mes études. Qu'Allah vous protège.

A tous mes oncles et tantes, veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection.

A toute la promotion de 6^{ème} année Médecine Dentaire 2017-2018

A mes partenaires de stages hospitaliers et ceux avec qui j'ai passé mes études merci pour les bon moments passés ensemble que je garderais toujours en mémoire, Enfin, je remercie tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

♥ ZIGH Noussaiba ♥

Avant tous, merci à Dieu Le Tout puissant et miséricordieux, qui nous a donné la force et la patience d'accomplir ce Modeste travail de mémoire...

Je dédie ce mémoire à ... ✍

A l'homme de ma vie, ma source de joie et de tendresse, celui qui s'est toujours sacrifié pour me voir grandir et réussir, au grand homme que j'étais toujours ca petite princesse, je te dois ce que je suis aujourd'hui et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir.

Que Dieu te préserve et t'accorde santé et le paradis, a toi mon très cher PAPA.

A lumière de mes jours, la flamme de mon cœur, ma vie et mon bonheur, a la femme la plus merveilleuse qui existe, Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie, t'étais toujours le bon exemple de la femme forte et affectueuse pour moi, a toi MAMAN je t'aime.

A ma belle et ma précieuse gemme, la bénédiction la plus merveilleuse de Dieu, a celle qui porte le meilleur cœur, a mon plus grand amour, à ma sœur bien-aimée MANAR,

A mes chère grand père et grand-mère, Que dieu vous préserve santé et longue vie.

A mes chère frères: ABDELHAK, AZZEDDINE le merveilleux et le plus tendre, qui ma beaucoup aidé dans ce travail, MOHAMED, et mon AZIZOU l'esprit pur de la famille.

Aux petits anges que j'aime trop: RAYAN, NOUHA, et MOHAMED MEHDI.

A l'homme idéal que j'ai jamais rencontré une personne comme lui, l'homme qui ma redonné l'espoir et le bonheur, grâce a toi je voie la vie en rose, a mon meilleur CHOCHO.

A mes très chères belles sœurs, ma préféré HANANE, FATIMA, et IMEN.

A mes très chères tantes, les femmes généreuses: KHEIRA, AMINA, et DALILA, ainsi que mes belles cousines: IMEN et YOUSRA, et au petites: OUMNIA, DOUHA, et JANA.

A vous mes très très chères proches amies: KHADIJA (je t'adore), la merveilleuse NADIAT, AICHA, HAMIDA, NOUSSAIBA, ABIR, FATIMA, AMINA, NABAHAT, LAMIS, et NESRINE et IMEN, j'ai l'honneur et la joie d'être tout le temps avec vous et j'ai passée des meilleurs moments que je n'oublierai jamais.

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

♥ MOULKHALOUA Chaimaa F.Z ♥

Je dédie ce mémoire à ... ✍

A ma chère maman :

J'aurai voulu en ce jour que tu sois parmi nous

A Mon cher papa :

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. Reçois à travers ce travail tous mes expressions d'amour et de gratitude. Je t'aime.

A ma mère

Qui ne m'a pas donné naissance mais qui ma donner une éducation droite et structurée, milles mercis de me guider dans la vie.

A mes frères

*Amin, Ismail et Salah Eddine pour vos encouragement et votre soutien.
Je vous aime énormément*

A mes sœurs : Meriem, Amel et ma belle sœur Fatima.

A mes neveux: Fatima Zohra et Benadji.

A ma chère copine Hadjar :

Aucune expression peut exprimer mes sentiments, merci pour tes conseils et d'être toujours a mes coté.

*A tous mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, et a toute la famille
LOURMIL et LAABANI.*

A mon cher fiancé Amin :

Je remercie toujours mon dieu de m'avoir donné la chance d'être ta future femme, reçois à travers ce travail ma profonde reconnaissance pour ta patience, tes encouragements, ton profond attachement, et ta confiance en moi. Merci pour tout.

*A tous mes amies : Abir, Aicha, Amina, Chaimaa, Fatima, Hamida,
Khadidja, Nesrine et Noussaiba.*

♥ LOURMIL Aicha ♥

Sommaire

AVANT PROPOS	I
SOMMAIRE	XIII
LISTE DES ABREVIATIONS	XIX
LISTE DES TABLEAUX	XX
LISTE DES FIGURES.....	XXII

INTRODUCTION	1
--------------------	---

PARTIE THEORIQUE

I. RAPPELS ET GENERALITES	5
---------------------------------	---

1. ECOSYSTEME BUCCAL	5
----------------------------	---

1.1. DEFINITION	5
-----------------------	---

1.2. COMPOSITION	5
------------------------	---

1.2.1. La Salive	5
------------------------	---

1.2.2. Le fluide gingivale	5
----------------------------------	---

1.2.3. La muqueuse buccale	5
----------------------------------	---

1.2.4. L'Organe dentaire.....	5
-------------------------------	---

1.2.4.1. L'odonte	5
-------------------------	---

1.2.4.1.1. L'émail.....	5
-------------------------	---

1.2.4.1.2. La dentine	6
-----------------------------	---

1.2.4.1.3. La pulpe dentaire	6
------------------------------------	---

1.2.4.2. Parodonte	6
--------------------------	---

1.2.4.2.1. Os alvéolaire	6
--------------------------------	---

1.2.4.2.2. Ligament parodontal.....	6
-------------------------------------	---

1.2.4.2.3. Cément	6
-------------------------	---

1.2.4.2.4. Complexe mucco-gingivale	6
---	---

1.2.5. Ecosystème bactérien	9
-----------------------------------	---

1.2.6. Les déterminants écologiques	9
---	---

2. LA SANTE PARODONTALE	9
-------------------------------	---

3. LA MALADIE PARODONTALE	9
---------------------------------	---

3.1. DEFINITION	9
-----------------------	---

3.1.1. Gingivite	9
------------------------	---

3.1.2. Parodontite.....	10
-------------------------	----

3.2. EPIDEMIOLOGIE	10
--------------------------	----

3.3. ETIOPATHOGENIE	10
---------------------------	----

3.3.1. Etiologie.....	10
-----------------------	----

3.3.1.1. Le Biofilm bactérien:	10
--------------------------------------	----

3.3.1.2. Les facteur de risques	11
---------------------------------------	----

3.3.1.2.1. Les facteurs de risque locaux.....	11
---	----

3.3.1.2.2. Les facteurs de risque généraux	11
--	----

3.3.2. Pathogénie	11
-------------------------	----

3.3.2.1. Phénomène essentiels du processus inflammatoire et son évolution	11
---	----

3.3.2.2. Pathogénèse de la maladie parodontale liée à l'action du biofilm bactérien	12
---	----

3.3.2.3. Conséquence de l'inflammation sur le parodonte :	12
---	----

4. CLASSIFICATION ET FORMES CLINIQUES DE LA MALADIE PARODONTALE	13
5. COMPLICATIONS DE LA MALADIE PARODONTALE	14
5.1. COMPLICATIONS LOCALES	14
5.2. COMPLICATIONS LOCOREGIONALES	14
5.3. COMPLICATION GENEALES	14
II/ GENERALITES SUR LE TABAC	14
1. HISTORIQUE	14
2. EPIDEMIOLOGIE DU TABAGISME DANS LE MONDE.....	15
3. EPIDEMIOLOGIE DU TABAGISME EN ALGERIE	16
4. PRESENTATION DES PRODUITS TABAGIQUES	16
4.1. TABAC SANS FUME.....	16
4.1.1. <i>Tabac à priser (SNUFF)</i>	16
4.1.2. <i>Tabac à mâcher et à chiquer</i>	17
4.2. LE TABAC FUME.....	18
4.2.1. <i>La cigarette</i>	18
4.2.2. <i>Les cigares</i>	18
4.2.3. <i>Les Bidis</i>	18
4.2.4. <i>Les Kreeks (cigarettes au clou de girofle)</i>	19
4.2.5. <i>Les pipes</i>	19
4.2.6. <i>Les pipes à eau (HOUKAS, BANGS, NARGUILES, SHISHAS)</i>	19
4.2.7. <i>Cigarette électronique^[49]</i>	20
4.2.8. <i>Cigarette légère</i>	20
5. COMPOSITION DE LA FUMEE DE CIGARETTE.....	20
5.1. LA NICOTINE	20
5.2. LE MONOXYDE DE CARBONE	20
5.3. LES SUBSTANCES CANCERIGENES.....	21
5.4. LES IRRITANTS.....	21
6. MECANISME DE TOXICITE DU TABAC ENVERS L'ETAT GENERAL.....	21
6.1. TABAC ET DEPENDANCE	21
6.1.1. <i>Pharmacodépendance</i>	21
6.1.1.1. La dépendance psychologique	21
6.1.1.2. La dépendance physique.....	22
6.1.1.2.1. Au niveau du système nerveux centrale	22
6.1.1.2.2. Au niveau des récepteurs périphériques	22
6.2. TABAC ET APPAREIL RESPIRATOIRE.....	22
6.3. TABAC ET APPAREIL CARDIO VASCULAIRE	22
6.4. TABAC ET APPAREIL DIGESTIF	23
6.5. TABAC ET SYSTEME NEUROLOGIQUE	23
6.6. TABAC ET SYSTEME URINAIRE	23
6.7. TABAC ET SYSTEME REPRODUCTEUR	23
6.8. TABAC ET LA PEAU	24
6.9. TABAC ET LA VISION	24
6.10. TABAC ET INTERACTION MEDICAMENTEUSE.....	24
6.11. TOXICITE DE LA CHALEUR INDUITE PAR LE TABAGISME	24

7. LE TABAGISME PASSIF^[70]	25
8. TABAC ET AUTRES ADDICTIONS	25
III. TOXICITE DU TABAC ENVERS LA CAVITE BUCCALE	25
1. TABAC ET MILIEU BUCCAL	25
1.1. TABAC ET LA SALIVE	25
1.2. TABAC ET LE FLUIDE GINGIVAL	26
1.3. TABAC ET PH.....	26
1.4. TABAC ET LA MUQUEUSE BUCCALE	26
1.4.1. <i>Les lésions non cancéreuse de la cavité buccale associées au tabac</i>	26
1.4.1.1. Les kératoses tabagiques	26
1.4.1.2. Les candidoses	27
1.4.1.3. Les leucoedème	27
1.4.1.4. Palais du fumeur	28
1.4.1.5. Mélanose du fumeur.....	28
1.4.1.6. Aphotose	29
1.4.1.7. Langue villeuse	29
1.4.2. <i>Lésions précancéreuses de la cavité buccale associées au tabac</i>	30
1.4.2.1. Chéilite actinique	30
1.4.2.2. La leucoplasie	30
1.4.2.3. Le lichen plan	31
1.4.3. <i>Lésions cancéreuses de la cavité buccale associées au tabac</i>	31
1.4.3.1. Carcinome épidermoïde.....	31
1.4.3.2. Carcinome verruqueux.....	32
1.5. TABAC ET ORGANE DENTAIRE	33
1.5.1. <i>Tabac et odonte</i>	33
1.5.1.1. Tabac et processus carieux	33
1.5.1.2. Edentement et tabagisme.....	33
1.5.1.3. Colorations dentaires liées au tabagisme	33
1.5.2. <i>Tabac et parodonte</i>	34
1.5.2.1. Tissu conjonctif	34
1.5.2.2. L'os alvéolaire	34
1.6. TABAC ET REPONSES DE L'HOTE	34
1.6.1. <i>Immunité non spécifique</i>	34
1.6.2. <i>Immunité spécifique</i>	35
1.7. TABAC ET BACTERIES PARODONTOGENES.....	35
2. TABAC ET MALADIES PARODONTALES	35
2.1. GINGIVITE	35
2.1.1. <i>Gingivite ulcero-nécrotique</i>	35
2.1.2. <i>Gingivite chronique</i>	36
2.2. PARODONTITE	36
2.3. RESSIONS PARODONTALES.....	36
3. EFFET DU TABAC SUR LES TRAITEMENTS PARODONTAUX	37
IV. PRISE EN CHARGE DU FUMEUR	38
1. LA REGLEMENTATION RELATIVE AU TABAGISME	38
2. LE SEVRAGE	40
2.1. OBJECTIFS.....	40

2.2. MOYENS.....	40
2.2.1. <i>Le traitement nicotinique de substitution (TNS)</i>	41
2.2.2. <i>Bupropion - Amfebutamone - Zyban®</i>	42
2.2.3. <i>La Varenicline : [121]</i>	43
2.2.4. <i>Les Prises en charge psychologiques (thérapies cognitivo comportementales)</i>	44
2.2.5. <i>Méthodes de sevrage alternatives</i>	44
2.2.6. <i>Perspectives d'avenir</i>	45
3. BENEFICES DE L'ARRE.....	45
4. LA PRISE EN CHARGE AU CABINET DENTAIRE.....	47
4.1. LE ROLE DE MEDECIN DENTISTE.....	47
4.2. COMMENT TRAITER	47
4.3. HISTOIRE NATURELLE DE LA CONSOMMATION TABAGIQUE	48
4.4. QUESTIONNAIRE PERTINENT	48
5. IMPLICATION DU FACTEUR TABAGISME DANS LES DIAGNOSTICS ET LES THERAPEUTIQUES.....	48
5.1. EXAMEN CLINIQUE.....	48
5.2. SOINS PARTICULIERS A PRODIGUER	49
5.2.1. <i>Conseil d'hygiène</i>	49
5.2.2. <i>Le détartrage</i>	49
5.2.3. <i>Les antiseptiques locaux</i>	49
5.3. TABAGISME ET TRAITEMENT PARODONTAUX	49
5.4. <i>Chirurgie diverse cher le patient tabagique</i>	50
5.5. <i>Tabac et implant</i>	50
6. ROLE DU CHIRURGIEN DENTISTE DANS LE DEPISTAGE ONCOLOGIQUE	50
PROBLEMATIQUE	51
PARTIE PRATIQUE	
1. LES OBJECTIFS D'ETUDE	54
1.1. PRINCIPAL.....	54
1.2. SECONDAIRES	54
2. METHODOLOGIE.....	54
2.1. TYPE DE L'ETUDE	54
2.2. POPULATION ET LIEU DE L'ETUDE	54
2.3. DEROULEMENT DE L'ETUDE	55
2.4. EXPLOITATION DES DONNEES	55
2.5. ASPECT ETHIQUE ET DEONTOLOGIQUE	55
RESULTATS	57
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION D'ETUDE	57
1.1. LA REPARTITION DE LA POPULATION D'ETUDE EN FONCTION DU SEXE	57
1.2. LA REPARTITION DE LA POPULATION DE L'ETUDE EN FONCTION DE L'AGE.....	58
1.3. REPARTITION DE LA POPULATION DE L'ETUDE EN FONCTION DE FILIERE	58
2. EVALUATION DE L'ETAT DE CONNAISSANCE SUR L'EFFET DU TABAC	59
2.1. REPONSE A LA QUESTION CONCERNANT LA RELATION ENTRE LE TABAC ET MORTALITE.....	59
2.2. LE TAUX DE MORTALITE LIEE AU TABAC.....	59

2.3. LA REPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LES SIGNES EVOCATEURS DU TABAGISME	60
2.4. LA FREQUENCE DES MALADIES LIEES AU TABAC DANS LE MILIEU PROCHE «FAMILIALE»	60
2.5. LES MALADIES GENERALES LIEES AU TABAC	61
2.6. LES SIGNES DES MALADIES GENERALES LIEES AU TABAC.....	61
2.7. LES COMPLICATIONS DES MALADIES GENERALES LIEES AU TABAC.....	62
2.8. L'IMPACT DU TABAC SUR LA CAVITE BUCCALE	62
2.9. LES MALADIES DE LA CAVITE BUCCALE LIEES AU TABAC.....	63
2.10. LES SIGNES DES MALADIES BUCCALES LIEES AU TABAC.....	63
2.11. LES COMPLICATIONS DES MALADIES BUCCALES LIEES AU TABAC	64
2.12. L'ÉLEMENT DU TABAC COMME ÉTIOLOGIE DANS LA MALADIE PARODONTALE.....	64
2.13. TABAC ET PARODONTITE	65
2.14. RECONNAITRE UNE PARODONTITE.....	65
2.15. LES SIGNES DE LA PARODONTITE	66
2.16. LES COMPLICATIONS DE LA PARODONTITE.....	66
2.17. TAUX DE CONNAISSANCE SUR L'ÉTAT GÉNÉRAL SELON LA FILIÈRE	67
2.18. TAUX DE CONNAISSANCE SUR LA CAVITE BUCCALE SELON LA FILIÈRE.....	67
2.19. TAUX DE CONNAISSANCE SUR LA PARODONTITE SELON LA FILIÈRE.....	68
2.20. TENTATIVE DE FUMER DES ÉTUDIANTS.....	69
2.21. LES RAISONS D'ABSTINENCE AU TABAC DES ÉTUDIANTS	69
2.22. LA GÊNE DE LA FUMÉE	70
2.23. LA SENSIBILITÉ AUX CAMPAGNES DE PRÉVENTION	70
2.24. L'EFFICACITÉ DES CAMPAGNES DE SENSIBILISATION AU TABAC.....	71
.....	71
2.25. LES RAISONS D'EFFICACITÉ DES CAMPAGNES DE PRÉVENTION AU TABAC.....	71
.....	71
2.26. LES RAISONS DU NON EFFICACITÉ DES CAMPAGNES DE PRÉVENTION AU TABAC	72
2.27. LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA SENSIBILISATION AU PROBLÈME DU TABAC	72
2.28. LES MOYENS UTILISÉS DANS LA SENSIBILISATION AU TABAC.....	73
2.29. L'IMPACT DES TEXTES SUR LES PAQUETS DE CIGARETTES	73
2.30. L'EFFICACITÉ DES OUTILS UTILISÉS PAR LES CAMPAGNES DE PRÉVENTION CONTRE LE TABAC.....	74
2.31. LES STRATÉGIES POUR INCITER LES JEUNES À NE PAS FUMER.....	74
2.32. LA SENSIBILITÉ AU TABAGISME PASSIF	75
2.33. LE DEGRÉ DE RISQUE DU TABAGISME PASSIF	75
2.34. LE LIEN ENTRE LE TABAGISME PASSIF ET LES MALADIES QUI EN DÉCOULENT	76
2.35. L'AVIS AU SUJET DE L'INTERDICTION DU TABAC DANS LES LIEUX PUBLICS.....	76
2.36. LA JEUNESSE COMME CIBLE PAR LES ENTREPRISES DU TABAC.....	77
2.37. LE NIVEAU DE L'INFORMATION SUR LE MÉFAIT DU TABAC DURANT LE CURSUS	77
3. CARACTÉRISTIQUES DU TABAGISME CHEZ LES ÉTUDIANTS FUMEURS	78
3.1. TAUX DU TABAGISME	78
3.2. LA REPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA FREQUENCE DE FUMER.....	78
3.3. LA REPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE NOMBRE DE CIGARETTE FUMÉE PAR JOUR	78
3.4. LA REPARTITION DES ÉTUDIANTS SELON LA CONSOMMATION DU TABAC.....	79
3.5. LA REPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'ÂGE DE DÉBUT DU TABAGISME	79
3.6. LA REPARTITION DE LA POPULATION SELON LE TYPE DE TABAGISME:	80
3.7. LA REPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA MARQUE DE CIGARETTE CONSOMMÉE	80
3.8. LA REPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE CHANGEMENT DE MARQUE	81
3.9. LES FACTEURS QUI POUSSENT L'ÉTUDIANT À CHANGER LA MARQUE	81

3.10. LA REPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON L'AVIS DES ETUDIANTS VIS-A-VIS DU PRIX DU PAQUET DE CIGARETTE ...	82
3.11. LA REPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LA SOURCE DE FINANCEMENT DE LA CONSOMMATION DU TABAC.....	82
3.12. LA REPARTITION DE LA POPULATION SELON LE LIEU D'ACHAT DU TABAC	82
3.13. TABAC ET PARENTS	83
3.14. LA REPARTITION DE L'ÉCHANTILLON SELON LE POINT DE VUE DES PARENTS	83
3.15. L'ÂGE LEGAL POUR L'ACHAT DU TABAC.....	83
3.16. LA PROPORTION DES FUMEURS DANS L'ENTOURAGE.....	84
3.17. LA REPARTITION DES ETUDIANTS SELON LES FACTEURS INITIATEURS DU TABAGISME :.....	84
3.18. L'EFFET DE CIGARETTE	84
3.19. LA VOLONTE DE VOULOIR ARRETER LE TABAC.....	85
3.20. LES RAISONS DE VOULOIR ARRETER LE TABAC.....	85
3.21. L'ÉVALUATION DE LA MOTIVATION DE VOULOIR ARRETER LE TABAC	85
3.22. LA TENTATIVE D'ARRET DU TABAC	86
3.23. MOTIVATION D'ARRET DU TABAC.....	86
3.24. EVALUATION DE DEGRE DE CONFIANCE POUR ARRETER DE FUMER	86
3.25. L'ASSISTANCE POUR ARRETER DE FUMER	87
3.26. LA STRUCTURE D'ACCOMPAGNEMENT POUR ARRETER DE FUMER	87
3.27. LA DIFFICULTE D'ABSTINENCE DANS LES ENDROITS NON-FUMEURS.....	88
3.28. L'IMPACT DES SPOTS PUBLICITAIRES DES ENTREPRISES DU TABAC.....	88
3.29. LES OFFRES DES ENTREPRISES DE TABAC	88
3.30. LE TEST DE FAGERSTROM « DEPENDANCE PAR RAPPORT A LA NICOTINE »	88
3.31. TEST DE HORN « EVALUATION DES HABITUDES TABAGIQUES ».....	89
3.32. REPARTITION DES FUMEURS SELON LE DIAGNOSTIC.....	89
CAS CLINIQUE	90
DISCUSSION.....	95
CONCLUSION	104
BIBLIOGRAPHIE	106
ANNEXES	116

Liste des abréviations

AVC	: Accident Vasculaire Cérébrale
BPCO	: Bronchopneumopathie chronique obstructive
CO	: Monoxyde de Carbone
GUN	: Gingivite ulcéro nécrotique
GUNA	: Gingivite ulcéro nécrotique aiguë
Hbco	: Crboxyhémoglobine
HDL	: Lipoprotéine de haute densité
HIV	: Virus de l'immunodéficience humaine
IMAO	: Inhibiteurs sélectifs de la monoamine oxydase
INSERM	: Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
INSP	: Institut national de la santé publique
IRS	: Inhibiteurs de la recapture de la serotonine
LPS	: Lipopolysacchrides
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PUN	: Parodontite ulcéro nécrotique
PGE2	: Prostaglandine E2
TNF	: TumorNecrosis Factor
TNS	: Traitement nicotinique de substitution
TSF	: Tabac sans fumé

Liste des tableaux

Tableau 1: La classification des maladies parodontales selon Armitage (1999).....	13
Tableau 2 : Le taux de mortalité liée au tabac	59
Tableau 3: Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les maladies générales liées au tabac	67
Tableau 4 : Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les signes des maladies générales liées au tabac	67
Tableau 5 : Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les complications des maladies générales liées au tabac	67
Tableau 6 : Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les maladies buccales liées au tabac	67
Tableau 7 : Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les signes des maladies buccales liées au tabac	68
Tableau 8 : Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les complications des maladies buccales liées au tabac	68
Tableau 9: Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis la parodontite.....	68
Tableau 10: Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les signes de la parodontite	68
Tableau 11: Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les complications de la parodontite	68
Tableau 12: Taux du tabagisme	78
Tableau 13: Répartition de l'échantillon selon la manière de fumer.....	78
Tableau 14: Répartition des sujets selon le nombre de cigarette fumé par jour	78
Tableau 15: La répartition de l'échantillon selon la consommation du tabac	79
Tableau 16 : Répartition des sujets selon l'âge de début du tabagisme.....	79
Tableau 17: Répartition de la population selon le type de tabagisme	80
Tableau 18 : Les facteurs qui poussent l'étudiant de changer la marque	81
Tableau 19 : Répartition de l'échantillon selon l'avis des étudiants vis-à-vis du prix du paquet de cigarette	82
Tableau 20 : Répartition de l'échantillon selon la source de financement de la consommation du tabac.	82
Tableau 21 : Répartition de la population selon le lieu d'achat du tabac	82
Tableau 22: Tabac dans la famille.	83
Tableau 23: Répartition de l'échantillon selon l'autorisation des parents.....	83
Tableau 24: L'avis des étudiants concernant L'âge légal pour l'achat du tabac	83
Tableau 25: l'âge légal pour l'achat du tabac	83
Tableau 26: Proportion des fumeurs dans l'entourage de fumeur	84
Tableau 27 : Répartition des étudiants selon les facteurs initiateurs du tabagisme	84
Tableau 28 : L'effet de cigarette	84
Tableau 29: Volonté de vouloir arrêter le tabac	85
Tableau 30: Raisons de vouloir arrêter le tabac.....	85
Tableau 31 : Evaluation de la motivation de vouloir arrêter le tabac	85
Tableau 32: Tentation de vouloir arrêter le tabac	86
Tableau 33 : Volonté d'arrêter le tabac	86

Tableau 34: Evaluation de degré de confiance pour arrêter de fumer.	86
Tableau 35: Demande de l'aide pour arrêter de fumer	87
Tableau 36: Structure d'accompagnement pour arrêter de fumer	87
Tableau 37: Structure d'accompagnent pour arrêter de fumer	87
Tableau 38: Difficulté d'abstinence dans les endroits non-fumeurs.....	88
Tableau 39 : Impact des spots publicitaires	88
Tableau 40 : Offres des entreprises de tabac	88
Tableau 41 : Test de Fagerstrom « Dépendance par rapport à la nicotine ».....	88
Tableau 42 : Test de HORN « Evaluation des habitudes tabagiques »	89

Liste des figures

Figure 1: La structure parodontale.....	7
Figure 2 : Description schématique des différents tissus de la muqueuse gingivale.....	8
Figure 3: Snuff.....	17
Figure 4 : Tabac à mâcher.....	17
Figure 5:Les Bidis.....	18
Figure 6: Les kreteks.....	19
Figure 7: Kératose de la zone de contact et de la demi-muqueuse de la lèvre inférieure. En partie verruqueuse (M 42, environ 40Cigarettes/jour)	26
Figure 8:Candidose papillomateuse et hyperkératosique de la région rétro commissurale droite	27
Figure 9: Leucoedème au niveau de la muqueuse jugale gauche	27
Figure 10: Palais du fumeur de cigarette (M 55, 20 à 30 cig/jr).....	28
Figure 11: Mélanose tabagique.....	28
Figure 12 : Aphotose.....	29
Figure 13 : Langue villosité noire	29
Figure 14: Chéilite actinique (67).....	30
Figure 15 : Leucoplasie homogène au niveau de la gencive supérieure gauche.	30
Figure 16: Lichen plan érosif de la langue.	31
Figure 17: Carcinome épidermoïde du pilier antérieur droit et du voile du palais, chez un fumeur de pipe	32
Figure 18: Carcinome verruqueux	32
Figure 19: Gomme à mâcher	41
Figure 20: Patch transdermique	41
Figure 21: Inhaleur.....	42
Figure 22: Zyban.....	43
Figure 23: Varenicline	43
Figure 24 : Répartition de la population d'étude en fonction du sexe.....	57
Figure 25: Répartition de la population d'étude en fonction d'âge.	58
Figure 26 : Répartition de la population d'étude en fonction de la filière.....	58
Figure 27: Tabac et mortalité.....	59
Figure 28: Répartition de l'échantillon selon signes évocateurs du tabagisme	60
Figure 29: Fréquence des maladies liées au tabac dans le milieu proche.....	60
Figure 30 : Maladies générales liées au tabac.....	61
Figure 31: Signes des maladies générales liées au tabac	61
Figure 32 : Complications des maladies générales liées au tabac	62
Figure 33 : L'impact du tabac sur la cavité buccale.	62
Figure 34 : Les maladies buccales liées au tabac.....	63
Figure 35 : Les signes des maladies buccales liées au tabac.	63
Figure 36: Complication des maladies buccales liées au tabac.	64
Figure 37: Élément du tabac comme étiologie dans la maladie parodontale.....	64
Figure 38: Tabac et parodontite.	65
Figure 39: Reconnaître une parodontite.....	65

Figure 40: Signes de la parodontite.	66
Figure 41: Complications de la parodontite.....	66
Figure 42 :Tentative de fumer des étudiants.....	69
Figure 43: Raisons d’abstinences au tabac	69
Figure 44: Gêne de la fumée.....	70
Figure 45 : Sensibilité aux campagnes de prévention.....	70
Figure 46 : Efficacité des campagnes de sensibilisation au tabac.	71
Figure 47 : Raisons d’efficacité des campagnes de prévention au tabac.....	71
Figure 48 : Raisons du non efficacité des campagnes de prévention au tabac.	72
Figure 49: Acteurs impliqués dans la sensibilisation au problème du tabac.	72
Figure 50: Moyens utilisé dans la sensibilisation au tabac.	73
Figure 51 : Impact des textes sur les paquets de cigarettes.	73
Figure 52 : Efficacité des outils utilisés lors des campagnes de prévention contre le tabac	74
Figure 53 : Stratégies pour inciter les jeunes à ne pas fumer.	74
Figure 54 : La sensibilité au tabagisme passive des étudiants	75
Figure 55: Degré de risque du tabagisme passif	75
Figure 56: Lien entre le tabagisme passif et les maladies qui en découlent.	76
Figure 57 : Avis au sujet de l interdiction du tabac dans les lieux publics.....	76
Figure 58: la jeunesse comme cible par les entreprises du tabac.....	77
Figure 59: Niveau de l’ information sur le méfait du tabac durant le cursus.	77
Figure 60: Répartition de l’échantillon selon la marque de cigarette consommée.....	80
Figure 61 : Répartition de l’échantillon selon le changement de marque	81
Figure 62 : Aspect clinique et radiologique du patient H.A	90
Figure 63 : Aspect clinique du patient O.G	92
Figure 64: Aspect clinique du patient A.S	93

Introduction

« *La cigarette est l'invention la plus meurtrière de l'histoire de l'humanité* »

Robert PROCTOR

Selon l'organisation mondiale de la santé(OMS), l'usage du tabac est reconnu comme étant la première cause de mortalité évitable chez l'homme^[1], dont 7millions de fumeurs meurent silencieusement chaque année dans le monde, où 6millions sont des fumeurs actifs et 890 000sont des fumeurs passifs^[2].

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^[2].

Une forte progression de la consommation tabagique est observé dans les pays en voie de développement, l'OMS prévoit, d'ici 2025,1.7milliards de fumeurs (vs 1.3milliard en 2003) si la tendance reste inchangée^[2].

Les consommateurs de tabac qui décèdent prématurément privent leur famille de revenus, font augmenter les dépenses de santé et freinent le développement économique^[2].

Le tabac est un phénomène qui fait craindre du fait qu'il ne touche pas seulement la tranche adulte mais même les enfants sont touchés soit d'une manière directe où dans certains pays, les enfants de ménages pauvres travaillent souvent dans la culture du tabac pour apporter un revenu à leur famille. Ces enfants sont particulièrement exposés à la «maladie du tabac vert», soit indirectement du fait que presque la moitié des enfants de planète respirent un air pollué par la fumée du tabac^[2].

il n'existe pas de seuil au-dessous duquel fumer ne représente pas de risque^[1]; Le tabagisme réduit l'espérance de vie des fumeurs de 10 ans, en moyenne, comparativement aux non-fumeurs car il est l'un des principaux facteurs de risque de nombreuses maladies : cardiovasculaires, respiratoires, cancer des poumons^[3] Et de nombreuses autres maladies de la cavité orale surtout le cancer de la cavité buccale qui représente le 4^{eme} cancer le plus répandu dans le monde^[4].

Le risque d'avoir une maladie parodontale chez un fumeur est 2 à 7 fois plus supérieure que chez un non-fumeur, dont 40% de la parodontite touchent les patients tabagiques^[5-7].

La lutte anti tabagique est mise en place depuis des dizaines d'années, le *31 Mai* de chaque année l'OMS organise une journée en faisant appel au pays de multiplier les efforts de lutte antitabac^[8].

Le rôle des personnels de santé est primordial dans la sensibilisation sur les conséquences dramatiques générées par le tabac, les médecins dentistes sont particulièrement concernés du fait des répercussions du tabac sur la cavité buccale et de la relation entre l'état dentaire et la santé générale, c'est pourquoi le patient fumeur doit être pris en charge de façon globale et générale.

La diffusion rapide et effrayante du tabagisme dans les différentes tranches de la société et même la tranche cultivée, où les étudiants en médecine ne sont pas épargnés nous a poussés à lancer une étude afin de chercher si les futur médecins, médecins dentiste et pharmaciens sont réellement conscient des méfaits du tabac sur la santé buccale et générale ?

L'objectif de ce travail est d'évaluer le degré de connaissances nécessaires sur l'effet du tabac sur l'état général et particulièrement sur la cavité buccale chez les étudiants en fin de cycle d'étude afin de les aider à trouver leurs place dans cette lutte antitabac dans le but de prévenir les effets fatales de ce fléau mortel, et pour une meilleur prise en charge et sensibilisation au sevrage tabagique de leurs futur patient fumeur.

Partie Théorique

Revue de la littérature

I. Rappels et généralités

1. Ecosystème buccal

1.1. Définition

C'est l'ensemble des éléments dont les effets réciproques forment un système stable, il est représenté par: la salive, le fluide gingivale, les muqueuses et les organes dentaires^[9].

1.2. Composition

1.2.1. La Salive

La salive est un liquide biologique essentiel au maintien de la santé bucco-dentaire et au bon déroulement de nombreuses fonctions orales. Sa production est assurée par un ensemble des glandes dites majeurs et mineurs^[10]. Elle est composée à 99% d'eau. Le 1% restant est représenté par des constituants organiques (ex: L'alpha-amylase) et inorganiques (ex : le calcium)^[11].

1.2.2. Le fluide gingivale

Le fluide gingival se définit comme le liquide qui suinte du sillon gingivo-dentaire. Il contient des cellules, des électrolytes, des microbes, des produits microbiens, des molécules telle que des cytokines, des immunoglobulines, des enzymes, et des produits issus de la destruction des structures parodontales sous jacentes^[11-13].

1.2.3. La muqueuse buccale

Les structures anatomiques périphériques de la muqueuse buccale incluent : Les lèvres, la muqueuse alvéolaire, le palais dur et le palais mou, le plancher buccal, la langue, les joues, la gencive^[14-16].

1.2.4. L'Organe dentaire

1.2.4.1. L'odonte

Chaque dent est constituée de : l'émail, la dentine, la pulpe.

1.2.4.1.1. L'émail

Il recouvre la couronne dentaire jusqu'au collet. L'émail est la structure la plus dure de l'organisme. C'est également le tissu le plus minéralisé. C'est un tissu inerte^[17].

1.2.4.1.2. La dentine

Elle se situe sous l'émail coronaire et le cément radiculaire. La dentine est moins solide que l'émail. Elle ne contient pas de cellules. C'est un tissu sensible^[18].

1.2.4.1.3. La pulpe dentaire

C'est une masse conjonctivo-vasculaire qui occupe la cavité centrale de la dent : le cavum ^[15].

1.2.4.2. Parodonte

Le parodonte est l'ensemble des tissus qui assurent la fixation et le soutien de l'odonte au sein du maxillaire et de la mandibule.

On distingue le parodonte profond, constitué de l'os alvéolaire, du desmodonte et du cément, et le parodonte superficiel composé du tissu gingival ^[19, 20].

1.2.4.2.1. Os alvéolaire

Il entoure la racine de la dent qui s'y attache par les fibres desmodontales. L'os alvéolaire naît, vit et meurt avec la dent ^[19, 21].

1.2.4.2.2. Ligament parodontal

Il s'intègre dans une articulation très peu mobile: l'amphiarthrose. Son rôle majeur est de fixer les dents dans leurs alvéoles et de supporter les forces auxquelles elles sont soumises pendant la fonction masticatoire^[19, 21].

1.2.4.2.3. Cément

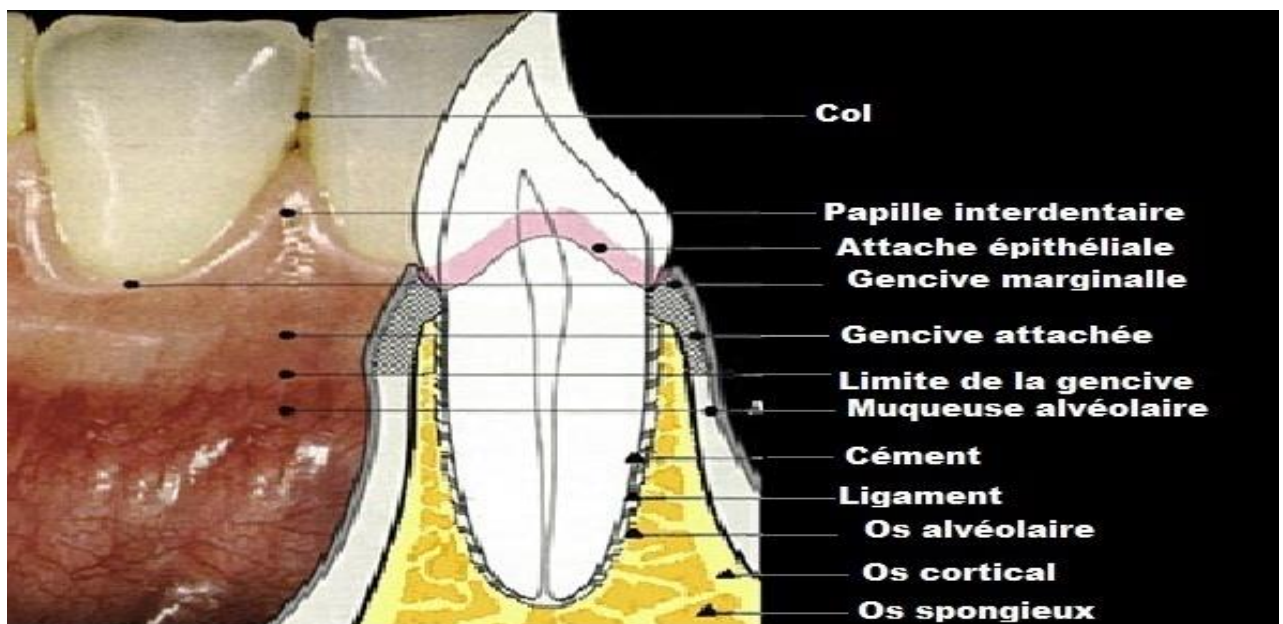
C'est un tissu calcifié d'origine conjonctive entourant la racine dentaire et recouvrant la dentine radiculaire. Ce tissu n'est pas innervé, ni vascularisé^[19, 21].

1.2.4.2.4. Complexe mucco-gingivale

- **Anatomie du complexe mucco-gingivale :**

- a. *La gencive marginale*: s'étend depuis le sillon marginal, inconstant, qui la sépare de la gencive attachée jusqu'au rebord marginal.
- b. *La gencive papillaire*: c'est la partie de la gencive qui occupe l'embrasure interdentaire.

- c. *La gencive attachée*: Située entre le fond du sulcus et la ligne de jonction mucco-gingivale. Ce tissu kératinisé est fermement lié, au périoste de l'os alvéolaire.
- d. *La muqueuse alvéolaire*: La gencive se termine au niveau de la jonction mucco-gingivale et se continue, du côté vestibulaire par la muqueuse alvéolaire qui recouvre la face interne des lèvres et des joues. Du côté linguale, la gencive se continue par la muqueuse du plancher lingual, et de côté palatin par la muqueuse palatine.
- e. *Sillon marginal*: dépression vestibulaire marquant la limite entre la gencive libre et la gencive attachée. Ce sillon visible en bouche suit l'aspect festonné du parodonte.
- f. *Le sillon gingivo-dentaire*: appelé aussi le sulcus, il correspond à l'espace virtuel situé entre l'émail d'une part et la face interne de la gencive marginale (épithélium sulculaire) d'autre part, sa profondeur varie entre 0,5 à 2mm.



Source: Herbert F, Wolf., Edith, M., Klaus, H rateitschak. Parodontologie, 3eme édition. [s.I] : Elsevier Masson, 2004, p 2.)

Figure 1: La structure parodontale

- **Histologie du complexe mucco-gingivale**

La gencive est composée d'une partie épithéliale et d'une partie conjonctive, séparée d'une interface.

a- L'épithélium:

- L'épithélium oral gingival :

Il s'agit d'un épithélium pavimenteux, ortho ou para-kératinisé desquamant.

- L'épithélium oral sulculaire :

La partie de l'épithélium orientée vers la couronne dentaire, Il s'agit d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé.

- L'épithélium de jonction :

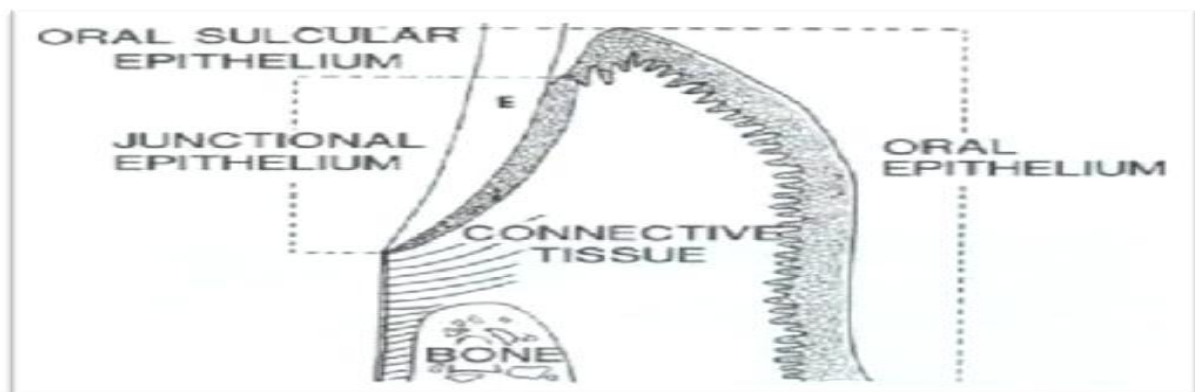
Une couche épithéliale située au fond du sillon gingival, contre la surface de la dent. Il forme avec les autres structures; l'attache épithéliale.

b- Le chorion gingival

C'est un tissu conjonctif. Il comprend donc une substance fondamentale, des fibres et des cellules (des fibroblastes et des fibrocytes ainsi que les cellules de défense).

c-L'interface

La frontière entre l'épithélium buccal et le tissu conjonctif sous-jacent présente un trajet sinueux. Les portions des tissu conjonctif qui se projettent dans l'épithélium sont appelées les papilles conjonctives et sont séparées par des ponts épithéliaux appelés digitations acanthosiques^[21-23].



Source: (Jan Lindhe,1986)

Figure 2 : Description schématique des différents tissus de la muqueuse gingivale.

1.2.5. Ecosystème bactérien

La cavité buccale est stérile au moment de la naissance, mais une flore aérobie primaire se développe dans les premières heures qui suivent, ensuite viennent d'autres espèces l'enrichir.

Plus de 500 micro-organismes différents ont été décelés dans état d'équilibre écologique non pathogène avec l'organisme [24, 25].

1.2.6. Les déterminants écologiques

Ces derniers concourent à la stabilité de l'écosystème buccale, ils sont représentés par:

Le Ph (6.7 à 7.3), la température (34 à 36°C) et l'hydrométrie.

2. La santé parodontale

Selon Claude Bernard: La santé parodontale est une étape stable dans le temps de chacun des quatre tissus parodontaux qui adhèrent et/ou s'attachent sur la face entière de la racine dentaire. Cliniquement, la santé parodontale est reflétée par (un aspect finement granité ou piqueté en peau d'orange et fermement attachée aux structures sous-jacentes pour la gencive attachée et lisse et uniforme pour la gencive libre et de couleur rose pâle, de consistance souple et élastique pour la partie libre, ferme et adhérente pour la gencive attachée, de contour régulier, suit les collets anatomiques des dents, le bord gingival est en biseau franc et net réalisant une architecture déflectrice aux aliments, avec une profondeur du sulcus de 0 à 2 mm et une gencive qui ne saigne pas) [26].

3. La maladie parodontale

3.1. Définition

Regroupe toutes les affections atteignant les tissus parodontaux superficiels et profonds [23].

3.1.1. Gingivite

La gingivite est une maladie inflammatoire localisée ou généralisée à l'ensemble de la gencive. Dans la majorité des cas, la gingivite est due à un phénomène inflammatoire d'origine bactérienne. Dans tous les cas, l'attache épithéliale et conjonctive sont épargnées et protègent le parodonte profond [20].

3.1.2. Parodontite

La parodontite est une maladie des tissus profonds de l'odonte elle se caractérise par une dégradation du système d'attache épithéliale et conjonctive et une lyse osseuse [21].

Les maladies parodontales sont des maladies infectieuses multifactorielles, initiées par l'accumulation du biofilm bactérien à l'interface entre la gencive et la dent et provoquant la destruction des tissus de soutien: gencive, cément, ligament et os alvéolaire [27].

3.2. Epidémiologie

Au cours des dernières années, le CPITN a été l'indice le plus souvent utilisé dans le monde pour des études épidémiologiques.

Dans une analyse de nombreuses études effectuées en Europe : aux Etats-Unis et en Amérique latine, Miyazaki et al. (1991a, b) a pu démontrer des résultats hétérogènes. Les formes sévères (code CPITN 4) ne se trouvent, malgré une large répartition entre les différents pays, que chez 10-15% des sujets étudiés.

Dans l'ensemble, on peut constater que les gingivites et les parodontites légères sont largement répandues en Europe, aux Etats-Unis et en Amérique latine ; Au contraire, les destructions profondes ne sont présentes que chez 10-15% de la population.

En Asie et en Afrique, la parodontite devrait être plus répandue que dans les populations mentionnées ici [25].

3.3. Etiopathogénie

3.3.1. Etiologie

Les maladies parodontales sont des maladies infectieuses multifactorielles, initiées par l'accumulation du biofilm bactérien à l'interface entre la gencive et la dent et provoquant la destruction des tissus de soutien: gencive, cément, ligament et os alvéolaire.

3.3.1.1. Le Biofilm bactérien:

La quasi totalité des bactéries à la surface de la planète sont adhérentes à une surface et font partie d'une structure complexe et organisée appelée biofilm, constituée de différents agrégats bactériens inclus dans une matrice extracellulaire protectrice et

comportant des canaux hydriques, par lesquels circulent les nutriments, l'oxygène et les produits de dégradation du métabolisme bactérien, et un système de communication permettant des échanges d'information entre les microcolonies bactériennes [26].

3.3.1.2. Les facteur de risques

3.3.1.2.1. Les facteurs de risque locaux

Ils regroupent: l'hygiène bucco-dentaire défectueuse, manque et composition de la salive, respiration buccale, restauration mal faite, tartre supra ou sous gingival, malposition dentaire, carie radiculaire ou du collet, Irritations exogènes, mécaniques, chimiques, thermiques, corrosives, actiniques, stimuli allergisants, Phénomène de pression oro-faciale, parafonctions professionnelles^[28] .

3.3.1.2.2. Les facteurs de risque généraux

Les facteurs systémiques ou généraux peuvent avoir des effets défavorables sur les tissus parodontaux. En effet, tout facteur capable d'altérer la réponse inflammatoire / immunitaire et ainsi l'équilibre ente l'hôte et les bactéries au niveau locale, va avoir un effet sur la santé parodontale.

- **Facteurs modifiables**

Représentés par : maladies systémiques (diabète, infection par le HIV, les maladies du sang, les dysfonctionnements de l'équilibre hormonale ; etc.,) Tabagisme, stress, consommation de médicaments, éducation, environnement social, comportement vis-à-vis de la santé ; style de vie, environnement, alimentation ^[25].

- **Facteurs non modifiables**

Représenté par : L'ethnie, L'hérédité, Le sexe, L'âge ^[29] .

3.3.2. Pathogénie

3.3.2.1. Phénomène essentiels du processus inflammatoire et son évolution

L'inflammation est l'ensemble des réactions locales qui se produisent dans l'organisme en réponse à l'action irritante ou à la perturbation créées par un certain nombre de facteurs. Ces réactions se caractérisent essentiellement, selon Celse, par quatre symptômes cardinaux: rougeur, œdème, chaleur et douleur. Nous considérons la réaction inflammatoire aiguë comme la première ligne de défense tissulaire et la

réaction inflammatoire chronique comme la seconde ligne de défense tissulaire après une irritation ou une agression ^[30].

3.3.2.2. Pathogénèse de la maladie parodontale liée à l'action du biofilm bactérien

Les bactéries parodontopathogènes possèdent la capacité de lyser les tissus du parodonte par trois mécanismes :

- Directement : par libération d'enzymes et de substances cytotoxiques ;
Indirectement : les bactéries et leurs produits déclenchent la synthèse d'enzymes lytiques chez certains cellules eucaryotes présentes dans le parodonte.
- Indirectement encore : en activant des cellules de l'immunité et en déclenchant une réponse immunitaire aboutissant à la libération de médiateurs inflammatoires qui, à leur tour, activant plusieurs mécanismes de dégradations tissulaire.
- Simultanément, certaines bactéries parodontopathogène peuvent migrer à l'intérieur des tissus gingivaux, cette invasion entrainerait une évation de la réponse immunitaire et une perturbation de l'homéostasie tissulaire ^[31].
- La première manifestation de ce mécanisme est la gingivite.

Progression de la gingivite à la parodontite

La dégranulation des polymorphonucléaires libère des enzymes capables de dégrader le tissu conjonctif, des constituants bactériens tels les lipopolysaccharides (LPS) stimulent la production de cytokines et de médiateurs de l'inflammation (IL-1, IL-6, IL-8, TNF α , PGE2) par les cellules de l'hôte. Fibroblastes, monocytes, lymphocytes, qui aboutissent à la migration de l'épithélium jonctionnel, à la destruction du conjonctif gingival et de l'os alvéolaire. Une poche parodontale caractéristique de la parodontite est ainsi formée^[32].

3.3.2.3. Conséquence de l'inflammation sur le parodonte :

- Changement de couleur.
- Consistance molle.
- Aspect lisse et contour irrégulier.
- Profondeur de sulcus supérieur à 2mm.
- Saignement.

- Mobilité et les migrations.

4. Classification et formes cliniques de la maladie parodontale

Tableau 1: La classification des maladies parodontales selon Armitage (1999).

Maladie gingivale	<p>Maladie gingivale induite par la plaque : gingivite associée avec la plaque uniquement, maladie gingivale associée à des facteurs systémiques, maladie gingivale et médicaments, gingivites et malnutritions.</p> <p>Lésion gingivale non induite par la plaque : pathologie gingivale liée à une bactérie spécifique, maladie gingivale d'origine virale, maladie gingivale d'origine fongique, lésions gingivales d'origine génétique, gingivites au cours de manifestations générales, lésions traumatiques, réactions auto-immunes, non spécifiques</p>
Parodontites chroniques	Localisées Généralisées
Parodontites agressives	Localisées Généralisées
Parodontites manifestations d'une maladie générale	Associées à une hémopathie : Neutropénie acquise, leucémie... Associées à une anomalie génétique : neutropénie familiale cyclique, syndrome de Down, syndrome de déficience d'adhésion des leucocytes..... Non spécifiées
Parodontopathies ulcéro-nécrotiques	La GUN, la PUN
Abcès parodontal	Abcès gingival, Abcès parodontal, Abcès péri-coronaire
Parodontite associée a une pathologie endodontique	Lésions combinées endo-parodontales
Anomalies buccodentaires acquises ou congénitales en rapport avec les Parodontopathies	Facteurs locaux liés à la dent prédisposant aux gingivites ou aux Parodontites Malformation muco-gingivale au voisinage des dents Malformation mucogingivale et édentation Traumatisme occlusal

Source : ANAES. Classification des maladies parodontales adaptée de Armitage, 1999. mai 2002

5. Complications de la maladie parodontale

5.1. Complications locales

Les bactéries qui adhèrent à la dent vont s'infiltrer entre la dent et la gencive, la gencive se décolle de la dent et forme une poche parodontale qui abrite davantage de bactéries.

L'os se résorbe, la poche s'approfondit, les tissus qui soutiennent la dent sont progressivement détruits. La dent deviendra mobile et sera perdue par manque de support même si elle est totalement saine ^[33].

5.2. Complications locoregionales

Elles regroupent :

Phlegmons, cellulites, septicémies ^[34], angine de Ludwig, sinusites maxillaires chroniques^[33].

5.3. Complication générales

Elles sont représentées

La pneumonie d'aspiration ^[35], les maladies cardio-vasculaires 30 les accouchements prématurés et le faible poids à la naissance ^[36], maladies rénales, diabète ^[37], la gastrite chronique à *Helicobacter pylori*, la polyarthrite rhumatoïde et maladie de Paget, certains types de cancers(orale, gastrique et pancréatique..) ^{[38][39]}, la maladie d'Alzheimer^[40], Morbidité^[41].

II/ Généralités sur le tabac

1. Historique

Depuis près d'un millénaire les amérindiens utilisaient quotidiennement le tabac, Mais les occidentaux ne fumèrent qu'après la découverte des Amériques par Christophe Colomb en 1492.

La date d'introduction du tabac en Europe est mal connue. Dès le début de XVI^e siècle des premières feuilles et graines de tabac sont rapportées en Europe.

En 1560 Jean Nicot envoi des feuilles de tabac râpées à Catherine de Médicis, reine de France comme une plante médicinale capable de calmer ces migraines, sous le nom de « nicotiane ».

En 1580, il parvient en Turquie, véritable porte vers l'Asie; Pour l'Afrique, l'entrée s'est faite par le Maroc en 1593.

Dès la fin du XVI^e siècle, le tabac est connu dans le monde entier et on lui prête alors de nombreuses vertus thérapeutiques.

Au XVII^{ème} siècle, les vertus thérapeutiques sont mises en doute.

En 1809, Vauquelin isole le principe actif : la nicotine, Napoléon rétablit le monopole des tabacs en 1811 avec la création d'une Régie d'Etat.

La cigarette apparaît entre 1830 et 1840 et constitue un moyen efficace et peu coûteux pour l'utilisation du tabac ^[42] ^[43].

2. Epidémiologie du tabagisme dans le monde

La consommation de tabac est l'une des plus graves menaces n'ayant 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 d'anciens consommateurs, et environ 890 000 des fumeurs passifs.

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.

Près de 80% du milliard de fumeurs que compte la planète vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, là où la charge de morbidité et de mortalité liée au tabac est la plus lourde.

Seul un pays sur trois, représentant à un tiers de la population mondiale, surveille la consommation de 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'OMS pour la lutte antitabac, soit 3,6 milliards de plus qu'en 2007 ^[44].

3. Epidémiologie du tabagisme en Algérie

La consommation de tabac a triplé en Algérie durant ces trois dernières décennies avec l'enregistrement, actuellement, d'une prévalence de 43,8% chez les hommes contre 7,7% en 1978 et 25% en 1998.

L'institut national de la santé publique (INSP), a indiqué, que la prévalence actuelle du tabagisme chez la population féminine est de 6,5%, expliquant ce phénomène.

Soulignant les dangers encourus par les fumeurs, tant actifs que passifs (inhalation involontaire de la fumée), 90% des cancers du poumon sont liés au tabagisme en Algérie, où plus de 15.000 morts liées au tabac sont recensées chaque année, depuis 2010, soit 45 décès dus au tabac chaque jour.

Les Algériens ont consommé, en 2007, près de 18.000 tonnes de cigarettes^[45].

4. Présentation des produits tabagiques

Les produits du tabac sont des produits fabriqués entièrement ou partiellement à partir de feuilles de tabac et destinés à être fumés, sucés, chiqués ou prisés ^[46].

4.1. Tabac sans fumé

TSF anciennement utilisé comme un médicament au 17^{ème} siècle, à perdu son popularité au début de 19^{ème} siècle au profit des tabacs à fumer mais il est toujours populaire dans certaines zones rurales ^[47].

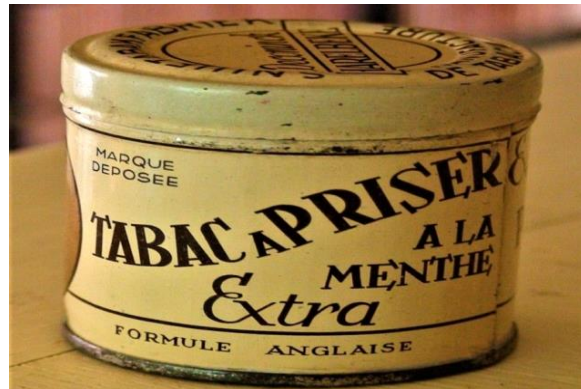
Le TSF n'est pas brûlé, son action se fait par une absorption directe de la nicotine par la muqueuse.

Se présente sous deux formes tabac à priser, et tabac à mâcher ou à sucer (tabac à chiquer et chwing Tobacco).

4.1.1. Tabac à priser (SNUFF)

Le tabac à priser est un tabac broyé en fine poudre souvent aromatisée, il est destiné d'être consommé par insufflation (par le nez) ce qui définit le snuff, comme il peut être destiné à la consommation orale ; moist snuff tabac finement moulu fabriqué sous

forme humide, ou dry snuff sous forme sèche identique au tabac à chiquer ou à sucer [47]



Source: "Tabac A priser" Tobacco Tin With Papillon Dog Lithograph

Figure 3: Snuff

4.1.2. Tabac à mâcher et à chiquer

Le tabac à mâcher se présente soit sous forme de feuilles broyées, de plaques ou rouleaux de tabac compact, dont ces derniers peuvent être aromatisés. L'utilisateur prend une portion de tabac et la mastique .

Tabac à chiquer, il peut être constitué de feuilles de tabac isolées tressées ou roulées en association avec d'autres aromatisants placés dans la bouche entre la lèvre et les dents dans une durée de 10 à 30 minutes. Le jus est consommé tout en crachant régulièrement le surplus.

Le tabac à chiquer entraîne un apport élevé de la nicotine en comparant à la fumée de la cigarette [47].



Source: A tin of chewing tobacco against a white background. Photo Taken On: June 25th, 2012

Figure 4 : Tabac à mâcher

4.2. Le tabac fumé

Contrairement au tabac non fumé ce tabac est Inspiré après avoir brûlé l'un de ces extrimités.il est présenté sous différent formes ^[46, 48] .

4.2.1. La cigarette

Une cigarette est un cylindre de papier, rempli d'un matériau 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. Les cigarettes sont parmi les produits les plus mortels et les plus addictifs.

Les cigarettes à l'aide de tabac séché par une technique qui acidifiait le tabac et sa fumée, la fumée acide doit être inhalée pour assurer une absorption efficace de la nicotine, et la fumée acide des cigarettes est plus facile à inhaler que la fumée légèrement alcaline caractéristique des cigares ^[46] .

4.2.2. Les cigares

Sont des cylindres formés à partir des rouleaux de tabac enveloppés dans une feuille de tabac. Ils contiennent autant de tabac qu'un paquet de 20 cigarettes .

Vu la nature alcaline de ce tabac, le consommateur est exposé à la nicotine et a d'autres substances par le simple fait de tenir en bouche le cigare éteint^[46].

4.2.3. Les Bidis

Sont de petites cigarettes roulées a la main, contient en général quelque centaines de milligrammes de tabac enveloppé dans une feuille de tendu ou temburni.

Des études montrent que la libération de la nicotine et d'autres substances par le Bidi est moins élevée par rapport aux cigarettes ordinaires, mais l'intensité de fumée et la fréquence d'utilisation accroît l'apport nicotinique réel et les effets cardiovasculaires par rapport aux cigarettes ^[46].



Source : terredasie.com

Figure 5:Les Bidis

4.2.4. Les Kreeks (cigarettes au clou de girofle)

Contiennent en général 40 % de clou de girofle e et 60% de tabac, les kreeks sont rarement testés sur des machines à fumer, la toxicologie de la fumée de clou de girofle inhalé est mal connue tondis qu'elle a un arôme susceptible de masquer les propriétés irritante de la fumé de tabac, aussi elle libère de l'eugénol, qui risque d'atténuer les effets sensoriels et donc de faciliter l'inhalation profonde de grandes quantités de fumée^[46].



Source : dernierecigarette.com

Figure 6: Les kreteks

4.2.5. Les pipes

La fumée de la pipe n'a pas besoin d'être inhaler directement pour quelle entraine une forte dépendance à la nicotine du fait qu'elle est plus alcaline que la cigarette, contient des quantités importantes de tabac, expose les fumeurs et les non fumeurs à des volumes de fumée équivalente a ceux de plusieurs cigarettes ^[46].

4.2.6. Les pipes à eau (HOUKAS, BANGS, NARGUILES, SHISHAS)

Les houkas , bangs, narguilés et shishas en sont des variantes régionales procurant un sentiment illusoire de pouvoir fumer du tabac en toute sécurité , la pipe a eau permet à la fumée de passer en bulles à travers de l'eau avant inhalation. Le tabac est chauffé et partiellement brûlé par adjonction dans le foyer d'un charbon incandescent ou d'une braise ardente, En outre, avec l'introduction de tabacs aromatisés, l'utilisation de la pipe à eau s'accroît très rapidement ^[46].

4.2.7. Cigarette électronique^[49]

Cigarette électronique, autrement appelée “vaporisateur personnel”, est un dispositif électronique qui permet de vaporiser une solution à base de propylène glycol et de glycérine végétale, le plus souvent aromatisée et pouvant contenir de la nicotine ^[48]. Les différents modèles de cigarettes électroniques: La cigalike, Le tube Mod, Le box Mod, Le pod Mod.

4.2.8. Cigarette légère

Plusieurs fumeurs croient que les cigarettes légères contiennent moins de nicotine, de goudron et autres produits chimiques que les cigarettes régulières. En fait, un fumeur de cigarettes légères absorbe tout autant de goudron, de nicotine et de monoxyde de carbone. Le mot "légère" est très trompeur ^[48]. Il renvoie uniquement au goût des cigarettes. En changeant la façon dont on fume, on reçoit la dose habituelle de nicotine de même que plus de goudron, de monoxyde de carbone et d'autres produits chimiques dangereux.

5. Composition de la fumée de cigarette

Le tabac renferme plus de 4000 substances chimiques dont le contenu dépend du traitement du tabac après la récolte (les tabacs bruns, et blonds)

Les substances les plus dominantes sont en nombre de 04 (nicotine, CO₂ substances cancérigènes et les irritants).

5.1. La nicotine

Est le principale alcaloïde du tabac, elle représente 90% de ces derniers, elle est très toxique, responsable de la dépendance pharmacologique. A une pénétration rapide dans la circulation sanguine (4 à 7 secondes après l'inhalation), et une demi-vie d'environ 2heurs (très brève), à un métabolisme hépatique et une élimination rénale sous forme de cotinine (La cotinine est le 1^{er} métabolite de la nicotine) ^[50, 51].

5.2. Le monoxyde de carbone

Est un gaz toxique inodore incolore et sans saveur ^[52], chaque cigarette fumée émet environ 50md de CO. Présente une affinité pour l'hémoglobine 20 fois plus supérieure a celle de l'oxygène, chez un fumeur le taux de carboxyhémoglobine (Hbco) représente plus de 5% ^[53].

5.3. Les substances cancérigènes

Les substances carcinogènes sont multiples ; hydrocarbures polycycliques, les benzopyrène.. L'action de ce dernier résulte des mutations induite sur le gène de la protéine p53 régulateur de l'apoptose. La combustion de la feuille de tabac et du papier produit les goudrons (les benzopyrène) qui ont une forte action cancérigène [54].

5.4. Les irritants

Ils sont nombreux tel que ; acroléine, aldéhyde, cétone, phénol, nitrosamine et l'acide cyanhydrique [54].

6. Mécanisme de toxicité du tabac envers l'état général

6.1. Tabac et dépendance

La dépendance se traduit par le besoin incontrôlable et irrésistible du fumeur à la cigarette, dont l'indicateur principal de cette dépendance peut être évalué par le délai entre le réveil et la première cigarette fumée [55].

La nicotine est la molécule responsable de cette dépendance, cependant celui-ci contient d'autres composants chimiques qui contribuent à ses effets addictifs.

6.1.1. Pharmacodépendance

L'OMS l'a défini comme : Un état psychique et quelquefois également physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit , se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le produit de façon continue ou périodique, afin de retrouver ses effets psychique et quelquefois d'éviter le malaise de la privation. Cet état peut s'accompagner ou non de tolérance, la tolérance étant un état d'adaptation pharmacologique nécessitant l'augmentation des doses pour obtenir les effets initiaux.

6.1.1.1. La dépendance psychologique

Mesurée par le test de Horn (Annexe N° 02).

C'est la dépendance comportementale, Où le fumeur développe l'habitude de fumer une cigarette après chaque repas ou le matin, ou devant toute une réunion sociale, elle fait référence à la consommation incontrôlable du tabac.

Elle est liée aux effets psycho-actifs de la nicotine, qui provoque une sensation de plaisir et d'euphorie, ces effets varient considérablement d'un fumeur à un autre et peut apparaître peu de temps après la première cigarette fumée [54].

6.1.1.2. La dépendance physique

Le test de Fagestrom évalue cette dépendance[56]. (Annexe N° 01)

6.1.1.2.1. Au niveau du système nerveux centrale

7 secondes après l'inhalation de la fumée de la cigarette, la nicotine atteint le cerveau et stimule les récepteurs nicotiques pré synaptique du système nerveux centrale causant la libération de certains neurotransmetteurs (dopamine, acétylcholine, sérotonine, norépinéphrine, béta endorphine) qui est associé à la détente, au plaisir et à l'augmentation de la capacité mémorielle et de la performance.

Suite à l'exposition chronique à la nicotine, une augmentation des récepteurs nicotinique de l'acétylcholine sera établie d'où le développement de la dépendance à la nicotine[57].

6.1.1.2.2. Au niveau des récepteurs périphériques

Agissant sur la plaque neuromusculaire la nicotine est responsable de la vasoconstriction, de tremblement et de tachycardie. Comme elle a un rôle dans le métabolisme des glucides et de lipides[58].

6.2. Tabac et appareil respiratoire

Le monoxyde de carbone perturbe l'oxygénation de l'organisme par leur fixation aux globules rouges. Les substances irritantes entraînent une inflammation des bronches. Les goudrons provoquent une diminution importante du souffle par leur dépose sur les bronches et poumons[59]. Les produits toxique respirés vont tapissés les cellules des différentes organes, ce qui se traduit par des maladies inflammatoires, allergique, infectieuse et certains cancers[60].

6.3. Tabac et appareil cardio vasculaire

L'oxyde de carbone et les gaz que l'on respire en fumant remplacent une partie de l'oxygène transporté dans le sang. Cela demande au cœur un plus gros effort et favorise les dépôts de cholestérol sur la paroi des artères. Des plaques d'athérome se forment petit à petit, obstruant partiellement les artères, voire les bouchant complètement. Ce qui

peut se traduire par de l'angine de poitrine et à terme, un infarctus. La nicotine favorise aussi la libération de substances qui augmentent la fréquence cardiaque et la pression artérielle. Le tabagisme entraîne enfin une diminution du taux de « bon cholestérol » ou HDL^{[61] [62]}.

6.4. Tabac et appareil digestif

La nicotine a une action néfaste sur le mucus, la perméabilité intestinale et l'immunité cellulaire^[63].

6.5. Tabac et système neurologique

La nicotine agit sur le cerveau par le biais de neurones et des neurotransmetteurs. Ceux-ci produisent alors de la dopamine, une hormone procurant de la satisfaction. A force de répétition, le cerveau s'habitue à la présence de cette substance. Et lorsque la consommation s'arrête, une sensation de malaise apparaît : le corps est en manque^[64].

6.6. Tabac et système urinaire

Proportionnellement avec le nombre de cigarette fumé, le tabac est responsable d'un tiers de cancer de la vessie puisque l'élimination des substances toxiques du tabac se fait par les reins. Le mécanisme précis de la carcinogenèse vésicale par le tabac reste à déterminer, le rôle majeur est attribué aux : amines aromatiques, en particulier le 4-aminobiphényle et la o-toluidine qui sont des carcinogènes vésicaux prouvés et connus^[65].

6.7. Tabac et système reproducteur

Chez l'homme, le tabac est responsable de la diminution du nombre des spermatozoïdes et de leur mobilité ce qui les rend moins féconds. Vu l'effet du tabagisme sur l'appareil cardio-vasculaire donc sur l'irrigation des artères pèniennes, une impuissance masculine s'installe^{[59] [66]}.

Chez les femmes, 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, la nicotine diminue les battements des cils, destinés à propulser l'embryon dans l'utérus, ce qui augmente le risque de grossesse extra utérine. Le risque de Fausse Couche chez une fumeuse est

également bien plus élevé. Le tabagisme augmente aussi le risque de retard de développement du fœtus et de la mort subite du nourrisson^[67].

6.8. Tabac et la peau

Le tabac accélère le vieillissement par dégradation des fibres élastiques ; le fumeur présente une peau sèche avec des rides précoces et plus profondes que la normale et une teinte plus pâle.

La nicotine irrite la paroi des glandes sébacées et rend propice l'apparition de kystes à l'aine ou derrière les oreilles. On observe d'autres répercussions, notamment sur le développement des cheveux.

Le tabagisme aurait pour effet de les priver de certains nutriments indispensables à leur vitalité, à leur brillance (acides aminés, vitamines B, oligo-éléments) : c'est pour cette raison que les fumeurs ont les cheveux qui grisonnent plus rapidement^[68], Mais le tabac exerce aussi des effets négatifs sur la poussée des cheveux, et favorise leur chute, car il endommage le génome capillaire^[69].

6.9. Tabac et la vision

L'effet délétère du tabac sur la vision pourrait être véhiculé par son action à l'encontre du système anti-oxydatif. Il détruit notamment la densité des pigments rétiens, indispensables à la bonne santé de notre système visuel^[70].

6.10. Tabac et interaction médicamenteuse

La consommation du tabac présente une influence sur la pharmacocinétique et pharmacodynamique de certains médicaments par l'augmentation ou la diminution de leurs effets, comme elle peut supprimer totalement leurs effets et accroître leurs effets indésirables^[71]. Parmi ces médicaments : la pentazocine, dextroproxypène, théophylline, furosémide, propranolol^[54].

6.11. Toxicité de la chaleur induite par le tabagisme

La chaleur induite par le tabac peut provoquer une toxicité principalement chez le fumeur de la pipe du fait de l'absence de mégot non consommé, et de la température de combustion qui est de l'ordre de 850°C. Cette agression se traduit par des brûlures chroniques, qui évoluent vers la perte du goût, et même vers des lésions précancéreuses^[62].

7. Le tabagisme passif^[70]

Selon l'OMS : « Le terme tabagisme passif signifie l'inhalation involontaire de la fumée provenant du courant qui s'échappe directement d'une cigarette ».

Le courant secondaire d'une cigarette est plus toxique que la fumée inhalée directement par le fumeur.

Le tabagisme passif aggrave les pathologies existantes et crée de nouvelles :

- Chez Le fœtus : retard de développement de fœtus et plus petit poids à la naissance.
- Chez le jeune enfant :
 - ✓ Une irritation des yeux du nez et de la gorge ;
 - ✓ Fréquence accru des otites et rhinopharyngite ;
 - ✓ Risque d'infection respiratoire et crises d'asthme et de mort subite.
- Chez l'adulte : Double le risque d'AVC ;
 - ✓ Le risque de développer un cancer de poumon est de 25% ;
 - ✓ Le risque de développer une crise cardiaque est de 50%.

8. Tabac et autres addictions

Le tabac peut être associé, à d'autres substances d'une autre nature qui peut donner des sensations euphorique de plaisir., et augmenter l'effet du tabac.

Les addictions peuvent êtres les suivantes : cannabis, alcool, héroïne, cocaïne^[72].

III. Toxicité du tabac envers la cavité buccale

1. Tabac et milieu buccal

1.1. 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 les premiers temps du tabagisme et chez des fumeurs modérés, on remarque une hypersialie transitoire car les glandes salivaires seront davantage stimulées. Mais rapidement et sur le long terme, sera constaté une dégénérescence des glandes salivaires entraînant une hyposialie^{[73] [53]}.

En ce qui concerne la composition salivaire, on remarque que 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^{[53] [62]}.

1.2. Tabac et le fluide gingival

Le fluide gingival contenu dans le sulcus va subir 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^{[53] [74]}.

1.3. Tabac et PH

Le Ph du milieu buccal d'un fumeur est plus alcalin que celui retrouvé chez un non-fumeur^[75].

1.4 Tabac et la muqueuse buccale

Certaines lésions de la muqueuse buccale sont très caractéristiques d'une exposition tabagique de par leurs aspects ou leurs situations. Les modifications pathologiques de la muqueuse buccale sont essentiellement liées aux brûlures thermiques causées par la fumée de cigarette, mais aussi aux brûlures chimiques en rapport avec certains des constituants: monoxyde d'azote, aldéhydes qui se lient à l'oxygène et forment du dioxyde d'azote hautement toxique^[11].

1.4.1. Les lésions non cancéreuse de la cavité buccale associées au tabac

1.4.1.1. Les kératoses tabagiques

Selon la définition de l'OMS, il s'agit d'une lésion blanchâtre ne correspondant à aucune autre entité nosologique connue. Elle est non détachable au grattage^[12].



Source : Kuffer R et al. La muqueuse buccale, de la clinique au traitement. Paris : MED'COM, 2009, 416)

Figure 7: Kératose de la zone de contact et de la demi-muqueuse de la lèvre inférieure. En partie verruqueuse (M 42, environ 40Cigarettes/jour)

1.4.1.2. Les candidoses

C'est une lésion blanchâtre qui peut se présenter au niveau des muqueuses buccales et de la langue, facilement détachable avec un abaisse-langue en bois dans la forme aiguë, et très adhérente en forme chronique^[76].



Source : Kuffer R et al. La muqueuse buccale, de la clinique au traitement. Paris : MED'COM, 2009, 416)

Figure 8: Candidose papillomateuse et hyperkératosique de la région rétro commissurale droite

1.4.1.3. Les leucoedème

C'est une teinte opalescente de la muqueuse jugale qui a un aspect finement plissé, non kératosique et dont la consistance est identique à la muqueuse normale, d'aspect de velours peut rapidement être ôté par grattage mais il réapparaît rapidement^[77].

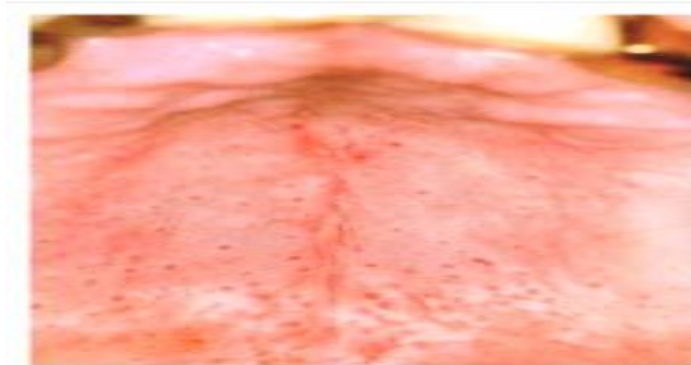


Source : Kuffer R et al. La muqueuse buccale, de la clinique au traitement. Paris : MED'COM, 2009, 416)

Figure 9: Leucoedème au niveau de la muqueuse jugale gauche

1.4.1.4. Palais du fumeur

Ce sont surtout les fumeurs de pipe qui développent au niveau du palais dur, parfois aussi du palais mou, des lésions hyperkératosiques étendues, d'aspect pavimenteux, souvent parsemées de ponctuations rouges^[73].



Source : Kuffer R et al. La muqueuse buccale, de la clinique au traitement. Paris : MED'COM, 2009, 416

Figure 10: Palais du fumeur de cigarette (M 55, 20 à 30 cig/jr)

1.4.1.5. Mélanose du fumeur

La mélanose tabagique est une des lésions bénignes les plus fréquentes chez un fumeur, elle concerne 25,5 à 31% des fumeurs^{[62] [75]}.

On peut observer une hyperpigmentation brunâtre diffuse et irrégulière localisée, Préférentiellement au niveau des incisives supérieures, ou du palais dur ou mou.

Elle est liée à une stimulation par la nicotine des mélanocytes provoquant des dépôts de mélanine dans l'épithélium et le tissu conjonctif sous-jacent. Ce n'est pas une lésion précancéreuse et elle est réversible à l'arrêt du tabac^[75].



Source: Fajria D, Oleh M. Smoker melanosis.

Figure 11: Mélanose tabagique

1.4.1.6. Aftose

Chez un patient tabagique, on peut remarquer l'absence ou la très rare présence d'aphtes. En effet, la nicotine a un rôle protecteur contre l'inflammation en raison de la kératinisation plus importante de la muqueuse buccale et la vasoconstriction locale. Lors de l'arrêt du tabac, une recrudescence d'aphtes est fréquente^[78].



Source : <http://finchdesign.co/comment-faire-partir-un-aphte/les-25-meilleures-ides-de-la-categorie-aphte-sur-pinterest-12-awesome-comment-faire-partir-un-aphte/>

Figure 12 : Aftose

1.4.1.7. Langue vilieuse

Appelée également langue chevelue noire, elle est très fréquente et provient d'une kératinisation au niveau des papilles filiformes^[79].



Source : Dermatologie buccale. Pathologies de la muqueuse buccale. Centre de réhabilitation orale

Figure 13 : Langue vilieuse noire

1.4.2. Lésions précancéreuses de la cavité buccale associées au tabac

1.4.2.1. Chéilite actinique

Il s'agit d'une lésion kératinisée précancéreuse située préférentiellement au niveau de la lèvre due à des lésions de l'ADN par les rayons UV^{[79][80]}.



Source : Lotfi Ben Slama, Carcinomes des lèvres, sep 2008

Figure 14: Chéilite actinique (67)

1.4.2.2. La leucoplasie

La leucoplasie est une tâche ou plaque blanche, localisée à la surface d'une muqueuse, qui ne se laisse pas se détache par grattage. Le seul facteur étiologique retenu des leucoplasies est le tabac surtout les fumeurs de pipe^{[81][82]}.



Source : Prise en charge des patients présentant des lésions buccales rouges ou rouges et blanches | J Can Dent Assoc 2013;79:d95

Figure 15 : Leucoplasie homogène au niveau de la gencive supérieure gauche.

1.4.2.3. Le lichen plan

Le lichen plan est une maladie auto-inflammatoire d'étiologie indéterminée, souvent chronique sensation veloutée ou rèche au niveau des lésions, brûlures, douleurs. Diverses altérations morphologiques (stries de Wickham, érythème, papules, vésicules, érosions) accompagnent les symptômes qui se manifestent sur la muqueuse jugale, la langue, les lèvres, le palais ou la gencive^[83].



Source : Dermatologie buccale. Pathologies de la muqueuse buccale. Centre de réhabilitation orale

Figure 16: Lichen plan érosif de la langue.

1.4.3. Lésions cancéreuses de la cavité buccale associées au tabac

1.4.3.1. Carcinome épidermoïde

Il s'agit du cancer le plus répandu de la sphère oro-faciale, et fait partie des dix cancers les plus fréquents^[62]. Les premières lésions peuvent être asymptomatiques, érythémateuses ou blanchâtres ou les deux; elles 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, par exemple dans le cas du carcinome labial. La douleur apparaît lorsque la tumeur envahit les fibres nerveuses, ou qu'il existe

des phénomènes inflammatoires importants liés à la nécrose, ou à la surinfection^[77] ^[84].



Source : Kuffer R et al. La muqueuse buccale, de la clinique au traitement. Paris : MED'COM, 2009, 416)

Figure 17: Carcinome épidermoïde du pilier antérieur droit et du voile du palais, chez un fumeur de pipe

1.4.3.2. Carcinome verruqueux

C'est un carcinome épidermoïde in situ. La lésion apparaît comme une plaque épaisse, asymptomatique, bien démarquée, diffuse avec des projections en surface papillaires ou verruciformes. Elle est typiquement blanche, mais peut aussi apparaître érythémateuse ou rose. Ce carcinome évolue de façon lente et ne provoque pas de métastases^[85].



Source : Kuffer R et al La muqueuse buccale, de la clinique au traitement Paris : MED'COM, 2009, 416p

Figure 18: Carcinome verruqueux

1.5. Tabac et organe dentaire

1.5.1. Tabac et odonte

1.5.1.1. Tabac et processus carieux

L'influence du tabac sur le développement des caries dentaires reste un sujet anecdotiquement étudié. Il est vrai que le niveau d'hygiène bucco-dentaire des fumeurs peut biaiser un bon nombre de recherches, ceux-ci présentant un tableau clinique souvent fourni.

Une ancienne étude faite par Lueza, en 1977, décèle une éventuelle action anticariogène du tabac. Cette hypothèse reste cependant à démontrer. D'autres études plus récentes viennent contredire ces affirmations, celles-ci montrent des différences significatives en ce qui concerne l'apparition et la prévalence des caries chez les patients fumeurs par rapport aux patients non-fumeurs. En effet, la nicotine affaiblissant les flux salivaire et gingival, responsables de l'autonettoyage mécanique des surfaces dentaires provoquant une persistance de la plaque et des bactéries cariogènes et bien d'autres.

De plus, une étude menée par le Pr Koji Kawakami au Japon afin de déceler le lien entre le tabagisme gravidique et passif durant les premières années et les caries sur les dents lactéales a montré que les enfants exposés au tabagisme à la maison à l'âge de 4 mois sont deux fois plus susceptibles de présenter des lésions carieuses sur les dents de lait que les enfants non exposés. Cependant, l'équipe n'a pas trouvé de différence significative chez les enfants exposés au tabagisme maternel durant la grossesse^[86].

1.5.1.2. Edentement et tabagisme

Les édentements, plus fréquents chez les patients fumeurs ou ayant un lourd passé tabagique, peuvent s'expliquer par la forte sensibilité de ces patients à la maladie parodontale entraînant, à terme et en l'absence de traitement, une perte dentaire. Le tabac augmente le risque de perte prématurée des dents (Krall et coll, 1997).

1.5.1.3. Colorations dentaires liées au tabagisme

La nicotine, liquide jaune-brun, chauffée par la combustion de la cigarette, forme une fumée colorée elle aussi. Cette dernière pénètre l'émail et les restaurations, et colore l'émail, les joints prothétiques ou ceux des restaurations.

En effet, l'émail et la dentine sont des tissus poreux laissant passer les produits de dentisterie, les bactéries et donc par conséquent la nicotine^[87].

1.5.2. Tabac et parodonte

L'effet du tabac sur le parodonte se manifeste par des altérations au niveau cellulaire et tissulaire

1.5.2.1. Tissu conjonctif

Le tabac a des incidences multiples au niveau du tissu conjonctif en raison de son action néfaste sur les fibroblastes, cellules contenues dans le ligament desmodontal et le tissu gingival, qui ont donc un rôle prépondérant dans l'ancrage de la dent.

Chez le fumeur, 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^[88].

1.5.2.2. L'os alvéolaire

Les os des fumeurs seraient moins minéralisés en raison des perturbations hormonales.

1.6. Tabac et réponses de l'hôte

1.6.1. Immunité non spécifique

Chez le patient tabagique, on retrouve une augmentation du nombre de macrophages qui vont libérer des radicaux libres oxygénés ; mais leur rôle principal dans l'inflammation et la défense aspécifique va être amoindrie: leur capacité de phagocytose est altérée et la production de cytokines pro-inflammatoires diminuée.

En raison d'un moindre apport en oxygène, la consommation en oxygène des polynucléaires neutrophiles est diminuée et leur activité affectée. On observe une diminution du chimiotactisme, une altération de leur action phagocytaire ainsi que de leur action d'inhibition des protéases ^[53].

De plus, leur activité élastasique va, quant à elle, être exacerbée provoquant une destruction des tissus conjonctifs ^[89].

1.6.2. Immunité spécifique

Par rapport à un patient non-fumeur, une leucocytose B et T spécifique du patient fumeur est constatée, mais avec une activité altérée. La réponse de prolifération des lymphocytes T est affaiblie et on retrouve des problèmes de transduction de l'information. Du côté des lymphocytes B, une altération de la production des anticorps est notable [73].

Ceci explique une réduction de la concentration des immunoglobulines A, M et G qui ont un rôle important de protection des tissus parodontaux en cas de maladie parodontale: ce sont des anticorps dirigés contre les bactéries gram négatifs. Parallèlement à cela, la concentration des immunoglobulines E augmente. Ces anticorps ont, quant à eux, une activité pro inflammatoire néfaste par la libération d'histamine[73,74].

1.7. Tabac et bactéries parodontopathogènes

La prolifération de bactéries parodontopathogènes est favorisée par un environnement buccal soumis au tabagisme. En effet, la vasoconstriction causée par la nicotine et l'hypoxie due à la concentration élevée en monoxyde de carbone vont provoquer un manque d'oxygène accru dans le sulcus. Cette hypoxie associée à l'altération des défenses immunitaires va faciliter le développement de bactéries Gram – anaérobies telles que *Tannerella forsythia*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Treponema denticola*, *Porphyromonas gingivalis*...[73, 74, 89] .

Chez les fumeurs, la minéralisation et l'accumulation de la plaque dentaire est favorisée. Cette différence entre les patients fumeurs et non-fumeurs est plus marquée au niveau de la plaque sous-gingivale.

2. Tabac et maladies parodontales

2.1. Gingivite

2.1.1. Gingivite ulcero-necrotique

La gingivite ulcéronécrotique aiguë (GUNA) est une affection gingivale sévère caractérisée par des douleurs, des ulcérations et un saignement gingival[90].

Des études plus récentes (Melnick et coll.1988) ont confirmé le rôle étiologique du tabagisme dans la gingivite ulcéro-nécrosante aiguë (GUNA) avec un risque de 2 à 3 fois plus par rapport aux non fumeurs^[91].

2.1.2. Gingivite chronique

Les résultats sont moins homogènes, surtout chez les patients jeunes. Certains auteurs ont montré peu ou pas de différence d'inflammation gingivale entre les fumeurs et les non fumeurs (Ainamo 1971)^[92] Feldman et coll. 1983^[93] ; Bergstrom, 1989^[94]. Par contre, d'autres auteurs ont rapporté que l'inflammation gingivale est très marquée chez les fumeurs (Preber et coll. 1980^[95] ; Preber et Bergstrom. 1986^[96] , 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 Rugg-Gunn. 1984^[97] ; Mac Gregor 1984 [98].

Le saignement gingival est moins marqué chez les fumeurs, du fait que la nicotine a un effet vasoconstricteur.

2.2. Parodontite

Actuellement, tous les auteurs s'accordent et suggèrent que le tabac est un facteur de risque majeur, et que les fumeurs ont une alvéolyse importante, des poches parodontales profondes et une perte d'attache plus sévère (Haber et coll. 1993^[99]; Grossi et coll. 1994^[100] ; Linden et Mullally. 1994^[101] ; Mullally et Linden. 1996^[102] ; Zambow et coll. 1996^[103].

Le tabagisme augmente considérablement le risque de développer une parodontite agressive et ceci dans des proportions 5 à 20 fois plus importantes par rapport à un patient n'ayant jamais fumé. Ce risque est équivalent à celui de développer un cancer du poumon.

2.3. Récessions parodontales

Le travail de GUNSOLLEY et al. , en 1998, vient confirmer l'impression clinique en établissant une forte association entre le tabac et à la fois la perte d'attache et la récession.

Une population de 183 sujets a été sélectionnée avec, pour critère, l'absence de parodontite. Les fumeurs présentaient deux fois plus de perte d'attache que les non-fumeurs et les récessions étaient significativement plus grandes chez eux.

L'action du tabac dans le cadre des récessions peut être expliquée de plusieurs façons : l'altération de la réponse (comme pour la perte d'attache), la réduction de la vascularisation, mais aussi l'action mécanique du brossage excessif du patient fumeur, qui cherche à lutter contre les colorations d'origine tabagique^[104].

La prévalence de la récession gingivale et de la perte d'attache parodontale est plus importante chez les utilisateurs de TSF (tabac à mâcher et snuff) que chez les non-utilisateurs^[105-107]. La récession gingivale est plus importante au niveau des sites où les utilisateurs placent le tabac dans la cavité buccale, suggérant un effet local (traumatisme et effet local des composants du tabac) ^[108-110].

3. Effet du tabac sur les traitements parodontaux

Le tabac entraîne un stress oxydatif chez le fumeur provoquant une consommation importante en antioxydants de petite taille comme la vitamine C (chaque cigarette «consomme» 25 mg de vitamine C (CORSON P., 1995). Le patient fumeur est alors en hypovitaminose C.

La carence tissulaire en vitamine C prolonge les phénomènes inflammatoires, retarde l'épithélialisation, réduit la formation de mucopolysaccharides, bloque la synthèse du collagène et altère l'intégrité des parois capillaires. Le fumeur est donc plus susceptible aux infections et sa cicatrisation est retardée.

Le tabac contient également un certain nombre d'irritants, tels que les phénols et les aldéhydes, capables d'engendrer des modifications histologiques des épithéliums qui pourraient perturber la cicatrisation d'une plaie en plus des perturbations systémiques

Le tabagisme conditionne le pronostic puisque le fumeur répond moins bien au traitement parodontal et son risque de récurrence est plus important^[111].

- Les traitements non chirurgicaux de la maladie parodontale comportent les mesures d'hygiène buccodentaires, le détartrage et le lissage-surfçage radiculaire. La réponse à ces traitements est moins favorable chez les fumeurs que chez les non-fumeurs ^[112-114].

- La réduction de la profondeur des poches est moins importante chez les fumeurs^[85] ^[115-119] , y compris en cas de maladie parodontale agressive généralisée .Le gain d'attache parodontale est également moins important chez les fumeurs que chez les non-fumeurs^[119] et plus tardif, ne devenant significatif chez les fumeurs que six mois après le traitement, alors que chez les non-fumeurs, le gain d'attache est significatif dès le premier mois de traitement ^[117].
- Chez les patients fumeurs traités chirurgicalement, la profondeur au sondage post thérapeutique est plus importante, et le gain d'attache clinique et de hauteur d'os plus faible. Sur 12 mois, la réduction des profondeurs de poches est significativement moins importante chez les fumeurs en comparaison des non-fumeurs, soit 0,8mm et 1,3mm respectivement. Les taux de succès de la chirurgie muco-gingivale et de la régénération tissulaire sont réduits chez le fumeur^[89].
- D'après JANSSEN et HAGSTROM en 2002, les fumeurs sont des patients à risque de récurrence de la maladie pendant la phase de maintenance tout comme les patients ne respectant pas la phase de maintenance.
- En conséquence, un manque de conformité à la thérapie de maintenance ajouté au tabagisme sont des facteurs de risques qui se cumulent pour la progression future de la maladie^[62] .

IV. Prise en charge du fumeur

1. La réglementation relative au tabagisme

Voici quelques décrets et arrêtés de la Législation Algérienne en matière de lutte antitabac:

- Loi n° 85-05 du 17 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé.
- Articles 63-64-65 et 66.
- Arrêté n° 24 MSP/MIN du 15 juillet 1999; portant création du comité médical national de lutte anti tabac.
- Décret exécutif N° 01-285 du 24 septembre 2001 fixant les lieux publics où l'usage du tabac est interdit et les modalités d'application de ce décret (JO N° 55 du 26 septembre 2001, P15-16).

- Décret exécutif n° 01-396 du 9 décembre 2001 portant réglementation des activités de fabrication et de distribution de tabacs.(JO N°75 p9-14).
- Décret exécutif n° 01-397 du 9 décembre 2001 fixant les conditions d'importation des tabacs manufacturés par les personnes morales justifiant d'un agrément en qualité de fabricant de tabacs.(JO N° 75 p 15).
- Instruction ministérielle n° 1437/MSPRH/DP/2005 relative à la mise en application du Décret exécutif n° 01-285 du 24 septembre 2001 fixant les lieux publics où l'usage du tabac est interdit et les modalités d'application de cette interdiction.
- Décret présidentiel n°06–120 du 12 mars 2006, portant ratification de la convention cadre de l'OMS pour la lutte anti tabac adoptée à GENEVE le 21 MAI 2003.
- Instruction ministérielle n° 020 du 23 mai 2007 relative à la mise en place des hôpitaux sans tabac.
- Instruction ministérielle 03 Juin 2007 relative à la mise en place des hôpitaux sans tabac.
- Art 144 de la loi sanitaire : Toute forme de publicité en faveur des produits du tabac est interdite.
- Art 147 de la loi sanitaire : La commercialisation des produits du tabac est subordonnée à l'apposition, sur la partie la plus visible de l'emballage, d'un avertissement général portant la mention suivante « La consommation du tabac est nocive pour la santé ». Pour les paquets de cigarettes, outre l'avertissement général, un avertissement spécifique émanant de l'autorité sanitaire doit figurer sur l'autre grande surface du paquet. Ces mises en garde et leurs modalités d'utilisation sont définies par voie réglementaire.
- Art 149 de la loi sanitaire: L' vente de tabac ou produits du tabac aux mineurs est interdite, sous peine de sanctions pénales.
- Art 170 de la loi sanitaire : Tout fabricant ou importateur de produits du tabac qui aura contrevenu aux dispositions prévues à l'article 147 de la présente loi est passible d'un emprisonnement de 2 mois à 6 mois et d'une amende de 200.000 DA à 2.000.000 DA ou de l'une des deux peines. En cas de récidives répétées, le retrait définitif

2. Le sevrage

Le sevrage est le fait de stopper une chose à laquelle on était jusqu'alors dépendant.

Il associe les thérapies médicamenteuses, comportementales et cognitives afin de compenser syndrome de manque, besoins impérieux de fumer, effets secondaires de l'arrêt ; un suivi prolongé permet de prévenir la reprise^[120].

2.1. Objectifs

L'objectif principal du traitement est l'abstinence totale a 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 appel l'abstinence partielle. La Lung Health Study a montré l'utilité de l'abstinence partielle sur la fonction respiratoire dans une population de patients atteints de BPCO .Ce résultat a également été confirmé par Bolliger en Suisse. Toutefois, des données montrent qu'en cas de coronaropathie ou d'artérite des membres inférieurs, cette stratégie d'abstinence partielle permet d'améliorer des marqueurs intermédiaires comme le HDL-cholestérol ou le LDL-cholestérol^[121].

2.2. Moyens

Tout praticien en première ligne, qu'il soit pharmacien, médecin dentiste, médecin généraliste ou spécialiste, sage-femme, infirmière ou d'une autre profession devrait, en fonction de ses possibilités matérielles et de ses acquisitions professionnelles, soit, au delà du conseil minimal, prendre lui-même en charge le suivi, soit orienter vers un praticien ayant acquis une compétence dans l'aide à l'arrêt du tabac ou orienté vers un centre spécialisé de tabacologie ou spécialisé dans les addictions.

Dans une perspective de santé publique, le conseil minimal doit être systématisé. Une aide pour l'arrêt devrait être également proposée

Depuis que les substituts nicotiques sont disponibles sans prescription médicale, l'accessibilité des traitements a été significativement facilitée.

2.2.1. 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) [121].

Les formes galéniques existantes :

LA GOMME A MACHER : 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%) [122]. 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[57].



Source : Nicotinell -2mg- fruit

Figure 19: Gomme à mâcher

LE SYSTEME 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 [123].



Source : Omega-pharma-niquitin-nicotine-

Figure 20: Patch transdermique

LES PASTILLES SUBLINGUALES ET A 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^[121].

L'INHALEUR : Il peut être utilisé seul ou en association avec d'autres substituts nicotiques. Son usage est bien toléré. L'effet principal de ce substitut réside, semble-t-il, dans une aide comportementale aux personnes pour lesquelles la gestuelle est très importante^[68].



Source : Pharmacie-prado-mermoz.com

Figure 21: Inhaler

LE SPRAY : 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'inhaler, sans doute en raison de leur pharmacocinétique plus proche de celle de la cigarette^[121].

2.2.2. Bupropion - Amfebutamone - Zyban ® :^[121]

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)^[124].

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 cardiaque, rénale, endocrinienne, cutanée, neurologique,

psychiatrique et d'hypertension artérielle fumant plus de 15 cigarettes/jour et motivés à l'arrêt du tabac

- ✓ 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 [125].

Il est recommandé de se référer au Résumé des caractéristiques du produit (RCP) lors de sa prescription en raison des précautions d'emploi et des modalités posologiques particulières.



Source : Bupropion Zyban

Figure 22: Zyban

2.2.3. La Varenicline : [121]

Nouveau médicament ne renfermant pas de nicotine, la varenicline est un agoniste partiel des récepteurs nico-tiniques neuronaux de l'acétylcholine $\alpha 4\beta 2$. Lorsqu'elle se lie à ces récepteurs, la varenicline déclenche la libération en concentration faible ou modérée de dopamine (de 35 à 60 p. 100 de la réponse à la nicotine), ce qui simule ainsi l'effet de la nicotine et soulage les symptômes du sevrage. Son traitement devrait durer au moins 12 semaines. S'il réussit à cesser de fumer au bout de 12 semaines de traitement, il devrait continuer à prendre le médicament pendant 12 autres semaines pour augmenter ses chances d'abstinence à long terme[57].



Source: Stop Smoking with Chantix

Figure 23: Varenicline

2.2.4. Les Prises en charge psychologiques (thérapies cognitivo comportementales)

Les techniques actuelles de cette thérapie permettent de faire face aux situations à haut risque aux envies de fumer et éventuellement à un faux pas, ces techniques ont comme but d'augmenter la confiance de sujet et lui expliquer que ce qu'il essaie d'accomplir n'est pas impossible. Les thérapies cognitivo-comportementales multiplient en général par deux le taux d'abstinence tabagique six mois après l'arrêt, par rapport aux groupes contrôles. comme première étape le sujet passe par le Contrôle de stimulus: qui consiste a bien connaitre les situations déclanchantes qui poussent le sujet a fumer pour les prévenir et les éviter afin de bien gérer les envies de fumer, puis on passent au stratégies cognitives qui permettent de contrôler et de réduire l'intensité et la durée des envies de fumer ,et que par conséquent cela ne va pas durer donc il faut: dédramatiser les difficultés d'abstention; occuper le terrain cognitif par des slogans répétés en boucle (p. ex. « la cigarette, j'arrête »);réaliser une listes de motivation; avoir dans la tête un stock des pensées plaisantes, et bien sur l'auto-encouragement. Cette thérapie se termine par les stratégies comportementales qui sont variés changer les habitudes déclanchantes, s'engager dans une activité brève (brossage des dent, ménage..), exécution du sport et la prise d'une gomme ou d'un comprimé sublingual^[126].

2.2.5. Méthodes de sevrage alternatives

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^[127].

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

2.2.6. Perspectives d'avenir

- **Les inhibiteurs sélectifs de la monoamine oxydase(IMAO)**

Antidépresseur, ils inhibent l'activité des monoamines oxydases qui dégradent les monoamines notamment la dopamine et noradrénaline, par conséquent la concentration de ces derniers augmente dans les synapses, la cigarette contient les IMAO donc l'administration seule de ces inhibiteurs permet un excellent sevrage ^[128].

- **Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)**

Antidépresseurs qualifiés de sérotonine car il augmente la concentration de sérotonine dans les synapses et bloque les transporteurs de ce monoamine, sachant que la fumée de cigarette entraîne le même effet ^[126].

- **Naltrexone**

En partant de l'observation que les opioïdes stimulent la consommation tabagique, plusieurs essais ont mesuré l'effet de la naltrexone (antagoniste des récepteurs aux opiacés) sur le comportement tabagique, l'envie de fumer et les symptômes de sevrage. La majorité des études ont montré que la naltrexone diminuait la satisfaction procurée par la cigarette, le nombre de cigarettes fumées, l'envie de fumer, la perception de la difficulté à rester abstiné pendant une période courte, et diminuait l'apparition de l'affect négatif qui suit l'arrêt du tabac ^[126].

- **Vaccin anti nicotinique**

L'immunisation des rats avec un vaccin, complexe nicotine-protéine, entraîne la production d'anticorps anti-nicotine. Ces anticorps neutralisent la nicotine plasmatique libre et le complexe anticorps-nicotine qui, par sa taille, ne traverse pas la barrière hémato-encéphalique. La nicotine ne peut donc pas arriver à ses sites récepteurs. La conséquence en est l'absence d'effets centraux de la nicotine ^[126].

3. Bénéfices de l'arrêt: ^[122]

Le fumeur trouve des difficultés vis-à-vis l'arrêt du tabac, du fait que la dépendance physique disparaît au moyenne en quelque semaines mais la dépendance psychologique est plus lente à s'estomper. Les bénéfices de l'arrêt interviennent presque immédiatement :

20 minutes après la dernière cigarette :

La pression sanguine et les pulsations du cœur redeviennent normales.

8h après la dernière cigarette :

La quantité du monoxyde de carbone dans le sang diminue de moitié, l'oxygénation des cellules redevient normale.

24heures après la dernière cigarette :

Le risque d'infarctus de myocarde diminue déjà. Les poumons commencent à éliminer le mucus et les résidus de fumée. Le corps ne contient plus de nicotine.

48heuresaprès la dernière cigarette : Le goût et l'odorat s'améliorent .les terminaisons nerveuses gustatives commencent à repousser.

72 heures après la dernière cigarette :

Respirer devient plus facile, les bronches commencent à se relâcher et en se sent plus énergique.

2semaines et 3 mois après la dernière cigarette :

La toux et la fatigue diminuent, on récupère du souffle. on marche plus facilement

1 à 9 mois après la dernière cigarette :

Les cils bronchiques repoussent. On est de moins en moins essoufflé.

1 an après la dernière cigarette :

Le risque d'infarctus du myocarde diminue de moitié. Le risque d'accident vasculaire cérébrale rejoint celui d'un non fumeur

5ans après la dernière cigarette :

Le risque de cancer du poumon diminue presque de moitié

10 à 15 ans après la dernière cigarette :

L'espérance de vie redevient identique à celle des personnes n'ayant jamais fumé.

4. La prise en charge au cabinet dentaire

4.1. Le rôle de médecin dentiste

Le médecin dentiste joue un rôle dans la maturation du projet d'arrêt et dans la motivation du patient. Il s'adresse aux tous les fumeurs, et pas seulement aux fumeurs qui expriment le souhait d'arrêter de fumer.

Le chirurgien dentiste a le rôle important d'informer le patient au sujet des effets du tabac sur la sphère bucco-dentaire. En effet, même si aujourd'hui les patients sont au courant des effets néfastes du tabac sur leur santé générale, leur connaissance au niveau buccal est moindre. Lors du premier entretien, le praticien cherche, par des questions ouvertes, à définir la motivation du patient ainsi que sa confiance vis-à-vis de sa capacité à arrêter le tabac.

Les futurs entretiens, le praticien donne des conseils et des méthodes pour faciliter l'arrêt de fumer.

Le praticien évalue la dépendance tabagique ainsi que les alternatives qui pourront être proposées

Le dernier rendez-vous correspond à celui de l'arrêt définitif ou le chirurgien dentiste confirme les mesures à prendre et propose une documentation notamment sur l'utilisation des substituts nicotiques.

Il est important de penser à orienter le patient vers un spécialiste lors d'échec et de rechute de ce dernier.

4.2. Comment traiter

La prise en charge d'un patient tabagique doit être personnalisée et adaptée à chacun, mais il existe cependant des lignes directrices.

Il est d'intéressant d'appliquer en premier lieu la méthode des "5 A" proposée par les professionnels de santé anglo-saxons, méthode reproductible [126]. On distingue cinq parties :

- ASK : Interrogation du patient sur sa consommation
- ADVISE : Conseiller l'arrêt
- ASSESS : Déterminer de degré de motivation à l'arrêt

- ASSIST : Aider et accompagner le patient à l'arrêt
- ARRANGE : Accompagner le patient durant la thérapeutique d'arrêt

4.3. Histoire naturelle de la consommation tabagique

Le praticien doit connaître le processus d'initiation du tabagisme et les raisons et les situations qui poussent le fumeur à continuer. Il décrit le type de tabagisme du patient et permet donc une orientation des actions en vue de l'arrêt.

4.4. Questionnaire pertinent

Il faut repérer les raisons pour les quelles le sujet a initié sa consommation tabagique et les effets bénéfiques que le patient en retire. Il est utile de faire préciser la quantité fumée, mais surtout le mode de consommation : dans quelles circonstances le tabac est consommé, quels sont les éléments (réunions, amis...) ou les facteurs (alcool, émotions...) qui déclenchent la prise de cigarettes. Il est utile de préciser avec le patient quels enseignements ont été tirés des tentatives d'arrêt précédentes et quelles ont été les causes de l'échec. La survenue d'un trouble anxio-dépressif ou d'un syndrome de sevrage particulièrement intense sont à rechercher de façon systématique. Il est utile de faire préciser au patient quels traitements ont été utilisés dans le passé et si l'observance a été bonne. Il est utile de préciser la dose et la durée. La présence de fumeurs dans l'entourage est à rechercher car c'est un facteur prédictif de la rechute. Il est utile de savoir si les proches du sujet ont déjà fait une tentative d'arrêt et s'ils sont prêts à entreprendre une tentative conjointe avec le sujet. Il faut interroger le patient sur ces préférences par rapport au traitement et s'il a déjà prévu une date d'arrêt. Ces éléments devant être pris en compte lors du choix du traitement.

5. Implication du facteur tabagisme dans les diagnostics et les thérapeutiques

La prise en charge du patient tabagique doit être particulière sur toutes les échelles de l'élaboration du diagnostic jusqu'au pronostic.

5.1. Examen clinique

Un examen clinique pertinent est effectué avec tous ces étapes et dans les bonnes conditions dont il comprend un examen parodontal classique. L'examen de la langue.

L'examen de la muqueuse et la fibromuqueuse très méthodique dont le praticien cherche des lésions précancéreuses et cancéreuses.

5.2. Soins particuliers a prodiguer ^[62]

5.2.1. Conseil d'hygiène

Il faut particulièrement insister sur le fait que comme celui-ci est fumeur, son attention à l'hygiène doit être accentuée.une séance de motivation est obligatoire avant tout traitement afin d'expliqué les méthodes de brossage, l'utilisation du fil et des bossettes inter dentaire. Les dentifrices préconisés doit être à base d'antiseptique ou d'anti-inflammatoire tell que le Parodontax a base de bicarbonate de sodium qui peut être utilisé a long terme .

5.2.2. Le détartrage

Effectué au moins deux fois/an et associé au polissage pour réduire le temps de reformation du tartre. Certains préconisent l'utilisation des aéropolisseurs pour l'élimination des colorations des surfaces mais le patient doit être prévenu qu'il devrait s'abstenir de fumer durant les 24 heures suivant ce procédé. Concernant le blanchiment, quelle que soit la méthode utilisée, il n'est à envisager qu'après arrêt total du tabagisme.

5.2.3. Les antiseptiques locaux

Leurs utilisation est indispensable pour limiter le risque d'inflammation ces derniers doivent être a base de chlorhexidine ou bicarbonate de sodium.

5.3. Tabagisme et traitement parodontaux

Le tabac est considéré comme un facteur de risque des maladies parodontales ainsi qu'il cause des difficultés thérapeutique dans ce cadre par ce que la grande proportion des patients qui consultent pour les soins parodontaux sont des fumeurs(la cigarette augmente significativement les besoins en traitements parodontaux) et il diminue les chances de guérison du fait qu'il peut présenté des effets négatifs sur les démarches thérapeutique, Après des interventions aussi simple que le détartrage et le surfaçage radiculaire, on a remarqué une guérison moins bonne chez les fumeurs, par rapport aux non-fumeurs, avec une plus faible diminution du nombre de poches, surtout dans les zones antérieures et palatines, et une réduction moindre de la profondeur de sondage^[130].

5.4. Chirurgie diverse chez le patient tabagique

Du fait que le tabac entraîne des modifications multiples et sur multiples plans : immunitaire, circulatoire et même sur le phénomène de cicatrisation l'idéal serait de réussir à faire cesser le tabac systématiquement au moins deux mois avant toute intervention. C'est ce qui est le plus souvent impossible car ce que la plus part du temps on intervient en urgence ainsi que c'est difficile de convaincre le patient, c'est pour ça que le praticien doit prendre des mesures préventives pour pallier à la fois le retard de cicatrisation et le potentiel risque infectieux.

On conseillera le patient de ne pas fumer avant l'intervention pour ne pas perturber la vascularisation et maintenir une bonne hygiène pré-opératoire, ainsi qu'il faut fournir une asepsie rigoureuse le temps de l'intervention pour diminuer le risque d'infection, et après la chirurgie on incitera activement le patient à ne pas fumer le plus longtemps possible après l'intervention pour éviter tout risque d'alvéolite ou autres^[62].

5.5. Tabac et implant

Le risque d'échec de l'ostéointégration des implants chez les fumeurs est plus élevé, surtout au maxillaire postérieur. Il est à noter que le pronostic chez les fumeurs peut être amélioré par un protocole de cessation du tabagisme : une semaine avant le traitement et huit semaines après. Par contre, la cessation complète restera toujours la meilleure recommandation que l'on puisse faire à notre patient^[131].

6. Rôle du chirurgien dentiste dans le dépistage oncologique

Le médecin dentiste joue un rôle primordial dans le dépistage et le diagnostic précoce des cancers buccaux ainsi que dans leur prise en charge. En effet 40.000 praticiens croisent en moyenne un demi-million de patients par jour en consultation, Lorsqu'un chirurgien-dentiste détecte des lésions suspectes chez un patient qui possède des facteurs de risque avérés, il peut directement effectuer une biopsie, à moins que la lésion ne soit maligne^[132].

Problématique

Le tabagisme est un fléau mondiale qui présente des effets majeurs sur la santé générale et particulièrement parodontale.

La large propagation du phénomène du tabagisme est alarmante, ce qui nous a poussés à doubler les efforts dans le cadre de sensibilisation afin de pouvoir illustrer a nos patients fumeurs et non fumeurs les dangers du tabac pour limiter et diminuer sa fréquence.

Cette étude cherche à évaluer le degré de connaissance des étudiants en fin de cycle sur l'impact du tabagisme sur l'état générale et particulièrement sur la cavité buccale ainsi que les effets du tabagisme sur la santé parodontale vu leur rôle primordial dans la lutte contre le tabagisme et la prise en charge des fumeurs.

Partie pratique

Matériels et Méthodes

Matériels et méthodes

1. Les objectifs d'étude

1.1. Principal

Evaluer l'état de connaissance des étudiants en fin de cycle sur les effets du tabac sur la cavité buccale et générale.

1.2. Secondaires

- ✓ Sensibiliser les étudiants et les aider à trouver leur place dans la lutte antitabac.
- ✓ Rappeler l'importance du sevrage tabagique.
- ✓ Soutenir et stimuler l'adhésion aux campagnes de prévention.
- ✓ Etudier les caractéristiques du tabagisme chez les étudiants fumeurs.
- ✓ Evaluer leur état bucco-dentaire (parodontal).

2. Méthodologie

2.1. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, réalisée à l'aide d'un auto questionnaire anonyme constitué d'une partie identification (Age, Adresse, N° Téléphone) et une autre partie corps du questionnaire qui comporte 34 questions communes entre les non-fumeurs et fumeurs et 26 questions réservées essentiellement aux fumeurs (voir annexes).

Nous avons considéré comme tabagique, les fumeurs permanents et occasionnels (ceux qui fumaient moins d'une cigarette/jour) ; et les non fumeurs sont ceux qui n'avaient jamais fumé.

Notre étude a durée cinq mois à partir du mois de Décembre au mois d'Avril durant l'année 2017/2018.

2.2. Population et lieu de l'étude

L'étude a concerné tous les étudiants en fin de cycle de médecine, médecine dentaire et pharmacie ayant acceptés de répondre au questionnaire.

L'étude a été menée au niveau de la clinique dentaire hospitalo-universitaire de Tlemcen, la faculté de médecine de Tlemcen, et centre hospitalo-universitaire de Tlemcen.

2.3. Déroulement de l'étude

- **Collecte des données a partir d'un questionnaire**

Pour réaliser cette étude nous avons contacté les étudiants lors des cours au niveau de la faculté de médecine et leurs stages et gardes au niveau de CHU et la clinique dentaire selon une liste pré-établie donnée par l'administration de la faculté de médecine de Tlemcen.

La méthode utilisée était le porte à porte. A la fin de chaque cours ou stage ou bien au sein des gardes et après l'accord de l'enseignant ou le chef de service, les étudiants sont réunis dans une salle et des explications sur l'objectif de l'enquête et sur les modalités de remplissage du questionnaire a été donnée. Nous avons saisi l'occasion pour faire rappeler les étudiants sur l'impact du tabac sur l'état générale et particulièrement buccale et sur son rôle majeur dans la lutte antitabac.

Les questionnaires ont été remis aux étudiants et recueillis immédiatement ou récupérés ultérieurement selon la disponibilité des étudiants.

- **Examen clinique des étudiants**

Nous avons réalisé un dépistage chez les étudiants fumeurs, à partir d'une fiche clinique parodontale par un examen clinique minutieux au niveau de la clinique dentaire, suivi par les soins nécessaires pour ces patients effectués tel que le détartrage.

2.4. Exploitation des données

L'analyse des données est totalement informatisée.

La saisie a été réalisées sur une base de données informatique IBM SPSS v21 (Statistical Package for the Social Sciences), les données ont été analysées en utilisant IBM SPSS Statistique v21 et Excel Microsoft Office 2007, nous avons mesuré des paramètres tel que : la moyenne d'Age pour les variables quantitatives et la fréquence pour les variables qualitatives.

2.5. Aspect éthique et déontologique

L'accord verbal de participation de chaque étudiant inclus dans l'étude a été demandé après avoir expliqué en détail les informations sur la nature et le but d'étude, ainsi que les caractéristiques du questionnaire.

L'anonymat, et la confidentialité des données ont été respectés.

Résultats

Résultats

1. Caractéristiques de la population d'étude

La faculté de médecine comprend 639 étudiants en fin de cycle parmi eux 248 en 6^{ème} année médecine, 249 internes en médecine, 74 internes pharmacie, 68 internes en médecine dentaire.

Le nombre d'étudiants qui ont participé à l'étude est de 511, dont 388 étudiants en médecine, 59 étudiants en médecine dentaire et 64 étudiants en pharmacie, avec un âge moyen 24,57 ans \pm .

1.1. La répartition de la population d'étude en fonction du sexe

Dans la population d'étude, le sexe féminin est prédominant et représente 73,8% par rapport à 26,2 % d'homme, avec un sex ratio de 0,36.

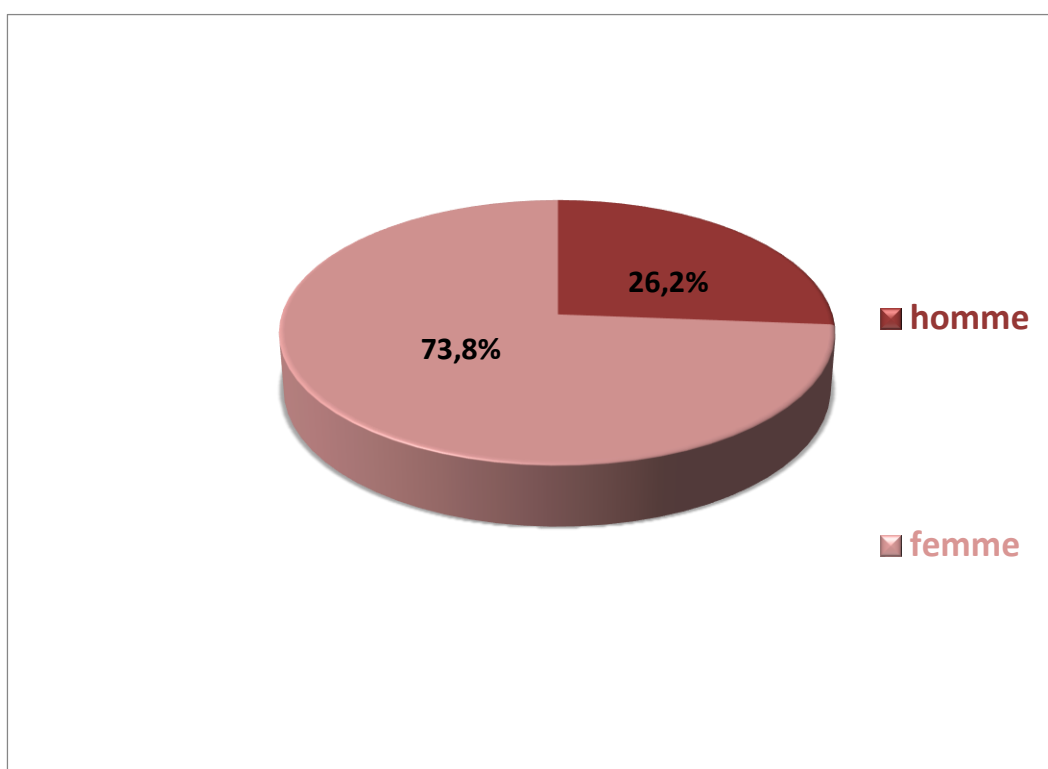


Figure 24 : Répartition de la population d'étude en fonction du sexe.

1.2. La répartition de la population de l'étude en fonction de l'âge

Dans la population d'étude, l'âge moyen est de 24.57 ans s'étalant entre 22 ans et 32ans, la tranche d'âge la plus dominante est celle de 24 ans 31%, avec un écart type de 1,28.

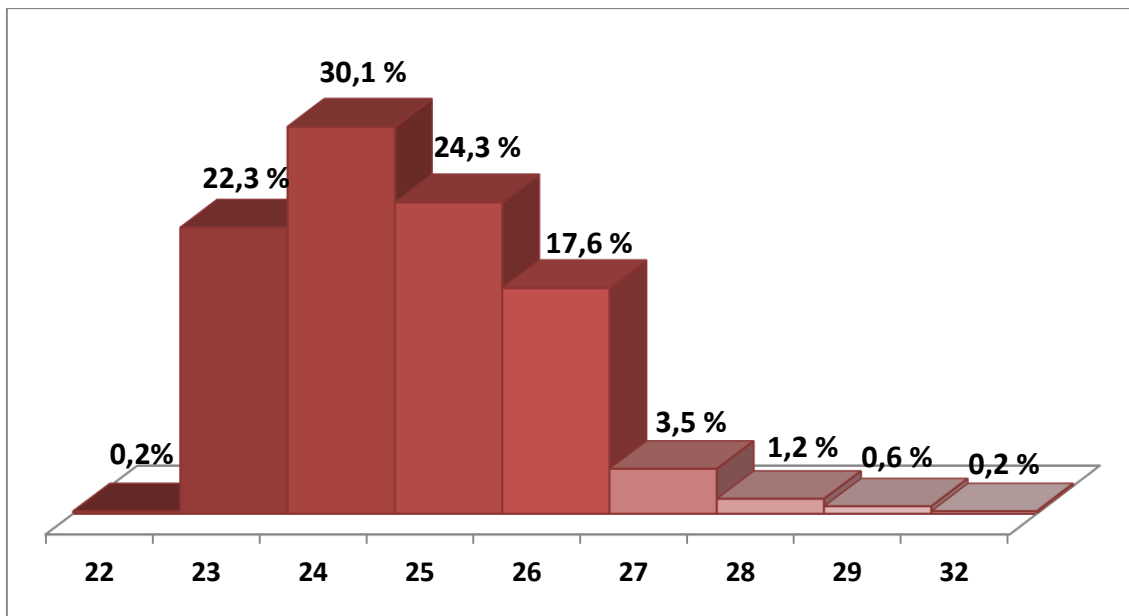


Figure 25: Répartition de la population d'étude en fonction d'âge.

1.3. Répartition de la population de l'étude en fonction de filière

Les étudiants en médecine étaient les plus représentés 75.9% (n=388).

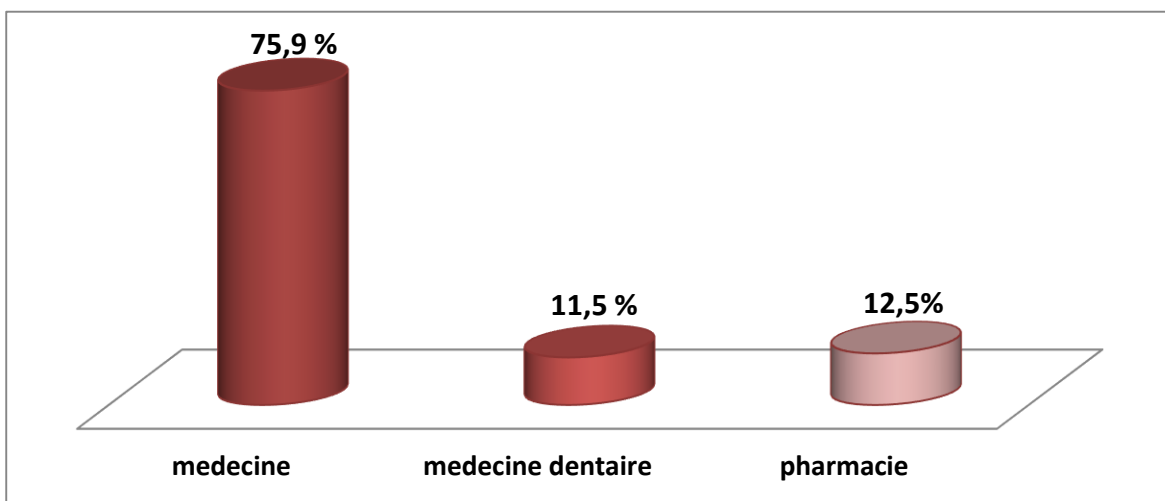


Figure 26 : Répartition de la population d'étude en fonction de la filière.

2. Evaluation de l'état de connaissance sur l'effet du tabac

2.1. Réponse à la question concernant la relation entre le tabac et mortalité

La grande majorité des étudiants ont répondu que le tabac peut réellement tuer 91.8%.

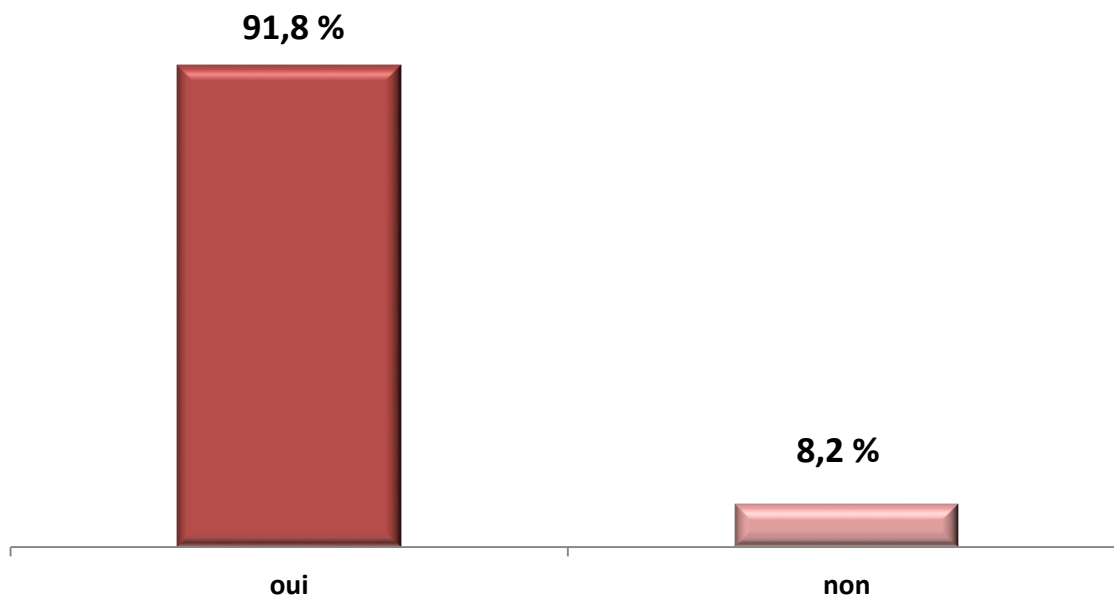


Figure 27: Tabac et mortalité.

2.2. Le taux de mortalité liée au tabac

Nous avons observé que 70.7% des étudiants de notre échantillon ont répondu que le taux de mortalité est de 50%.

Tableau 2 : Le taux de mortalité liée au tabac

Taux de mortalité proposé	Effectifs	Pourcentage
5%	69	13.5%
50%	357	70.7%
90%	79	15.6%

2.3. La répartition de l'échantillon selon les signes évocateurs du tabagisme

Plus de la moitié des étudiants ont évoqué plusieurs signes évocateurs d'un fumeur (plus d'un signe) avec un pourcentage de 57,3%.

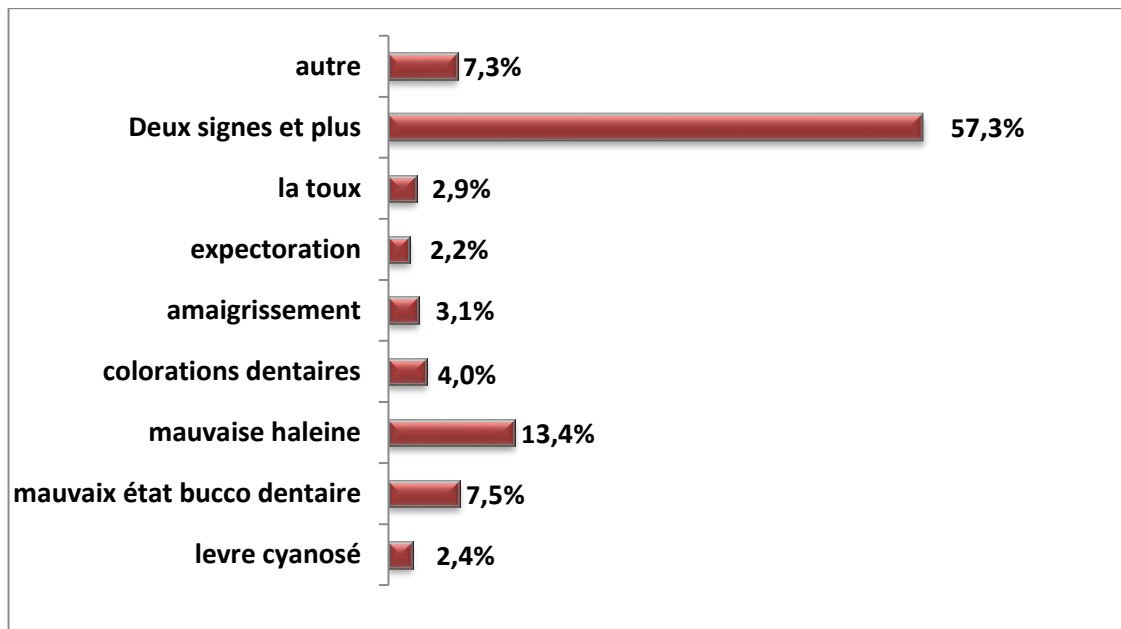


Figure 28: Répartition de l'échantillon selon signes évocateurs du tabagisme

2.4. La fréquence des maladies liées au tabac dans le milieu proche «Familiale»

Plus que la moitié 60.1% des réponses montre que la population ciblée a un proche touché par la maladie liée au tabac.

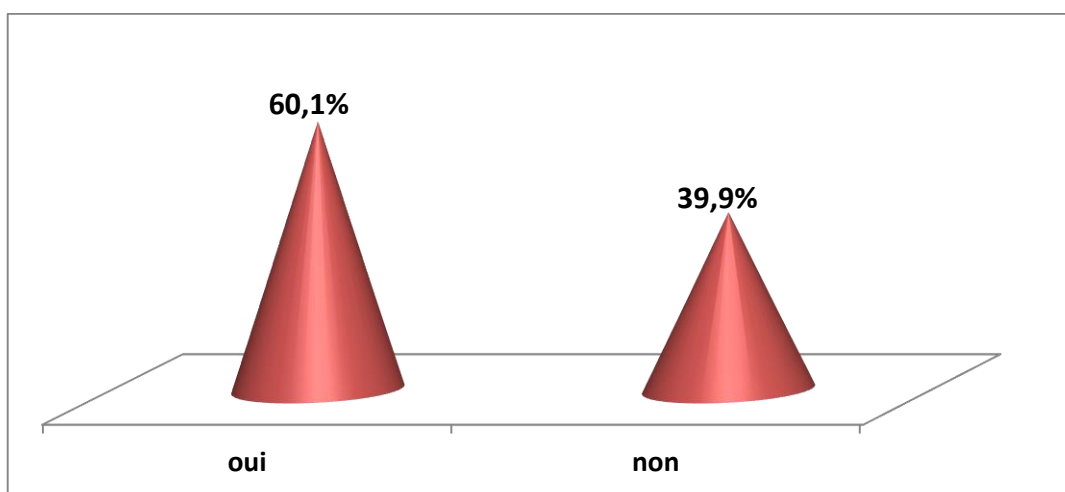


Figure 29: Fréquence des maladies liées au tabac dans le milieu proche

2.5. Les maladies générales liées au tabac

La figure suivante montre que 38.6% des étudiants ont cité deux maladies et plus (les maladies plus citées sont le cancer des poumons + cancer de larynx), 21.7% ont cité le cancer des Poumons, 14.5% ont cité autre maladie comme athérosclérose, asthme, tuberculose de fréquence variée.

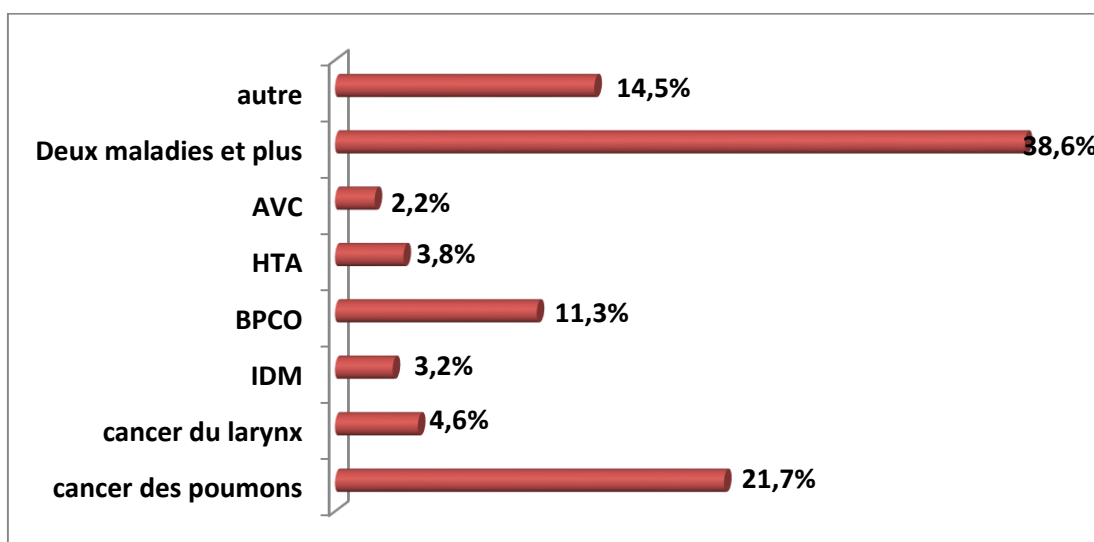


Figure 30 : Maladies générales liées au tabac

2.6. Les signes des maladies générales liées au tabac

Plus de la moitié 60,7% des étudiants ont cité deux signes et plus des maladies générales liées au tabac (la dyspnée + la toux sont les signes les plus cités), et d'autres signes comme la pâleur, douleur 8.5%.

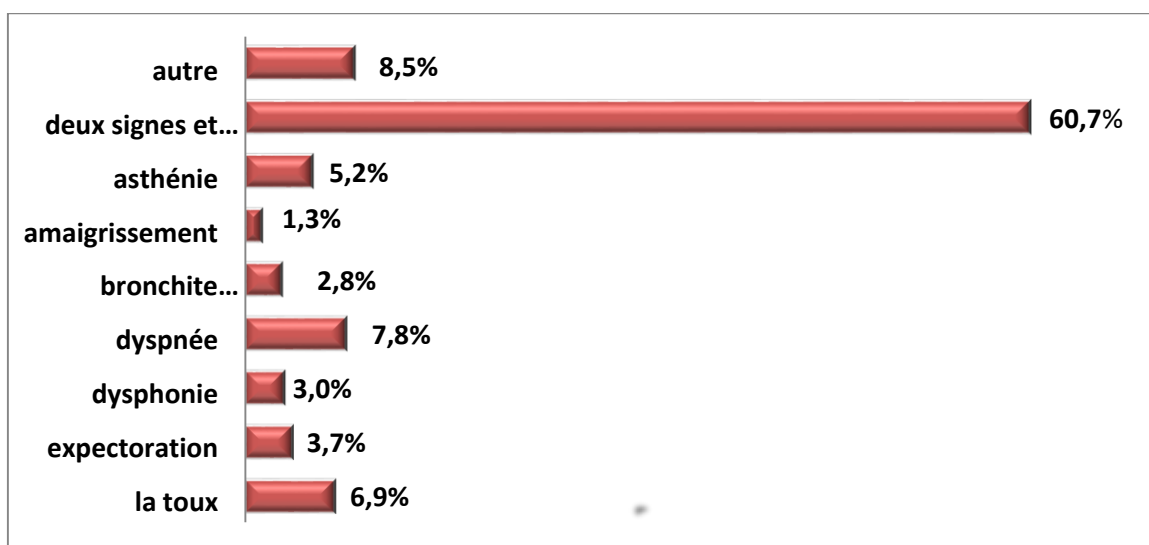


Figure 31: Signes des maladies générales liées au tabac

2.7. Les complications des maladies générales liées au tabac

La fréquence de deux complications et plus (la mort + métastase) est de 32.5%, suivi par la mort 20.6%, ainsi que d'autres complications moins fréquentes sont cités 19.3%¹¹.

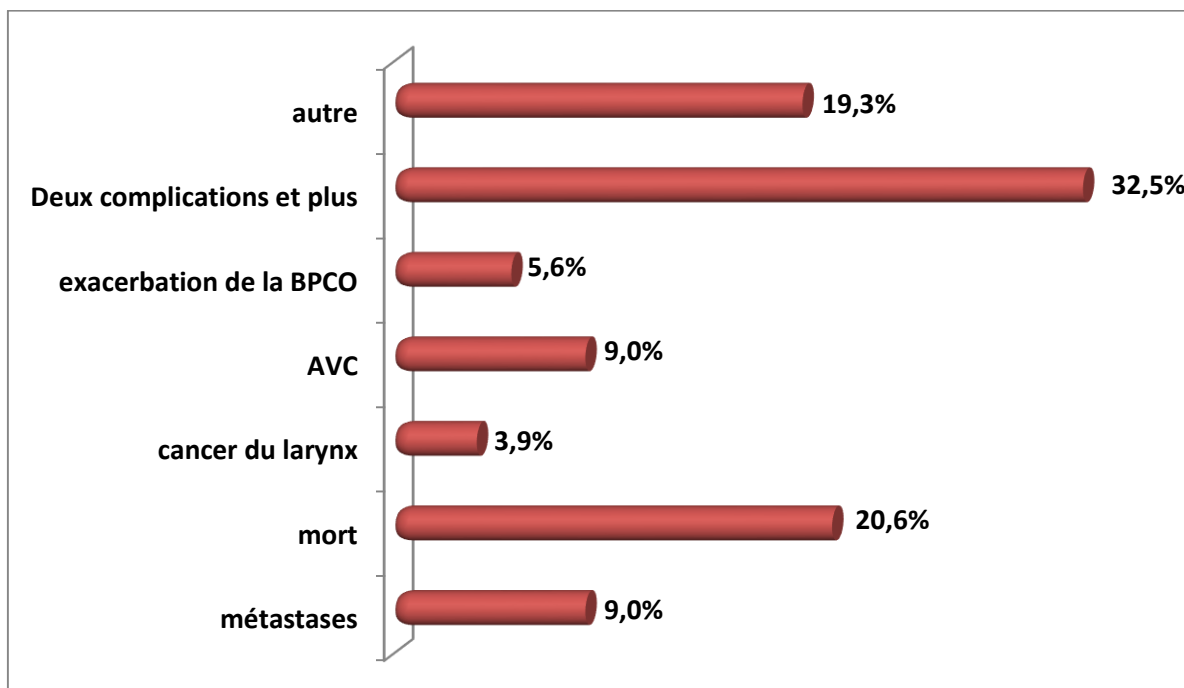


Figure 32 : Complications des maladies générales liées au tabac

2.8. L'impact du tabac sur la cavité buccale

Selon la majorité de la population étudiée 67 % la cavité buccale est la plus touchée par le tabac.

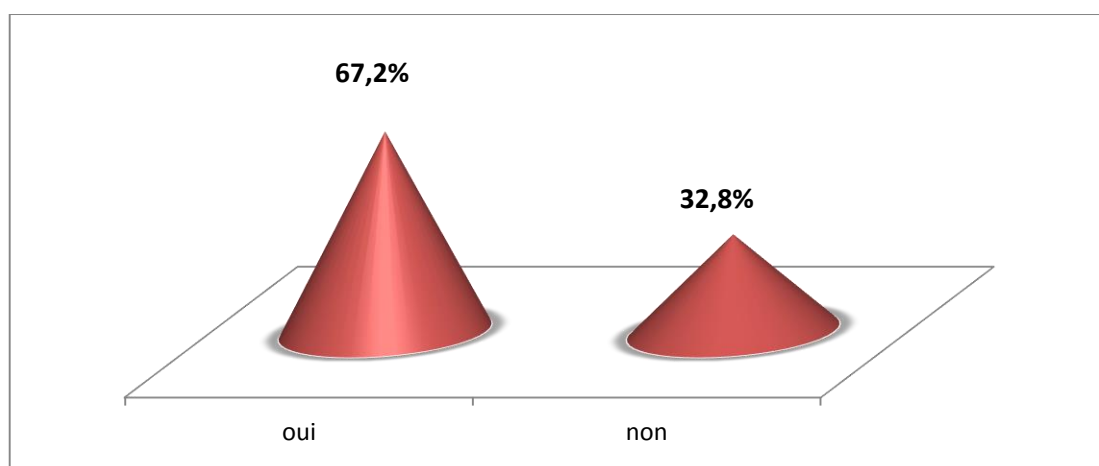


Figure 33 : L'impact du tabac sur la cavité buccale.

2.9. Les maladies de la cavité buccale liées au tabac

La figure montre que 30.3% des étudiants ont répondu que le tabac entraîne plusieurs maladies (cancer de la langue+parodontite), suivi par le cancer de la langue 18,8%.

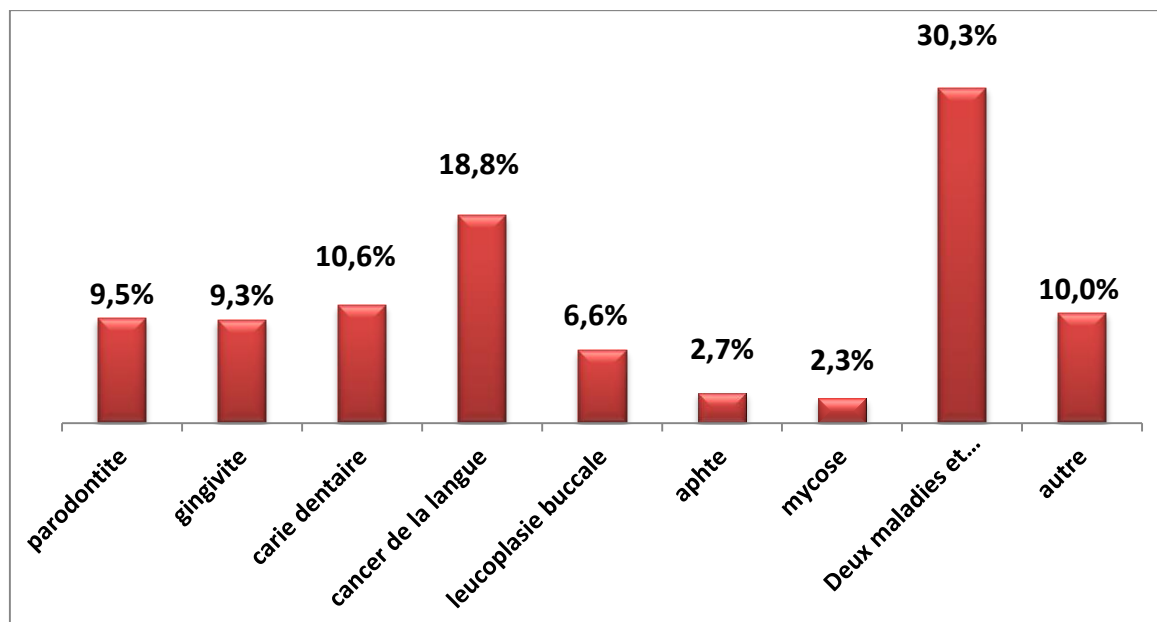


Figure 34 : Les maladies buccales liées au tabac

2.10. Les signes des maladies buccales liées au tabac

La grande majorité de la population ont cité -au minimum- deux signes avec une fréquence de 39% suivi par l'inflammation sévère et le saignement avec un taux respectivement de 11,7% et 11,1%.

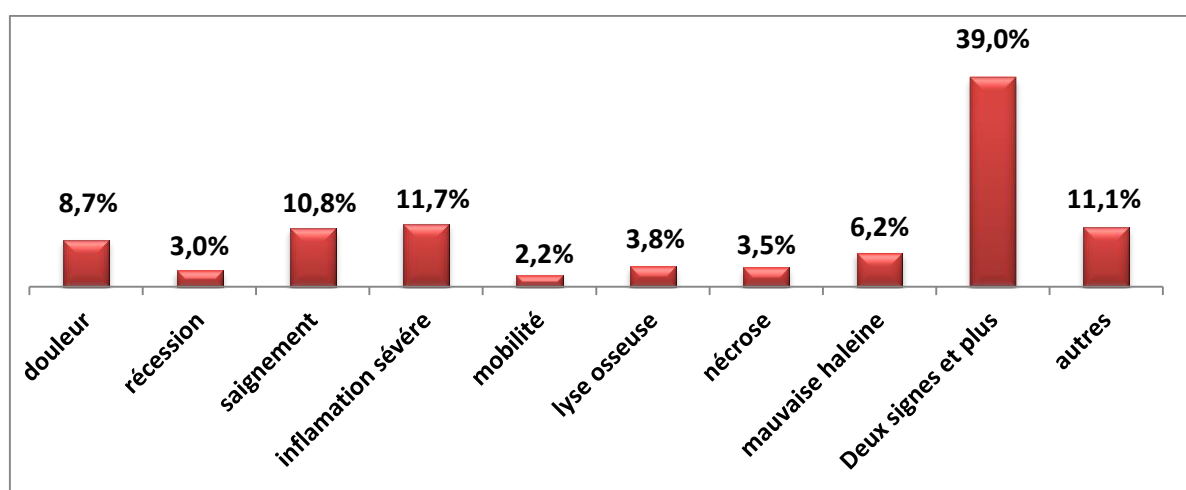


Figure 35 : Les signes des maladies buccales liées au tabac.

2.11. Les complications des maladies buccales liées au tabac

Globalement, les complications liées au tabac les mieux connues sont : chutes des dents 24,1%, cancers 11,6%, ainsi que d'autres complications de fréquence variée.

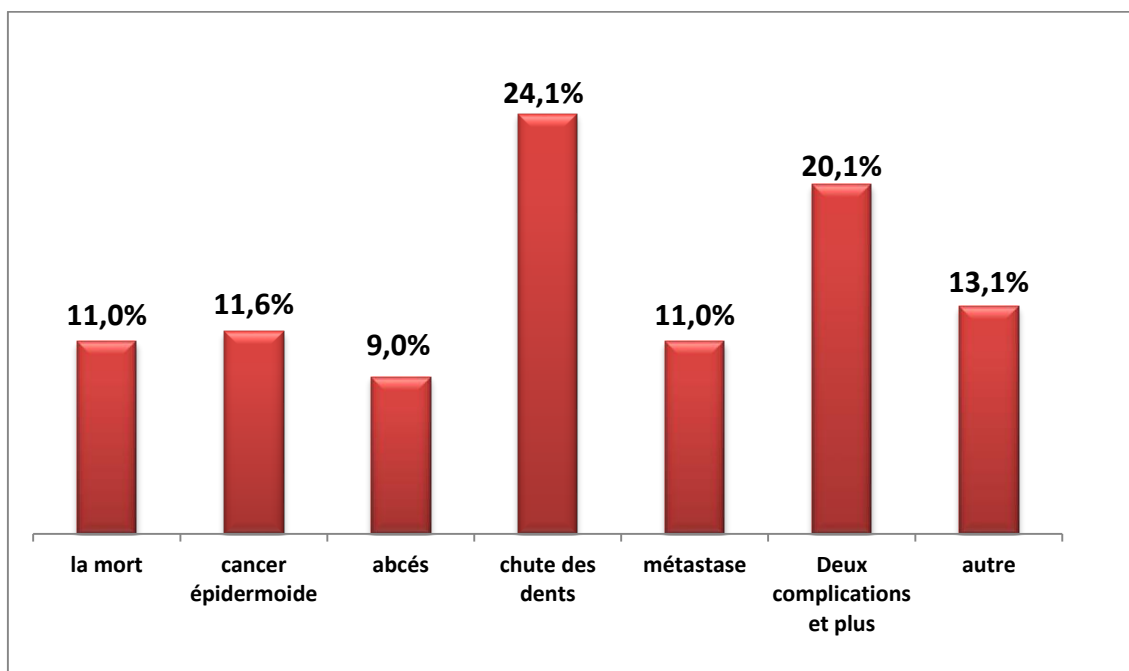


Figure 36: Complication des maladies buccales liées au tabac.

2.12. L'élément du tabac comme étiologie dans la maladie parodontale

Presque la totalité des étudiants pensaient que le tabac fait partie des étiologies de la maladie parodontale avec une fréquence de 94,2%.

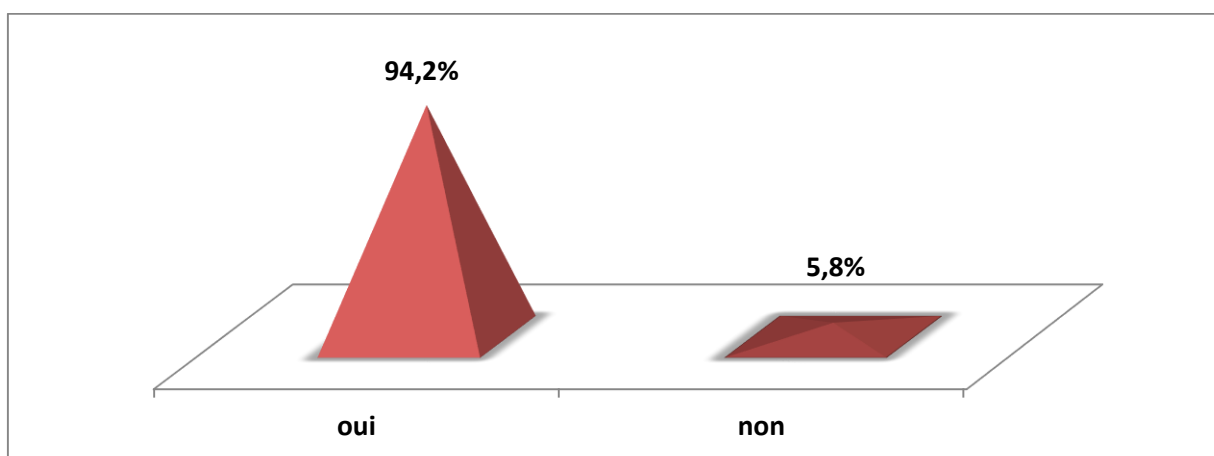


Figure 37: Élément du tabac comme étiologie dans la maladie parodontale.

2.13. Tabac et parodontite

La grande majorité de la population confirme que le tabac aggrave une parodontite 80,9%.

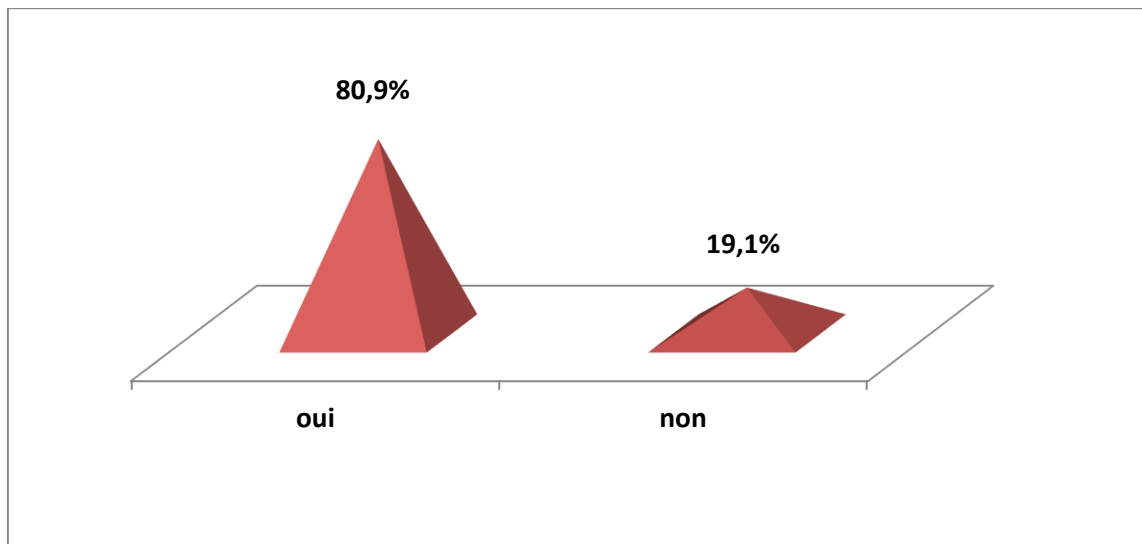


Figure 38: Tabac et parodontite.

2.14. Reconnaître une parodontite

Selon les réponses, plus de la moitié 54.7% savaient reconnaître une parodontite.

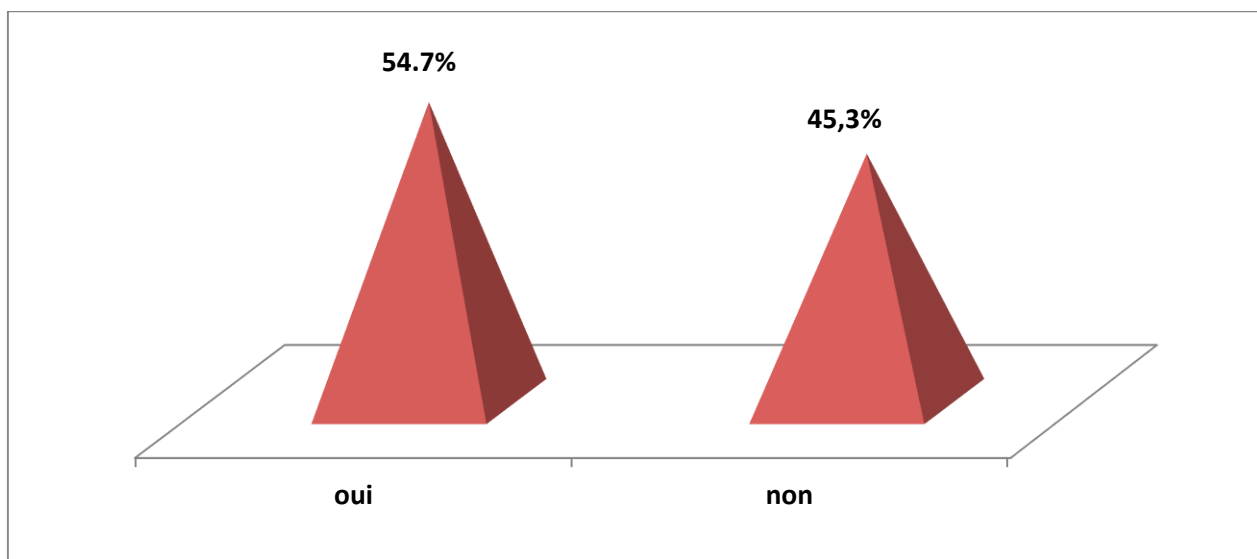


Figure 39: Reconnaître une parodontite.

2.15. Les signes de la parodontite

Presque la moitié des étudiants 45.2% ont cité plus deux signes, suivi par le saignement 10% et inflammation 9.7%.

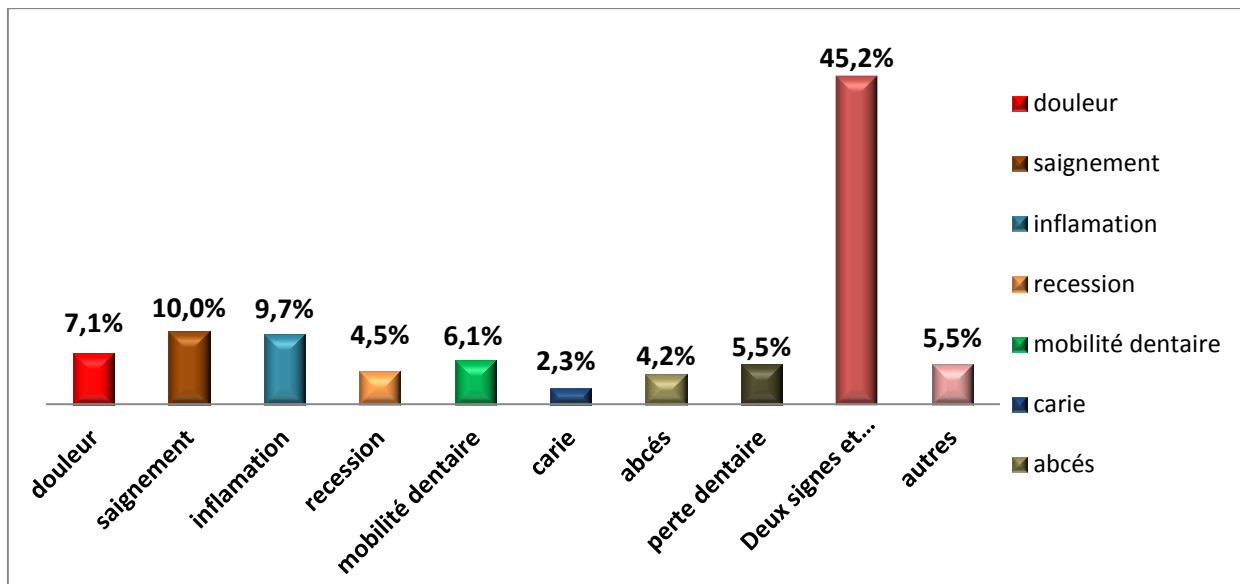


Figure 40: Signes de la parodontite.

2.16. Les complications de la parodontite

On constate que 27% des étudiants citaient la perte dentaire ,24% citaient plus de deux signes (mobilité dentaire+abcès), 11% pour la lyse osseuse.

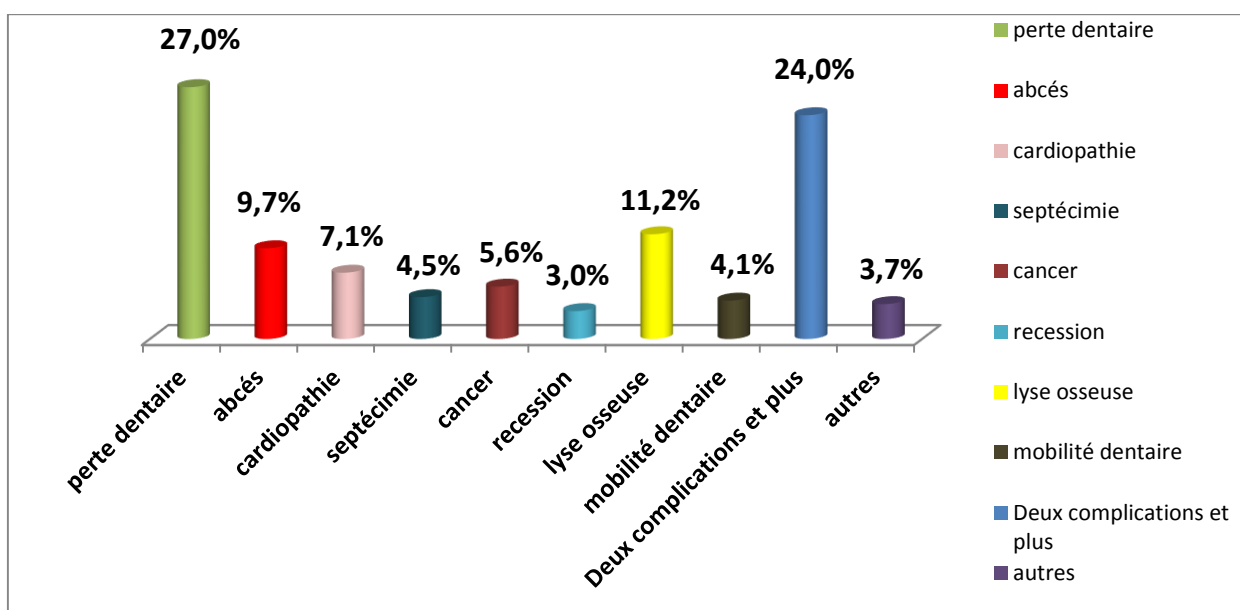


Figure 41: Complications de la parodontite

2.17. Taux de connaissance sur l'état générale selon la filière

Le taux de connaissance chez les étudiants en médecine ce qui concerne l'effet du tabac sur l'état général, est élevé de 99.2%, 95.9% pour ces signes et 89.9% pour ces complications par rapport aux autres étudiants.

Tableau 3: Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les maladies générales liées au tabac

Filière	Effectifs(N)	Pourcentage (%)
- Médecine	385	99.2
- Médecine dentaire	57	96.6
- Pharmacie	55	85.9

Tableau 4 : Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les signes des maladies générales liées au tabac

Filière	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
- Médecine	372	95.9
- Médecine dentaire	49	83.1
- Pharmacie	40	62.5

Tableau 5 : Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les complications des maladies générales liées au tabac

Filière	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
- Médecine	349	89.9
- Médecine dentaire	43	72.9
- Pharmacie	39	60.9

2.18. Taux de connaissance sur la cavité buccale selon la filière

Le taux de connaissance chez les étudiants en médecine dentaire ce qui concerne l'effet du tabac sur la cavité buccale, est élevé 91.5%, 86,4% pour ces signes et 78% pour ces complications par rapport aux autres étudiants.

Tableau 6 : Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les maladies buccales liées au tabac

Filière	Effectifs(N)	Pourcentage(%)
- Médecine	342	88.1
- Médecine dentaire	54	91.5
- Pharmacie	46	71.9

Tableau 7 : Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les signes des maladies buccales liées au tabac

Filière	Effectifs(N)	Pourcentage(%)
- Médecine	287	74
- Médecine dentaire	51	86.4
- Pharmacie	31	48.4

Tableau 8 : Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les complications des maladies buccales liées au tabac

Filière	Effectifs(N)	Pourcentage(%)
- Médecine	267	68.8
- Médecine dentaire	46	78
- Pharmacie	31	48.4

2.19. Taux de connaissance sur la parodontite selon la filière

Le taux de connaissance chez les étudiants en médecine dentaire ce qui concerne la parodontite est élevé 94.9%, 89.8% pour ces signes et 84.7% pour ces complications par rapport aux autres étudiants.

Tableau 9: Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis de la parodontite

Filière	Effectifs(N)	Pourcentage(%)
- Médecine	334	86.1
- Médecine dentaire	56	94.9
- Pharmacie	45	70.3

Tableau 10: Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les signes de la parodontite

Filière	Effectifs(N)	Pourcentage(%)
- Médecine	231	59.5
- Médecine dentaire	53	89.8
- Pharmacie	26	40.6

Tableau 11: Taux de connaissance des étudiants vis-à-vis les complications de la parodontite

Filière	Effectifs(N)	Pourcentage(%)
- Médecine	197	50.8
- Médecine dentaire	50	84.7
- Pharmacie	20	31.3

2.20. Tentative de fumer des étudiants

Uniquement 13.5% des étudiants ont déjà essayé de fumer.

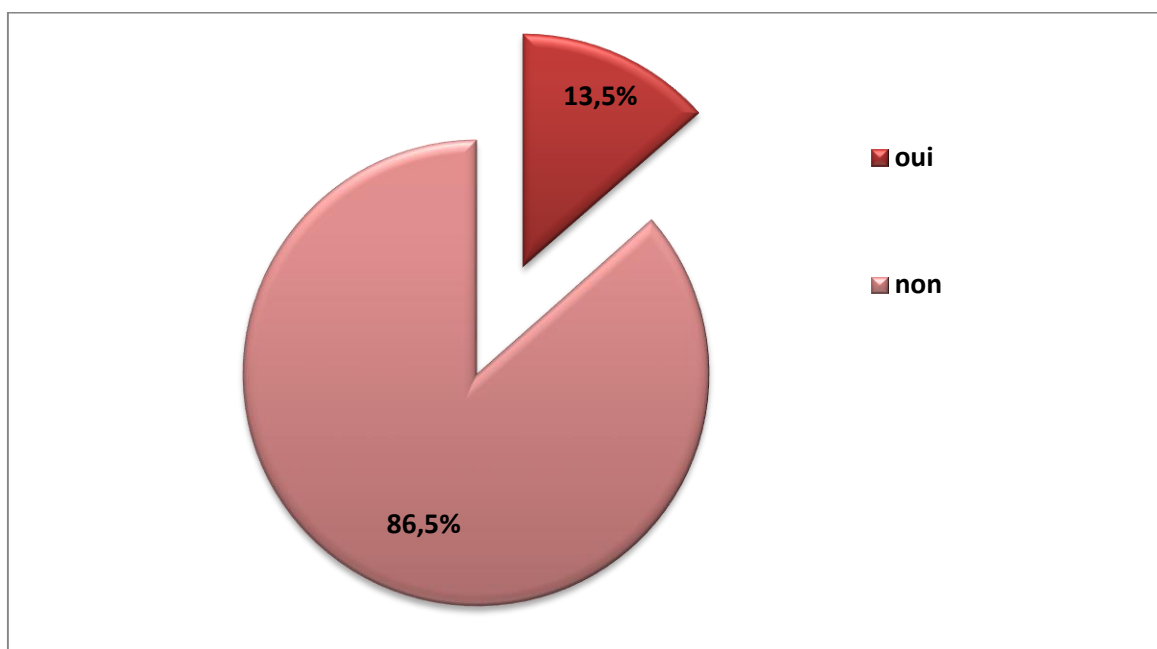


Figure 42 : Tentative de fumer des étudiants

2.21. Les raisons d'abstinence au tabac des étudiants

Presque trois quart des étudiants ne fument pas parce que c'est dangereux pour la santé.

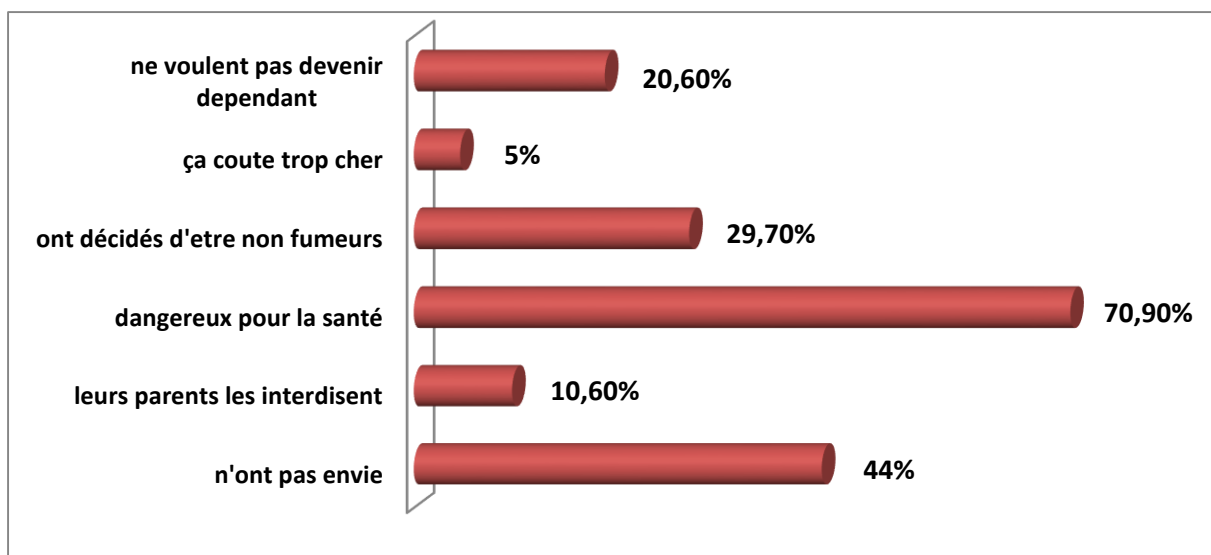


Figure 43: Raisons d'abstinences au tabac

2.22. La gêne de la fumée

La majorité des étudiants ont considéré que la fumée de cigarette les gêne.

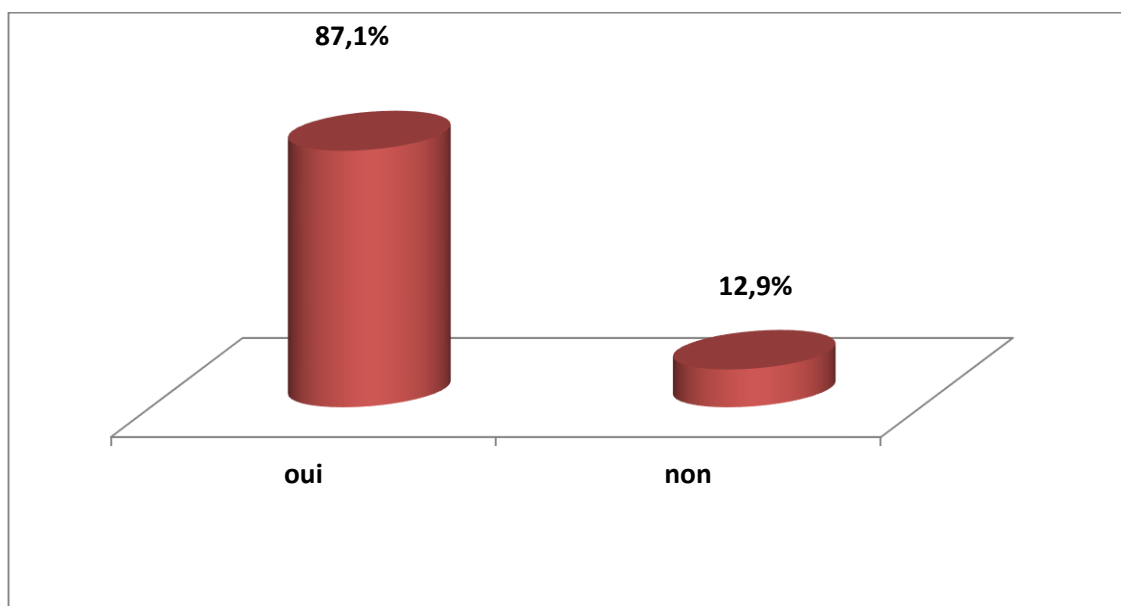


Figure 44: Gêne de la fumée

2.23. La sensibilité aux campagnes de prévention

Plus de trois quart des étudiants sont sensible aux campagnes de prévention.

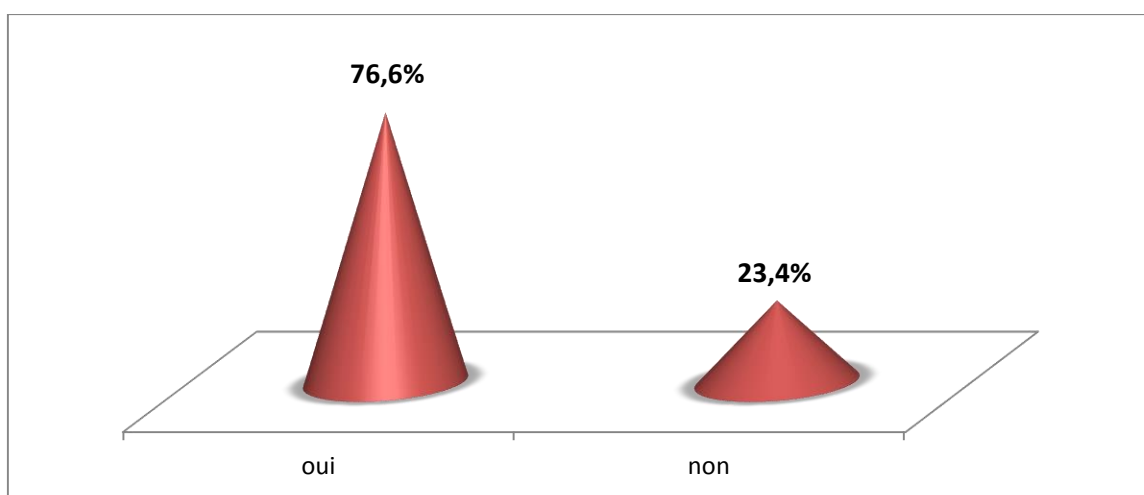


Figure 45 : Sensibilité aux campagnes de prévention.

2.24. L'efficacité des campagnes de sensibilisation au tabac

Selon les données, 58.8% des étudiants pensaient que les campagnes de prévention sont efficaces.

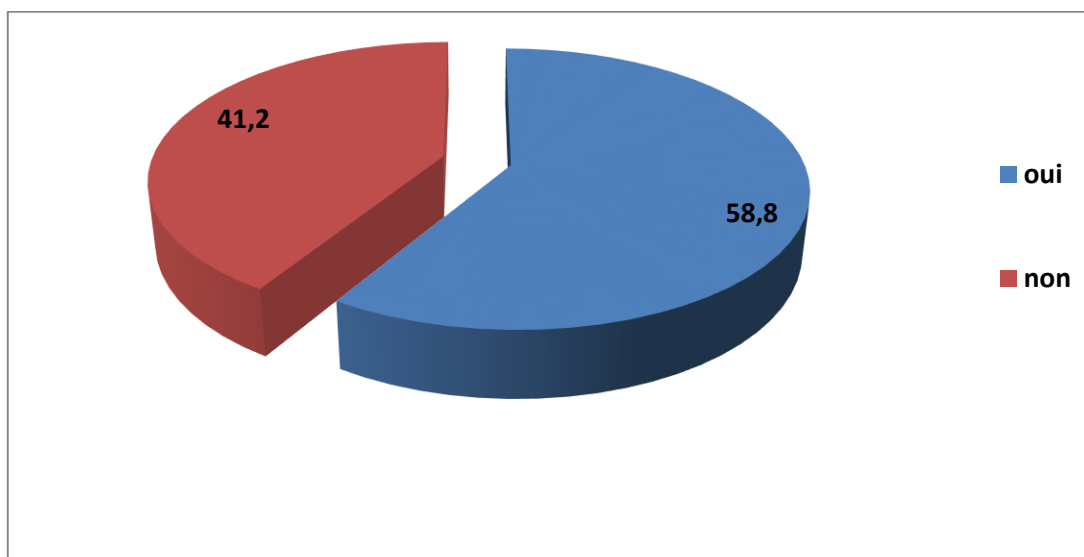


Figure 46 : Efficacité des campagnes de sensibilisation au tabac.

2.25. Les raisons d'efficacité des campagnes de prévention au tabac

Selon les données, 58.8% des étudiants pensaient que les campagnes de prévention sont efficaces parce qu'elles ont incité les personnes de leur entourage à arrêter.

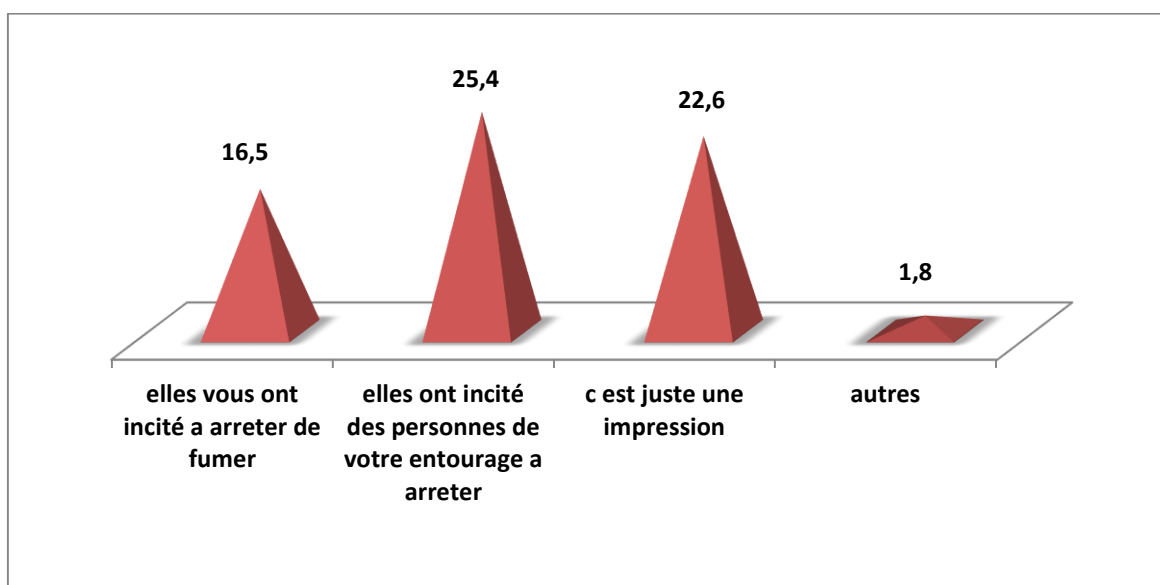


Figure 47 : Raisons d'efficacité des campagnes de prévention au tabac.

2.26. Les raisons du non efficacité des campagnes de prévention au tabac

Les étudiants qui pensaient que les campagnes de prévention ne sont pas efficaces parce qu'elles ne sont pas convaincantes sont en fréquence 41.2% .

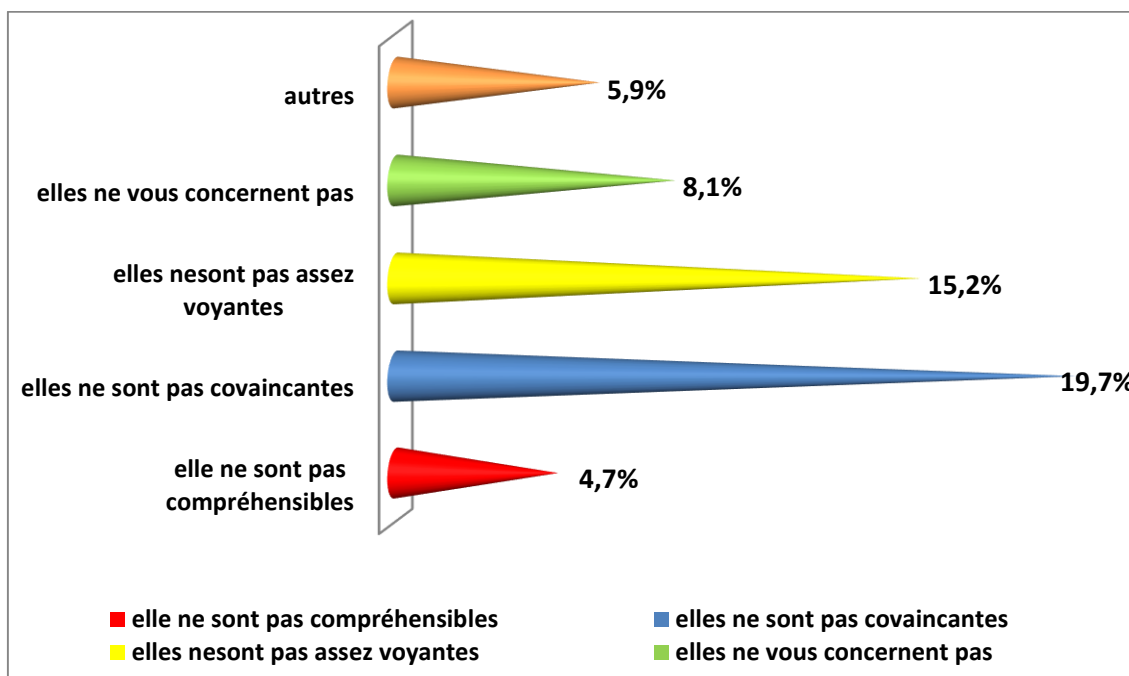


Figure 48 : Raisons du non efficacité des campagnes de prévention au tabac.

2.27. Les acteurs impliqués dans la sensibilisation au problème du tabac

Presque trois quart des étudiants pensaient que les jeunes et adultes, ainsi que les professionnels de santé (médecins et médecins dentistes) sont responsables pour sensibiliser les gens au problème du tabac.

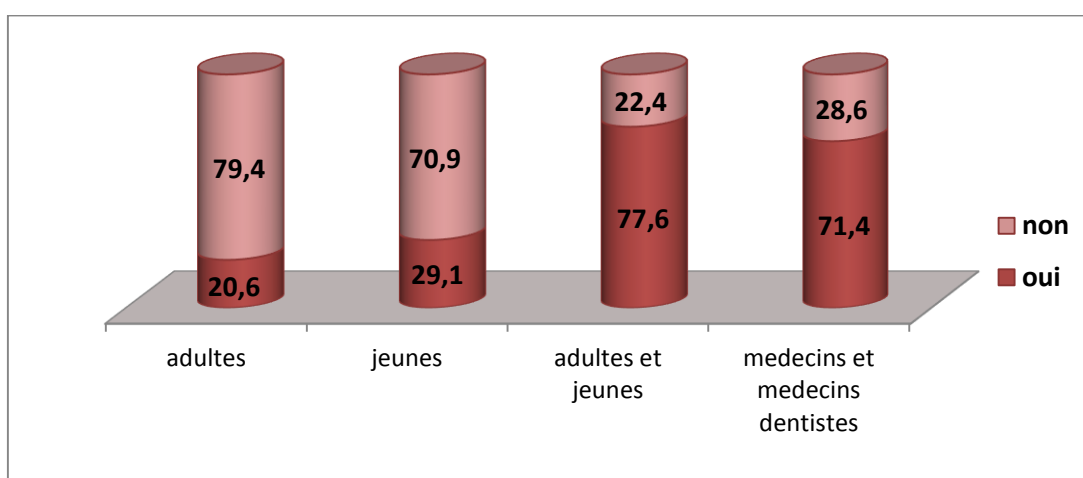


Figure 49: Acteurs impliqués dans la sensibilisation au problème du tabac.

2.28. Les moyens utilisés dans la sensibilisation au tabac

Les étudiants qui préféraient l'utilisation des images choquantes pour sensibiliser les gens au problème du tabac sont en fréquence de 82.3%.

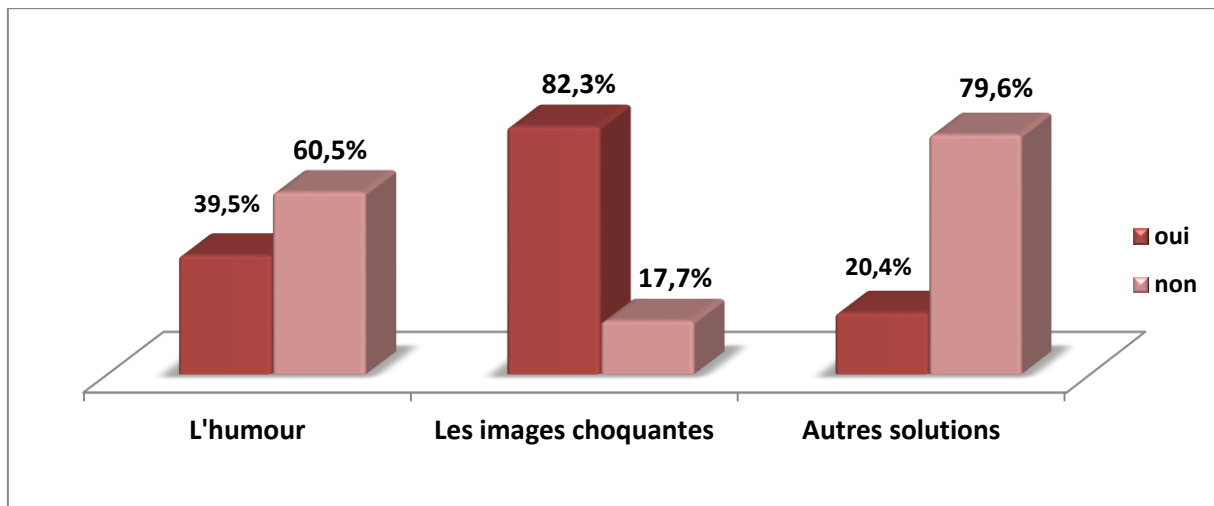


Figure 50: Moyens utilisé dans la sensibilisation au tabac.

2.29. L'impact des textes sur les paquets de cigarettes

Trois quart des étudiants pensaient que les textes sur les paquets de cigarettes n'ont pas d'impact.

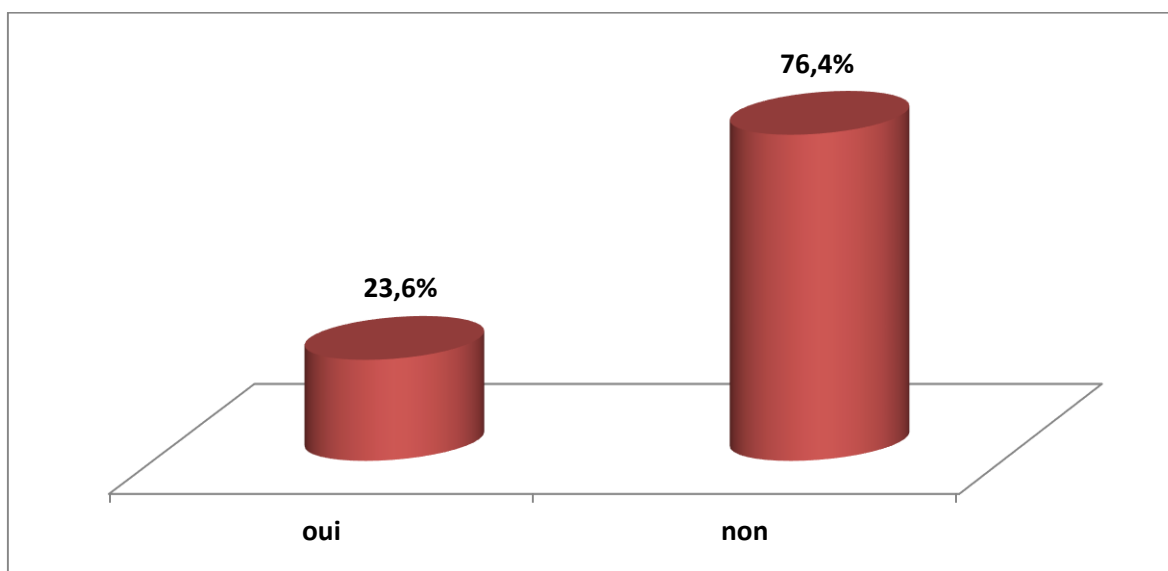


Figure 51 : Impact des textes sur les paquets de cigarettes.

2.30. L'efficacité des outils utilisés par les compagnes de prévention contre le tabac

Presque la moitié des étudiants 43.6% pensaient que les spots télévisés ont une meilleure efficacité préventive, suivi par les affiches 18%, les cours 10,4% et les bandes dessinées 10%.

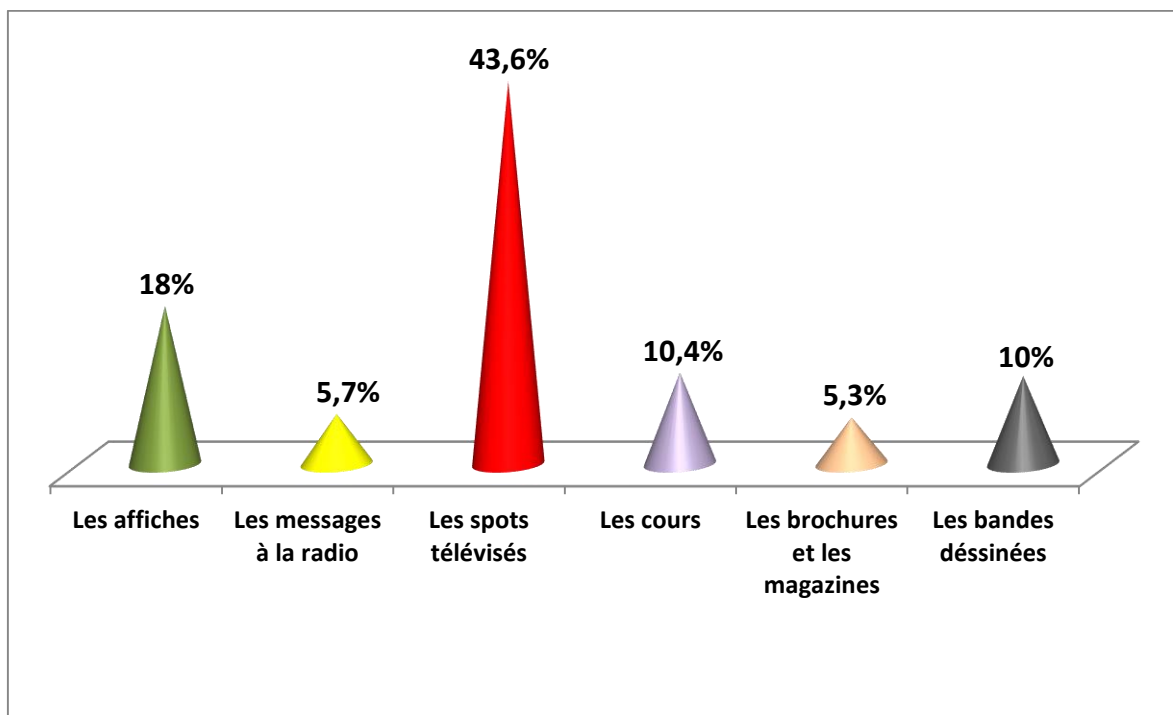


Figure 52 : Efficacité des outils utilisés lors des campagnes de prévention contre le tabac

2.31. Les stratégies pour inciter les jeunes à ne pas fumer

Plus de tiers des personnes enquêtées concéderaient que le fait de faire peur de la maladie est une bonne stratégie pour inciter les jeunes à ne pas fumer.

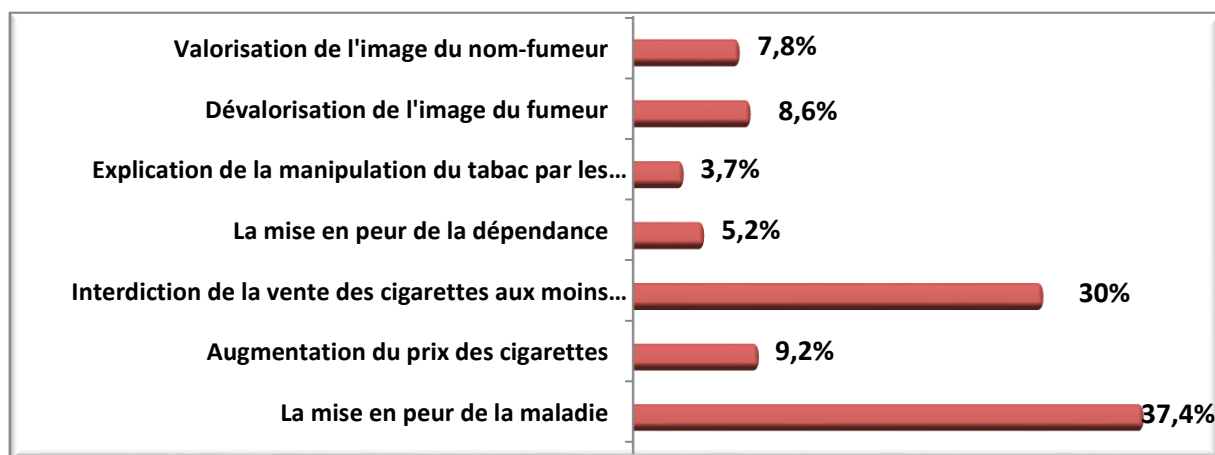


Figure 53 : Stratégies pour inciter les jeunes à ne pas fumer.

2.32. La sensibilité au tabagisme passif

Presque la quasi-totalité de notre échantillon sont sensibles au tabagisme passif 85,2%.

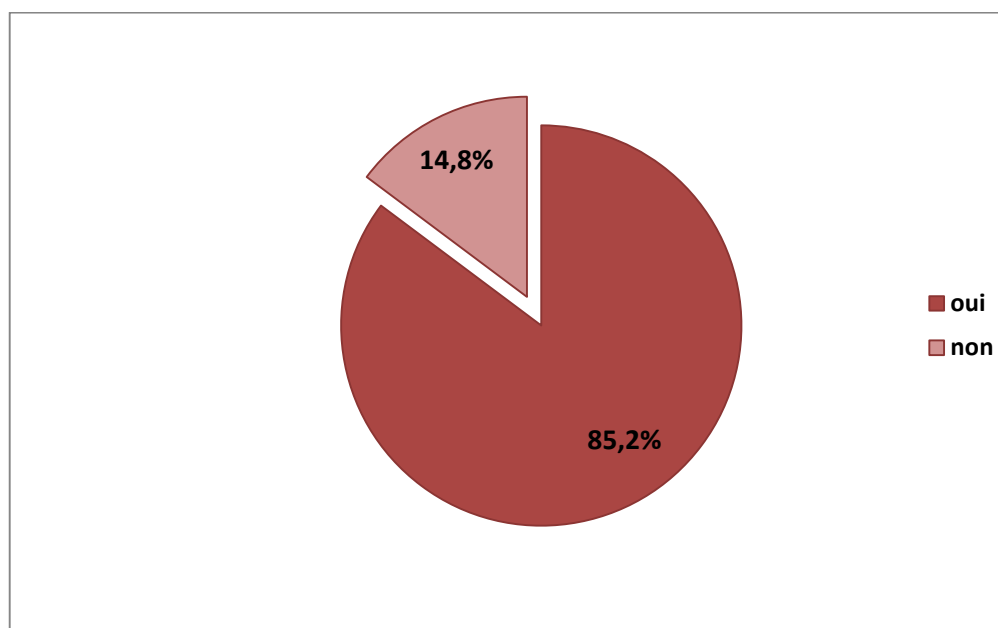


Figure 54 : La sensibilité au tabagisme passive des étudiants

2.33. Le degré de risque du tabagisme passif

Plus de la moitié de la population pensait que le risque du tabagisme passif est réels 61,4%.

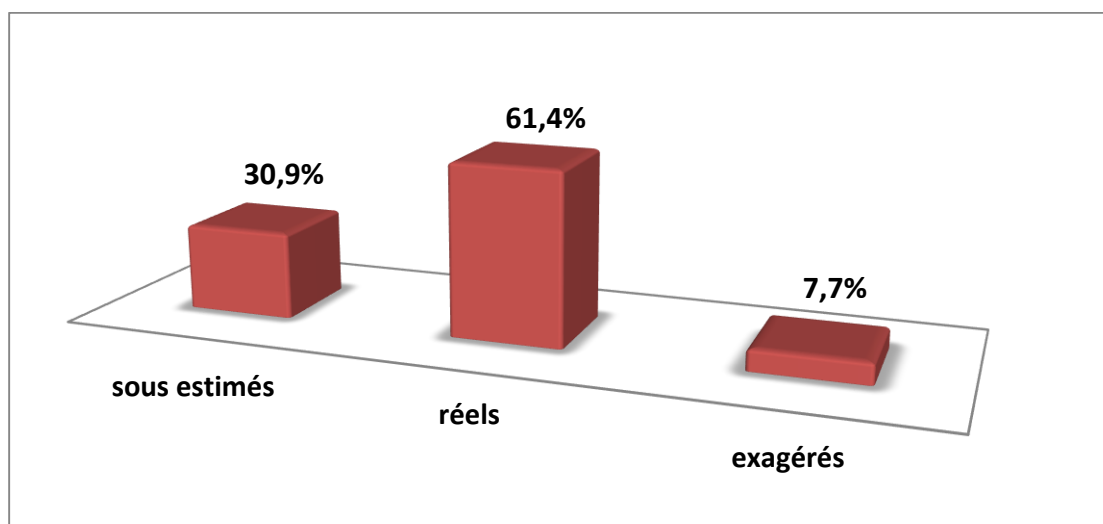


Figure 55: Degré de risque du tabagisme passif

2.34. Le lien entre le tabagisme passif et les maladies qui en découlent

La majorité des étudiants pensent que la fumée passive peut réellement provoquer des maladies liées au tabac 88,7%.

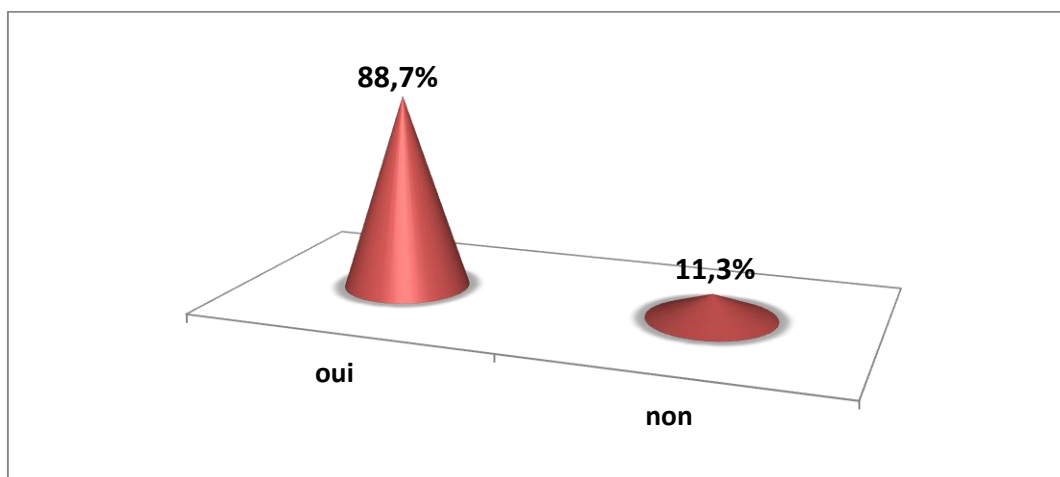


Figure 56: Lien entre le tabagisme passif et les maladies qui en découlent.

2.35. L'avis au sujet de l'interdiction du tabac dans les lieux publics

La quasi-totalité des étudiants de notre échantillon sont d'accord concernant l'interdiction de fumer dans les lieux publics 95,8%.

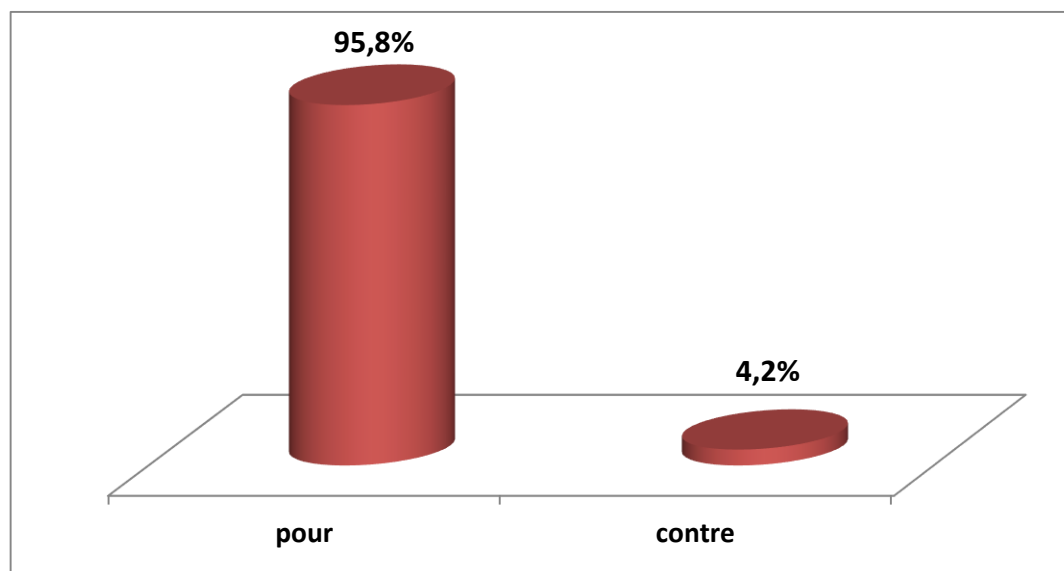


Figure 57 : Avis au sujet de l'interdiction du tabac dans les lieux publics

2.36. La jeunesse comme cible par les entreprises du tabac.

Les étudiants sont unanimes sur le fait que la jeunesse est la cible par les entreprises du tabac avec une fréquence 93,5%.

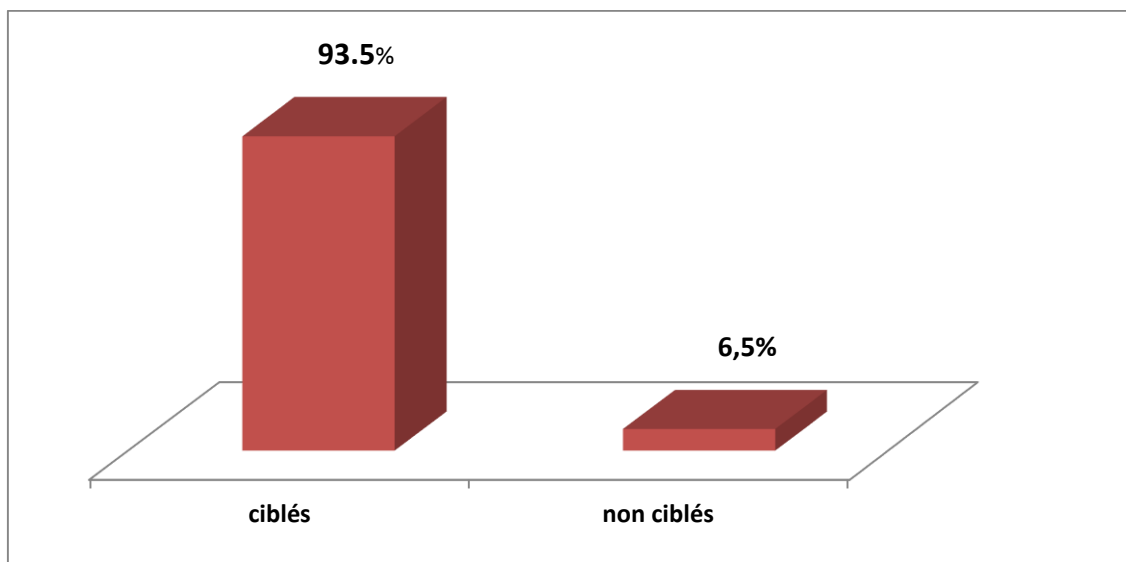


Figure 58: la jeunesse comme cible par les entreprises du tabac.

2.37. Le niveau de l'information sur le méfait du tabac durant le cursus

Selon les réponses, le niveau d'information sur le méfait du tabac durant le cursus est suffisant chez 43,1 % des étudiants et peu suffisance chez 40% des et insuffisance chez 16,1%.

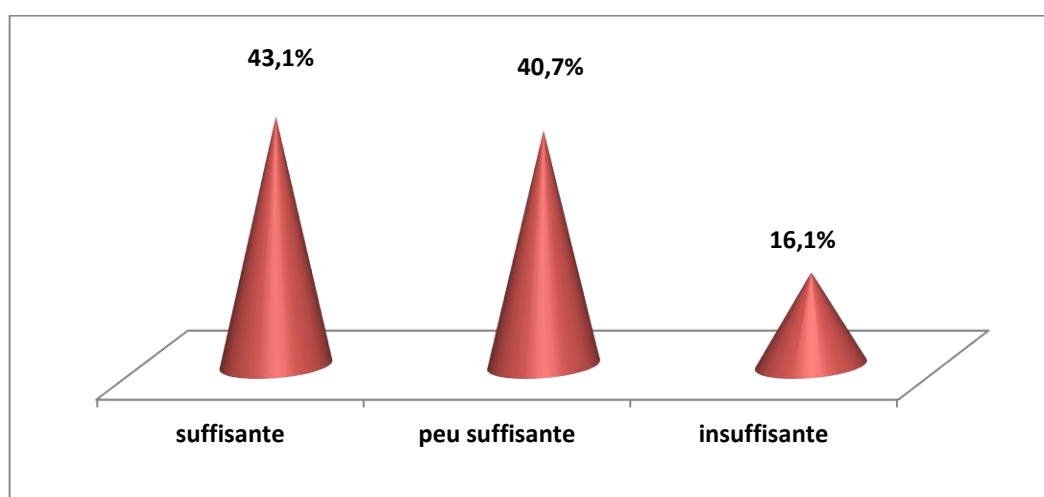


Figure 59: Niveau de l'information sur le méfait du tabac durant le cursus.

3. Caractéristiques du tabagisme chez les étudiants fumeurs

3.1. Taux du tabagisme

La fréquence des étudiants fumeurs est de 1.95%

Tableau 12: Taux du tabagisme

Etudiants	Effectifs(N)	Pourcentage(%)
- Fumeur	10	1.95
- Non fumeur	501	98.05

3.2. La répartition de l'échantillon selon la fréquence de fumer

Les réponses montrent que 80% des étudiants fument quotidiennement alors que 20% sont des fumeurs occasionnels.

Tableau 13: Répartition de l'échantillon selon la fréquence de fumer

La manière de fumer	Fumeurs actuels (N=10)	
	Effectif (N)	Fréquence (%)
- Occasionnelle	2	20,0
- Quotidienne	8	80,0

3.3. La répartition de l'échantillon selon le nombre de cigarette fumé par jour

Sur l'ensemble de 10 étudiants, 40% fument 10 cigarettes par jour.

Tableau 14: Répartition des sujets selon le nombre de cigarette fumé par jour

Nombre de cigarette/jour	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
1	1	10,0
6	1	10,0
10	4	40,0
20	3	30,0
25	1	10,0

3.4. La répartition des étudiants selon la consommation du tabac

Uniquement 50% des étudiants jugent leur consommation du tabac excessive, alors que les 5 autres le voient raisonnable à faible (respectivement 30%, 20%).

Tableau 15: La répartition de l'échantillon selon la consommation du tabac

	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
- Excessive	5	50,0
- Raisonnable	3	30,0
- Faible	2	20,0

3.5. La répartition de l'échantillon selon l'âge de début du tabagisme

L'âge de début de première cigarette des étudiants varie entre 15 à 23ans avec des pourcentages égaux.

Tableau 16 : Répartition des sujets selon l'âge de début du tabagisme

L'âge de première cigarette (ans)	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
15	1	10,0
16	1	10,0
17	2	20,0
18	1	10,0
20	2	20,0
21	1	10,0
22	1	10,0
23	1	10,0

3.6. La répartition de la population selon le type de tabagisme:

La cigarette est la plus utilisée par les étudiants (66,7%).

Tableau 17: Répartition de la population selon le type de tabagisme

Type	Effectifs	Fréquence (%)
- Cigarette	10	66.7
- cigare	2	13.3
- Narghilé	2	13.3
- Autres	1	6.7

3.7. La répartition de l'échantillon selon la marque de cigarette consommée

La majorité des étudiants consomment « MARLBORO » avec une fréquence de 50% .

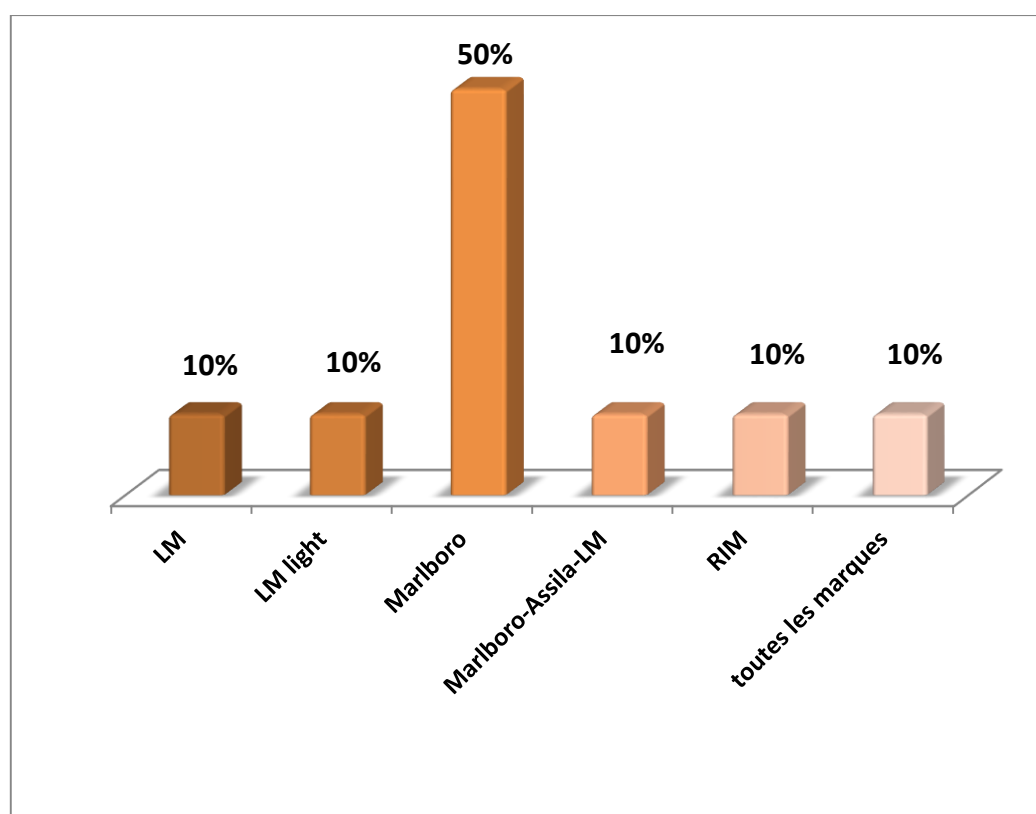


Figure 60: Répartition de l'échantillon selon la marque de cigarette consommée

3.8. La répartition de l'échantillon selon le changement de marque

La majorité des étudiants de l'échantillon ont changés de marque 66,7%.

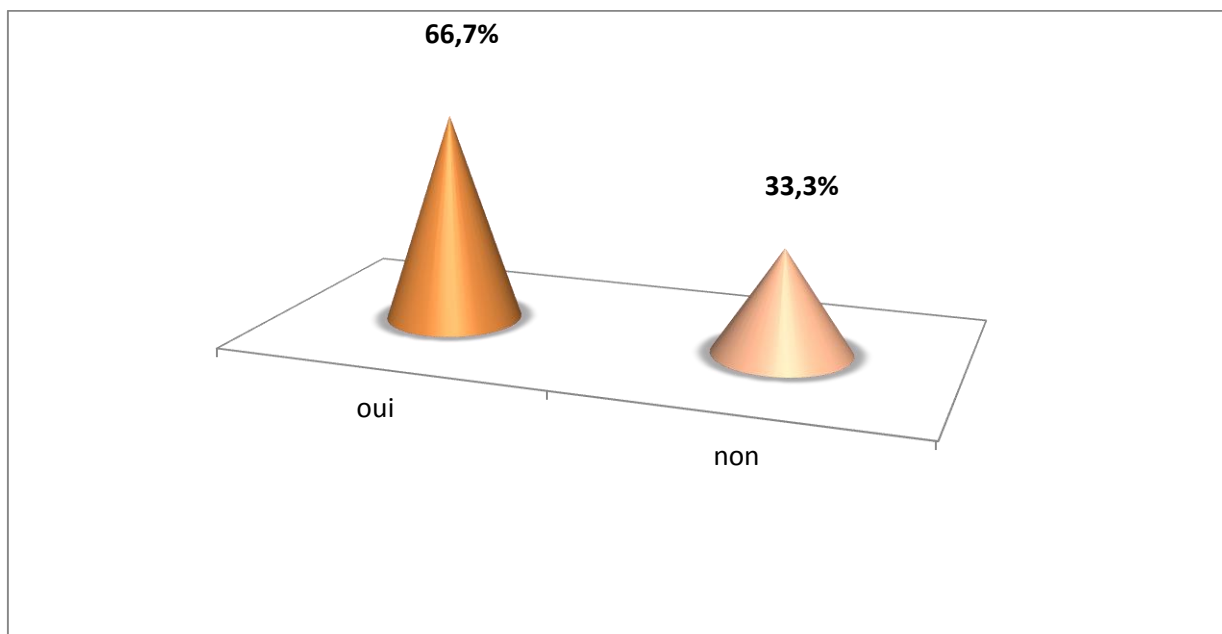


Figure 61 : Répartition de l'échantillon selon le changement de marque

3.9. Les facteurs qui poussent l'étudiant de changer la marque

La plupart des étudiants ont changés de marque à cause du prix 33,2%.

Tableau 18 : Les facteurs qui poussent l'étudiant de changer la marque

	Effectif (N)	Fréquence (%)
- La dépendance	1	16,7
- La qualité	1	16,7
- Le prix	2	33,2
- LM provoque la toux sèche	1	16,7
- Pour essayer les autres marques	1	16,7

3.10. La répartition de l'échantillon selon l'avis des étudiants vis-à-vis du prix du paquet de cigarette

Plus de la moitié des étudiants disent que le prix de cigarette est trop cher avec une fréquence de 50%.

Tableau 19 : Répartition de l'échantillon selon l'avis des étudiants vis-à-vis du prix du paquet de cigarette

Prix	Effectifs (N)	Fréquence (%)
- Trop cher	5	55,6
- Approprié	2	22,2
- pas assez cher	2	22,2

3.11. La répartition de l'échantillon selon la source de financement de la consommation du tabac

Selon le tableau ci-dessous 66,7% des étudiants utilisent leur argent de poche pour acheter le tabac.

Tableau 20 : Répartition de l'échantillon selon la source de financement de la consommation du tabac.

Source de financement	Réponse	Pourcentage (%)
- Argent de poche	8	66,7
- Job	1	8,3
- Economie	3	25

3.12. La répartition de la population selon le lieu d'achat du tabac

La plupart des étudiants procurent leur tabac des kiosques 64,4%.

Tableau 21 : Répartition de la population selon le lieu d'achat du tabac

Lieu d'achat	Effectif (N)	Pourcentage (%)
- Kiosque	9	64,4
- Grandes surfaces	1	7,1
- Amis	3	21,4
- distributeurs automatiques	1	7,1

3.13. Tabac et parents

Parmi les 10 fumeurs, 6 ont un seul parent qui fume « 60% ».

Tableau 22: Tabac dans la famille.

	Effectifs	Pourcentage (%)
- Aucun	4	40,0
- Un parent	6	60,0

3.14. La répartition de l'échantillon selon le point de vue des parents

Selon les réponses, 90% des étudiants fument sans autorisation des parents.

Tableau 23: Répartition de l'échantillon selon l'autorisation des parents

	Effectifs	Pourcentage
- Oui	1	10,0
- Non	9	90,0

3.15. L'âge légal pour l'achat du tabac

D'après notre série, 40% des étudiants disent qu'il y a un âge légal pour acheter le tabac.

75% entre eux disent que cet âge est 18ans.

Tableau 24: L'avis des étudiants concernant L'âge légal pour l'achat du tabac

	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
- Non	6	60,0
- Oui	4	40,0

Tableau 25: l'âge légal pour l'achat du tabac

L'âge légal (ans)	Effectifs	Pourcentage (%)
18	3	75,0
21	1	25,0

3.16. La proportion des fumeurs dans l'entourage

D'après notre série, 60% des étudiants disent que la majorité de leurs amis et collègues fument.

Tableau 26: Proportion des fumeurs dans l'entourage de fumeur

	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
- Minorité	4	40,0
- Majorité	6	60,0

3.17. La répartition des étudiants selon les facteurs initiateurs du tabagisme :

La plupart des étudiants fume au début suite à l'influence de l'entourage et par curiosité (respectivement 35,7% -28,6%).

Tableau 27 : Répartition des étudiants selon les facteurs initiateurs du tabagisme

Facteurs initiateurs du tabagisme	Effectifs	Pourcentage
- Entourage	5	35.7
- Parents	2	14.3
- frères	1	7.1
- Curiosité	4	28.6
- Club de sport	1	7.1
- Autre	1	7.1

3.18. L'effet de cigarette

La plupart des étudiants disaient que la cigarette calme (42,9%) et surtout procure un certain plaisir (51,7%).

Tableau 28 : L'effet de cigarette

Effet de cigarette	Effectifs	Pourcentage valide
- Vous calme	6	42.9
- Vous procure un certain plaisir	8	57.1

3.19. La volonté de vouloir arrêter le tabac

Tous les étudiants souhaitaient arrêter de fumer 100%.

Tableau 29: Volonté de vouloir arrêter le tabac

	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
Oui	10	100

3.20. Les raisons de vouloir arrêter le tabac

Plus de la moitié des étudiants 60% souhaitaient arrêter de fumer pour leur santé.

Tableau 30: Raisons de vouloir arrêter le tabac

Les raisons	Effectifs (N)	Pourcentage(%)
- Cout	3	20.0
- Santé	9	60.0
- Pour faire cool	1	6.7
- enfants	1	6.7
- Motivation de tiers	1	6.7

3.21. L'Evaluation de la motivation de vouloir arrêter le tabac

Selon le tableau, 30% des étudiants ont un degré de motivation de 100%.

Tableau 31 : Evaluation de la motivation de vouloir arrêter le tabac

Echelle	Effectifs(N)	Pourcentage(%)
20%	1	10,0
30%	1	10,0
50%	2	20,0
70%	2	20,0
80%	1	10,0
100%	3	30,0

3.22. La tentative d'arrêt du tabac

Selon le tableau ci- dessous 80% des étudiants ont déjà essayé d'arrêter de fumer.

Tableau 32: Tentation de vouloir arrêter le tabac

	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
- Oui	8	80,0
- Non	2	20,0

3.23. Motivation d'arrêt du tabac

Plus de la moitié des étudiants ne pensent pas à l'arrêter pour l'instant 55,6%, 22.2% pensent à l'arrêter au cours de mois prochain et les autres au cours des six prochains mois.

Tableau 33 : Volonté d'arrêter le tabac

	Effectifs(N)	Pourcentage (%)
- Oui au cours de mois prochain	2	22,2
- Oui au cours des six prochains mois	2	22,2
- Non, pas pour l'instant	5	55,6

3.24. Evaluation de degré de confiance pour arrêter de fumer

Selon le tableau 33.3% des étudiants sont tout à fait sur qu'ils n'arriveront pas à arrêter de fumer.

Tableau 34: Evaluation de degré de confiance pour arrêter de fumer.

Degré de confiance pour arrêter	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
0%	3	33,3
40%	2	22,2
50%	1	11,1
70%	1	11,1
100%	2	22,2

3.25. L'Assistance pour arrêter de fumer

La moitié des étudiants souhaitaient être aidé par une assistance pour arrêter le tabac.

Tableau 35: Demande de l'aide pour arrêter de fumer

	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
- Oui	5	50,0
- Non	5	50,0

3.26. La structure d'accompagnement pour arrêter de fumer

Selon le tableau, 57.1% des étudiants savent où ils peuvent obtenir une aide pour arrêter de fumer.

Tableau 36: Structure d'accompagnement pour arrêter de fumer

	Effectifs (N)	Pourcentage %
- Oui	4	57,1
- Non	3	42,9

Selon le tableau 33,3% des étudiants savent qu'ils obtiennent leur aide chez le dentiste ou chez autres personnes, 22,2% le trouve chez le médecin et 10% chez un membre de la famille.

Tableau 37: Structure d'accompagnement pour arrêter de fumer

Structure d'accompagne	Effectifs(N)	Pourcentage(%)
- Membre de famille	1	11.1
- Dentiste	3	33.3
- Médecin	2	22.2
- Autre	3	33.3

3.27. La difficulté d'abstinence dans les endroits non-fumeurs

La moitié des étudiants trouvent difficile, le fait de ne pas fumer dans les endroits non-fumeurs

Tableau 38: Difficulté d'abstinence dans les endroits non-fumeurs

	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
- Oui	5	50,0
- Non	5	50,0

3.28. L'impact des spots publicitaires des entreprises du tabac

La plupart des étudiants (80%) ne sont pas influencés par les publicités des entreprises du tabac.

Tableau 39 : Impact des spots publicitaires

	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
- Oui	2	20,0
- Non	8	80,0

3.29. Les offres des entreprises de tabac

Seulement 20% des étudiants ont reçus des cadeaux de la part des entreprises du tabac.

Tableau 40 : Offres des entreprises de tabac

	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
- Oui	2	20,0
- Non	8	80,0

3.30. Le Test de Fagerstrom « Dépendance par rapport à la nicotine »

La moitié des étudiants ont une très faible dépendance, 10% ont une forte dépendance

Tableau 41 : Test de Fagerstrom « Dépendance par rapport à la nicotine »

Dépendance	Effectifs(N)	Pourcentage (%)
- Très faible	5	50,0
- Faible	2	20,0
- Moyenne	2	20,0
- Forte	1	10,0

3.31. Test de HORN « Evaluation des habitudes tabagiques »

Selon nos résultats, 35,7% des étudiants fument a cause de l’anxiété et pour le soutien, les autres pour le plaisir de geste, la stimulation et la relaxation (respectivement : 21,4%, 14,3%, 14,3%)

Tableau 42 : Test de HORN « Evaluation des habitudes tabagiques »

	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
- Stimulation	2	3
- Plaisir du geste	3	21.4
- Relaxation	2	14.3
- Anxiété –soutien	5	35.7
- Besoin absolu	1	11.1
- Habitude acquise	1	11.1

3.32. Répartition des fumeurs selon le diagnostic

Selon le tableau, 46.7% des fumeurs présentent une Gingivite induite par la plaque avec facteurs locaux favorisants.

Diagnostics	Effectifs(N)	Pourcentage(%)
- Gingivite induite par plaque avec facteurs locaux favorisants	7	46.7
- Parodontite chronique légère localisé	2	13.3
- Parodontite chronique légère généralisé	1	6.7
- Récession	5	33.3

Cas clinique

Cas clinique N°1 :

Il s'agit du patient H. A âgé de 24 ans. il ne présente aucune maladie d'ordre générale

L'examen endo-buccale : on note une hygiène bucco-dentaire moyenne avec un PI =2.

L'examen gingival : on note la présence d'une inflammation modérée généralisée avec un GI= 2, SBI=3, et des récessions de 1 mm Cl. I selon MILER.

Le sondage : révèle la présence de vraies poches de 3 à 4 mm.

L'examen dentaire : on note la présence des caries au niveau de la 11,22 et l'obturation de 12, 21,26

L'examen de l'occlusion : révèle la présence de prématurité à l'occlusion statique et des interférences à l'occlusion dynamique.

L'examen radiologique : révèle une alvéolyse superficielle.

Diagnostic positif :

Parodontite chronique légère localisée.



a : Aspect clinique du patient H.A



b : Aspect radiologique du patient H.A

Figure 62 : Aspect clinique et radiologique du patient H.A

Le traitement :

Thérapeutique initiale :

La première séance, on a motivé le patient à l'hygiène bucco-dentaire en enseignant les méthodes de brossage avec une fréquence de trois fois par jour et une durée > 3min et à l'utilisation des adjuvants de brossage (fil dentaire), puis un détartrage, surfaçage suivis d'un polissage ont été effectués. le patient a été orienté vers le service de OCE pour les soins des caries.

Réévaluation :

Un mois après le traitement, le patient a été revu pour tester sa motivation à l'hygiène bucco-dentaire ainsi que sa réponse tissulaire.

Une régression des indices de plaque et d'inflammation a été observé (PI=1), (GI=1).

Phase corrective : Réhabilitation occlusale : Traitement orthodontique.

Maintenance : Visites périodique.

Cas clinique N°2 :

Il s'agit du patient O. G âgé de 24 ans. il ne présente aucune maladie d'ordre générale.

L'examen endo-buccale : on note une hygiène bucco-dentaire moyenne avec un PI =2.

L'examen gingival : on note la présence d'une inflammation modérée généralisée avec un GI= 2, SBI=3.

Le sondage : révèle la présence de fausses poches de 3 mm.

L'examen dentaire : on note la présence des caries au niveau de la 16, 18, 26, 28, 47 et l'obturation de 46.

L'examen de l'occlusion : révèle la présence de prématurité à l'occlusion statique et des interférences à l'occlusion dynamique.

Diagnostic positif :

Gingivite induite par la plaque avec facteurs locaux favorisants.



Figure 63 : Aspect clinique du patient O.G

Le traitement :

Thérapeutique initiale :

La première séance, on a motivé le patient à l'hygiène bucco-dentaire en enseignant les méthodes de brossage avec une fréquence de trois fois par jour et une durée > 3min et à l'utilisation des adjuvants de brossage (fil dentaire), puis un détartrage a été effectué. le patient a été orienté vers le service d'OCE pour les soins des caries.

Réévaluation :

Un mois après le traitement, le patient a été revu pour tester sa motivation à l'hygiène bucco-dentaire ainsi que sa réponse tissulaire. Une régression des indices de plaque et d'inflammation a été observé (PI=1), (GI=1),

Phase corrective : Réhabilitation occlusale : Traitement orthodontique.

Maintenance : Visites périodiques.

Cas clinique N°3:

Il s'agit du patient A.S âgé de 25 ans. il ne présente aucune maladie d'ordre générale.

L'examen endo-buccale : on note une hygiène bucco-dentaire moyenne avec la présence du tartre et un PI =2.

L'examen gingival : on note la présence d'une inflammation modérée généralisée avec un GI= 2, SBI=3.

Le sondage : révèle la présence des fausses poches de 3 à 4 mm.

L'examen dentaire : on note l'absence de 14,15,16,24,25,36,37,46 suite a un processus carieux et sans complication et la présence des carie au niveau de la 17, 26,28,38,43,45,47,48 et l'obturation de la 27.

L'examen de l'occlusion : révèle la présence de prématurité a l'occlusion statique et des interférences a l'occlusion dynamique.

Diagnostic positif :

Gingivite induite par la plaque avec facteurs locaux favorisant.



Figure 64: Aspect clinique du patient A.S

Le traitement :

Thérapeutique initiale :

La première séance, on a motivé la patiente a l'hygiène bucco-dentaire en enseignant la méthode de brossage avec une fréquence de trois fois par jour et une durée > 3min et a l'utilisation des adjuvants de brossage (fil dentaire), puis un détartrage a été effectué. le patient a été orienté vers le service de OCE pour les soins des caries.

Réévaluation :

Un mois après le traitement, le patient a été revu pour tester sa motivation a l'hygiène bucco-dentaire ainsi que sa réponse tissulaire.

Une régression des indices de plaque et d'inflammation a été observé (PI=1), (GI=1).

Phase corrective : Réhabilitation occlusale : Traitement orthodontique.

Maintenance : Visites périodiques.

Discussion

Discussion

Notre travail consiste à une étude transversale rentrant dans le cadre de l'évaluation des connaissances et des pratiques réalisé au niveau de la faculté de médecine de Tlemcen et le centre hospitalier - universitaire de Tlemcen(Dr T.Damerji) et le CHU de Tlemcen sur les étudiants de la faculté de médecine en fin de cycle (sixième année médecine, les internes en médecine , les internes en pharmacie et les internes en médecine dentaire) , l'étude a durée cinq mois a partir du mois de 05/décembre/2018 au 31/Avril/2018.

Notre objectif principal était d'évaluer l'état de connaissance des étudiants en fin de cycle de la faculté de médecine de Tlemcen sur les effets du tabac sur la cavité buccale et l'état générale.

Les limites de notre étude :

Durant notre étude nous avons rencontré un certain nombre de difficulté d'ordre pratique et technique tels que :

- La non disponibilité et la non coopération de certains étudiants.
- Le retard occasionné de la part des étudiants à remplir et à ramener les questionnaires, menant automatiquement un retard dans la prise en charge et ceci ne peut s'expliquer que par le manque d'information et méconnaissance de la relation établit tabac-maladie parodontale.
- Le biais de subjectivité.
- Le biais de sous déclaration.
- La rareté voire l'absence des études qui s'intéressent à l'évaluation de l'état de connaissance chez les étudiants de la faculté de médecine rend difficile les comparaisons.

Avantage :

Notre étude comme étant la première étude menée sur le terrain, peut servir d'ébauche pour mener d'autres études plus poussées

Le sujet de notre étude n'a toujours pas obtenue des résultats concluants, ce qui le place toujours dans le domaine de l'actualité médicale.

L'étude est basée sur un auto-questionnaire : nous n'avons pas l'influence les réponses des sujets enquêtes.

Greffer une campagne de sensibilisation au fur et à mesure de la collecte.

Examiner et proposer des soins aux sujets qui nécessitent une prise en charge.

Le questionnaire

Au début de notre démarche nous avons soumis aux étudiants concernés (639) un auto questionnaire anonyme qui comprend des questions adressées à tous les étudiants afin d'évaluer leurs état de connaissance, à titre d'exemple ; la relation entre le tabac et la mortalité, les maladies générales liée au tabac, les maladies buccales liée au tabac, le tabac et la parodontite, le niveau d'informations recueilli durant le cursus concernant les méfaits du tabac etc.

Et d'autres questions réservées juste aux étudiants fumeurs, afin d'étudier les habitudes et les attitudes tabagiques, comme, le degré de consommation du tabac, les facteurs initiateurs du tabagisme, évaluation de la motivation de vouloir arrêter le tabac...etc.

511 étudiants ont répondu à ce questionnaire.

Discussion des résultats de l'étude

- **Répartition de la population selon le sexe :**

Parmi 511 étudiants, on a noté que *le sex ratio* Homme/Femme est de 0,36 soit 73.8% des femmes contre 26.2% d'hommes, ceci pourrait être expliquer par le fait que la plupart des étudiants de fin de cycle sont des filles, et les filles sont plus ouvertes pour répondre au questionnaire, ces résultats sont similaires à ceux de l'étude de **L. Lahlou et al** qui est faite en 2017 à Rabat qui a montré une fréquence de 56,5% de femmes^[133], de même que l'étude de **S.Kouara** [1]réalisée à Fès en 2013 (63,4%) par contre dans l'étude de **Y. M.A. Soliman et al**(Egypte en 2013), Il y'avait une prédominance masculine (53,5%) contre(46,5%)des femmes^[134].

- **L'évaluation de degré de connaissance de la population étudié :**

En matière de connaissance de la nocivité du tabac sur l'état générale et buccale, une grande majorité des étudiants font le lien entre le tabac et le cancer du poumon, la BPCO, les maladies cardiovasculaires, les parodontites, les résultats trouvés sont conforme avec ceux de l'étude réalisée en 2013 par F. **Maatouk et al** à Monasitr (Tunisie)^[135]et aussi avec les résultats de l'étude d'**M- S.Soltani et al** qui est faite en Tunisie (2000) ^[136].

- ✓ **L'évaluation de degré de connaissance chez les étudiants en médecine concernant l'effet du tabac sur:**
 - L'état général, est de 99.2%, leurs réponses précises et ciblés, ceci est dû aux connaissances acquise au cours de leur cursus.
 - L'état buccal, le taux de réponses est de 88.1%, mais ces réponses étaient aléatoires non précises.
 - L'état parodontal, la majorité des étudiants de médecine (86,1%) n'ont pas su la définition de la parodontite, les autres ont répandu de façon correcte mais sans connaître ses signes et ses complications.

- ✓ **L'évaluation de degré de connaissance chez les étudiants en médecine dentaire concernant l'effet du tabac sur:**
 - L'état général, est de 96.6%, leurs réponses ne sont pas précises.
 - L'état buccal, la majorité des étudiants (91,5%) ont répondu à cette question par des réponses justes et précises, ceci est en rapport avec les connaissances acquises durant leur cursus.
 - L'état parodontal, 94,9% des étudiants ont bien définie une parodontite et cité ses signes et complications.

- ✓ **L'évaluation de degré de connaissance chez les étudiants en pharmacie concernant l'effet du tabac sur :**
 - L'état général, 85,9% des étudiants ont cité les maladies générales les plus connus.
 - L'état buccal, 71.9% ont relevés les maladies buccales liées au tabac.
 - L'état parodontal, 70,3% connaissent quelques notions sur le parodonte mais pas assez des étudiants connaissent ses signes et complications.

A partir ces résultats, les étudiants en médecine et pharmacie connaissent moins l'effet du tabac sur le parodonte.

- ✓ La raison la plus forte pour laquelle les étudiants non fumeurs ne fument pas est le caractère « dangereux pour la santé » avec une fréquence de 70,9%. Ces résultats se conforment avec ceux de l'étude de **M.Gartit** qui est faite en 2013 à Oujda qui ont trouvé une fréquence de 41%, à contrario^[137], d'après l'étude de **A.Closio** (France

2017), les raisons avancées par les non fumeurs expliquant leur situation sont "vous n'en avez pas envie" (87%)^[138].

✓ **Attitude des étudiants vis-à-vis des mesures de lutte anti-tabac :**

- Dans l'enquête, nous avons recueilli l'opinion des étudiants sur certaines réglementations anti- tabac :
- Pour la majorité des étudiants, 58.8% croient en l'efficacité des campagnes de prévention. Ces campagnes ont incité des personnes de leur entourage à arrêter de fumer, en faisant appel à des médecins et des médecins dentistes pour sensibiliser les personnes au problème du tabac. Enfin 43,6% pensent qu'il vaut mieux utiliser les spots télévisés comme support de campagnes de prévention, ce dernier résultat est semblable à ceux de l'étude de **M.Gartit** qui est faite en 2013 à Oujda ^[137].
- De point de vue des étudiants vis-à-vis des stratégies de campagnes de prévention pour inciter les jeunes à ne pas fumer, 37,4% sont tout à fait d'accord pour la stratégie de faire peur des maladies causées par le tabac et 30% sont d'accord avec l'interdiction de la vente des cigarettes aux enfants de moins de 16ans.

Ces résultats sont semblables à ceux de l'étude de **Kasouati et al** réalisées en 2009 à Fès, qui a trouvé que la majorité des étudiants, pensent que la vente du tabac devrait être totalement interdite aux enfants, et que les professionnels de la santé devraient être spécialement formés à aider les patients qui veulent cesser de fumer ^[139].

Ainsi, les auteurs recommandent d'améliorer les programmes d'éducation anti tabagique, lesquels doivent être renforcés par une formation pratique tout au long du cursus ^[140,141]. **Richmond et al** pensent qu'il est fondamental que les futurs praticiens aient des connaissances appropriées sur le tabagisme qui leur permettent de devenir de véritables agents de la lutte antitabac ^[142].

- ✓ La majorité des étudiants sont sensibles au tabagisme passif (85,2%) et ils trouvent que ses risques sont réels (61,4%).Ceci peut être expliqué par l'existence d'une minorité des fumeurs seulement.

Selon les résultats, les informations des étudiants sur l'effet du tabac recueillit durant leurs cursus est suffisantes (43,2%), cela est similaire aux résultats de l'étude de

F.Maatouk et al qui est réalisé en 2013 au Tunisie ^[134] de même que **M. Ndiaye et al** (Sénégal en 2003) ^[143]

- **Les caractéristiques du tabagisme chez les étudiants fumeurs**

- ✓ **La prévalence du tabagisme**

La prévalence des fumeurs parmi la population d'étude est faible (1,95%) car les personnes ayant une formation universitaire fument moins que celles dont le niveau d'instruction est faible, aussi les étudiants de fin de cursus sont détachés au niveau des structures sanitaires et doivent donner l'exemple aux malades et à la population en général et sont plus confrontés aux méfaits du tabac par leur pratique médicale quotidienne.

Ce taux est un peu inférieur à celui trouvé à Abidjan (Côte d'Ivoire) en 2016 par **B.Kouassi** (5,6%)^[150], et aussi par rapport à l'étude de **F.Maatouk** (Tunisie 2013) qui a trouvé une prévalence de 14,2%^[135], et l'étude de **N.Zaghba et al** (Maroc 2010)[18] (7,9%)^[151], et aussi l'enquête de **Meggueni et al** faite en 2007 à Tlemcen a retrouvé un taux de fumeurs de 12% ^[145].

Alors que, d'autres études ont trouvé un taux très élevé. A titre exemple, l'étude de **H.Xiang et al** qui est faite en 2000 en Chine montre une tendance vers l'augmentation de la prévalence des fumeurs qui est de 40,5%, de même que ^[145], une autre étude faite par **C.Goulhen** en France en 2004 a montré une prévalence de 45,5% ^[148].

- ✓ **La prévalence du tabagisme selon le sexe**

Tous les fumeurs sont des hommes, ceci s'explique par la considération du tabagisme féminin comme une offense aux coutumes et inacceptable socialement ainsi que l'exigence esthétique des femmes par rapport aux hommes. Ces résultats sont en accord avec les études menées dans certains pays musulmans et/ou arabes, la prévalence est de 85,2% hommes contre 14,8% des femmes dans l'étude de **L.Lahlou et al** faite à Rabat en 2017 ^[133], ainsi que l'étude faite par **S.Kouara** à Fès en 2013[1], la prédominance masculine est nette : 18.4% d'étudiants fumeurs contre 34% d'étudiantes fumeuses^[134]. Cette prédominance masculine n'est pas retrouvée au sein de la population générale dans l'étude de **JOM .Pobee** à Dakaroise en 1984 où on constate un accroissement du tabagisme des femmes du fait de la publicité qui assimile ce dernier à un moyen

d'émancipation, d'affirmation d'une certaine modernité et surtout comme un atout essentiel de l'élégance féminine.

Dans d'autre pays comme la France, des études faites par le **Maitre.B** en 2001 à constater une augmentation importante de la proportion des fumeuses ^[149].

✓ **Le degré d'intoxication tabagique**

- La majorité des étudiants de la population fument d'une manière quotidienne (80%), ces résultats sont proches de ceux de l'étude de **S. Kouara** (Fès 2013) ^[134], et aussi avec les résultats de l'étude de **M-S.Soltani et al** faite en 2000 à Monastir (Sahel tunisien)^[136].
- La consommation moyenne quotidienne de l'étudiant est de 13,2 cigarettes, la même constatation ressort dans l'étude de **F.Maatouk et al** (Tunisie 2013) ^[135].

Dans l'étude réalisée, les étudiants ont commencé à fumer à un âge précoce à partir de 15 ans, avec un âge moyen de 18,9 ans et la majorité ont débuté le tabac à l'âge de 17 ans et 20 ans. Dans l'étude faite à Fès par **S.Kouara** en 2013, les étudiants ont fumé leur 1^{ère} cigarette à partir de l'âge de 16 ans ^[134]. En Syrie, l'étude faite par **W.Maziak** en 2004 a montré que l'âge moyen de début du tabagisme est de 19 ans en milieu universitaire ^[152].

Le mode 15 ans que nous avons retrouvé pourrait être expliqué par le fait que les jeunes à partir de là pensent être adulte. Donc pour confirmer ce statut, ils fument car ils sont convaincus que la cigarette est une preuve de parfaite interprétation dans le monde moderne, de l'élégance et de la détente. Ces jeunes pensaient que la cigarette leurs donne de l'assurance, un sentiment de valorisation.

Nombreuses sont les études qui ont soulevé la notion de jeune âge du début du tabagisme, et de ce fait la prévention doit être précoce et cibler les jeunes enfants qui n'ont pas encore acquis le caractère oppositionnel des adolescents ^[153].

- La suprématie de la cigarette par rapport à d'autres formes de consommation du tabac enracinées dans la tradition du pays.
- Les étudiants de l'échantillon sont des consommateurs presque exclusifs de cigarettes, ces résultats sont semblables à ceux trouvés dans l'étude faite en 2013 en Tunisie par **F. Maatouk et al** ^[135]. Cependant, l'étude réalisée par **M.Waked et al**

en 2009 dans les pays du Moyen-Orient trouve que la consommation du narghilé est plus fréquente que celle de la cigarette [154].

- Les étudiants fument pour avoir un certain plaisir (57,1%). Ce résultat est semblable aux résultats d'**A.Colosio** (France 2017) dont le pourcentage est de 53,5% [138], et même que le résultat de l'étude d'**A.Mahmoudi** réalisée en 2003 en France qui a constaté une fréquence de 38,4% des fumeurs qui fument pour le plaisir, mais il est important de souligner que d'après cette dernière étude, la raison majeure de poursuivre le tabagisme chez les fumeurs quotidiens de sexe féminin est la crainte de prise de poids (27,45%) [155].
- L'entourage familial et amical est un facteur favorisant pour commencer à fumer.

Le travail réalisé souligne la part de la responsabilité des parents et des amis dans le tabagisme des étudiants enquêtés :

Dans la catégorie des fumeurs, on note que plus de 60% des parents sont des fumeurs et 60% des amis le sont aussi. Ces résultats sont semblables à ceux de l'étude de **S.Kouara** (Fès 2013) qui a noté que plus de 20.5% des parents et 74.4% des amis sont des fumeurs [134], de même que l'étude d'**A.Colosio** (France 2017) (51% des parents et 70,1% des amis se fument) [138].

✓ Comportement des fumeurs vis-à-vis du sevrage

Dans l'étude, 80% des fumeurs ont déjà tenté d'arrêter de fumer contre 20% qui n'ont jamais essayé.

Parmi les étudiants fumeurs, 55,6% ne pensaient pas d'arrêter le tabac pour l'instant, seulement 22,2% pensaient pouvoir abandonner le tabac au cours du mois prochain, alors que le reste pensait l'arrêter dans les six mois prochains. Ces résultats sont proches de ceux de l'étude d'**A.Colosio** [138] (France 2017).

Arrêter de fumer n'est pas facile. L'arrêt du tabac cause un syndrome de sevrage et implique un difficile changement des habitudes. De ce fait, il est habituel que le fumeur échoue à une ou plusieurs tentatives avant d'arriver au sevrage définitif [22].

- ✓ Nous avons évalué le degré de la dépendance à la nicotine en utilisant le test de FAGESTROM qui est la méthode la plus utilisée car est plus simple.

A partir des résultats de l'étude, la moitié des étudiants fumeurs ont une très faible dépendance et 20% ont une dépendance faible et les autres (20%) ont une moyenne dépendance et les 10% restants ont une forte dépendance. Ces résultats sont semblables à ceux de l'étude de **S.Kouara** (Fès 2013) ^[134] et l'étude de **C.Goulhen** faite en 2003 en France^[148] , ainsi que avec l'étude d' d'**A.Colosio** (France 2017) qui a noté une forte dépendance que de 3,8%^[138] , alors que **N.M.Thiam** (Dakar Sénégal 2014) a trouvé que la dépendance était forte (35%)^[157], de même que l'étude de **Meggueni et al**^[8] qui ont trouvé un taux de forte dépendance qui est de(34%).

- ✓ Nous avons évalué aussi la dépendance psychologique au tabac en utilisant le test de Horn, et on a trouvé que le facteur majeur qui pousse les étudiants à fumer c'est pour avoir un certain effet anxiolytique (35,7%). On peut expliquer cela par le fait que le tabac est une moyenne d'évasion des pressions des études.
- ✓ A partir des résultats trouvés, nous avons constaté que :

Les étudiants (fumeurs et non-fumeurs) semblent être conscients de la nocivité du tabac, tandis-que le degré de connaissance des étudiants en médecine et pharmacie sur l'état bucco-dentaire apparait insuffisant, d'où l'intérêt de fournir des échanges entre les filières.

La majorité des étudiants fumeurs fument pour avoir un certain plaisir alors que les non-fumeurs évitent le tabac par ce qu'ils sont conscients qu'il est dangereux pour la santé.

Les futurs médecins semblent être conscients du rôle prépondérant qu'ils ont à jouer dans la lutte contre le tabagisme.

Conclusion

Conclusion

Le tabagisme est un véritable problème, qui touche toutes les tranches de la société où la tranche cultivé n'est pas épargné.

Lorsqu'on parle dans l'entourage des étudiants en médecine de la toxicité du tabac, celui-ci pense immédiatement à la relation tabac-cancer du poumon et à la bronchite chronique et à la maladie cardio-vasculaire. Et pourtant, le tabac intéresse d'abord la cavité buccale par laquelle il transite, puisqu'il est actuellement reconnu comme un facteur de risque pour les cancers de la cavité buccale.

Les établissements de formation à la santé devraient sans doute revoir le temps qu'ils consacrent pour combattre ce fléau surtout dans la tranche cultivé qui est elle même responsable de passer les 'informations exactes sur les risques associés au tabac pas seulement sur les organes nobles tels le cœur, les poumons ou les vaisseaux, mais aussi sur le milieu buccal en général et le parodonte en particulier.

Pour cela la sensibilisation doit tout d'abord focus sur l'entourage des étudiants de médecine qui devrait donner l'exemple pour le reste de la population.

Le milieu universitaire en générale, et la faculté de médecine en particulier doit être considéré comme un lieu sain où le tabagisme devrait être banni.

La lutte anti tabac est la responsabilité de tout soignant qui devrait abandonner lui-même l'usage du tabac et profiter de toute occasion pour intégrer à leur pratique certains aspects du conseil en matière de sevrage, qui devra être stimulant et non culpabilisant.

Bibliographie

Bibliographie

1. Thomas, D., Tabagisme : facteur de risque cardiovasculaire n°1. 2008. **XVII**.
2. OMS, Tabagisme. 2018.
3. Barthélémy-P.Sannajust-bP.Revol-M.Mondié, Cancers de la cavité buccale. Préambule, épidémiologie, étude clinique Oral cancer. Preamble, epidemiology, clinical study.
4. Radoï, L., et al., Fractions de risque attribuable de cancer de la cavité buccale à des facteurs de risque environnementaux et médicaux: l'étude ICARE. 64ème Congrès de la SFCO, 2016: p. 02022.
5. Preshaw P.M., H.L., Stacey F. et coll. , The effect of quitting smoking on chronic periodontitis. 2005.
6. Fullmer S.C., P.P.M., Heasman P.A. et Kumar P.S. , Smoking cessation alters subgingival microbial recolonization. 2009.
7. Heasman L., S.F., Preshaw P.M. et coll. , The effect of smoking on periodontal treatment response: a review of clinical evidence. 2006.
8. Journée mondiale sans tabac Organisation mondiale de la Santé, 2017.
9. Cohen, F., Santé buccodentaire des usagers de substances psychoactives. La Presse Médicale, 2016. **45**(12): p. 1178-1186.
10. BENHARRATS, K., A.I. KADDOUR, and I. KADRI, Etude des modifications de certains paramètres cliniques et salivaires chez les patients obèses au CHU Tlemcen. 2017.
11. Chardin, H., Barsotti, O., Bonnaure-Mallet, M., Microbiologie en odontostomatologie. 2006: p. p 141-144-269-270-271-274-305-308-311-312
12. CHARDIN, H., BARSOTTI, O., BONNAURE-MALLET, M. , Microbiologie en odontostomatologie. 2006: p. p 141-144-269-270-271-274-305-308-311-312.
13. MATTOUT, P., MATTOUT, C. , Les thérapeutiques parodontales et implantaire. 2003: p. p 45-187-188-189-190-191
14. BERCEY., T., Parodontologie de diagnostic à la pratique. . 1996: p. p 50- 97-98-107-108-128-195 -197-199-200.
15. TIBI, J., Influence d'un bain de bouche sur la présence des bactéries cariogènes au sein du biofilm. 2010: p. p 12-13-19-20.
16. KUFFER, R., LOMBARDI, T., HUSSON-BUI, C., COURRIER, B., SAMSON, J. , La muqueuse buccale de la clinique au traitement. 2009: p. p 13-18.

17. SZPIRGLAS, H., BENS LAMA, L. , Pathologie de la muqueuse buccale. 1999: p. 14.
18. Auriol Mm, L.C.Y., Le Naour G. , Histologie de l'émail. EMC Odontol. 1991.
19. Chomette G, A.M., Histologie du complexe pulpo-dentinaire. 1991: p. 9.
20. Vigouroux., F., Guide pratique de chirurgie parodontale.. 2011: p. 3-5.
21. Vigouroux., F., Guide pratique de chirurgie parodontale. 2011: p. 12-13-25.
22. Bercy P, T.H., Parodontologie du diagnostic à la pratique. p. 13-14-21-49.
23. GUEZ., D., Le parodonte sain. REALITES CLINIQUES. 2000. **11**: p. 135-147.
24. charon J , M.C., Parodontie Médicale. 2003: p. 434.
25. Maladies_parodontales: thérapeutiques et prévention. INSERM., 1999
26. Bennasar.C, B.P., J Ame.O, Orti. V, Gibert.P Examen clinique des parodontites. 2005.
27. H., H.F.W.E.M.K., parodontologie p. 30-54-75-76.
28. Parodontie medicale 2^e edition Jacques CHARON edition CdP Wolters Kluwer France 2010. P 99-100 p 44
29. Jacques CHARON, C.M., Parodontie médicale. p. 70-71.
30. Boschin. F, B.H., Delcourt-Debruyne.E., Maladies gingivales induites par la plaque. 2004: p. 12p.
31. CHARON, J., Parodontie medicale 2e edition. 2010: p. 44.
32. CHARON, J., Parodontie médicale 2e edition . 2010: p. 114.
33. OUHAYOUN, J.-P., Le traitement parodontal en omnipratique. 2012: p. 38-77-122.
34. MOUTON, C., ROBERT, J-C. , Bactériologie bucco-dentaire. 1993: p. 162.
35. S., T.M., The relationship between infections and chronic respiratory discases: an overview. 2001.
36. Offenbacher S, V.K., G Fertik, J Collins, D Boyd, G Maynor, R McKaig, and J Beck., Periodontal infection as a possible risk factor for preterm low birth weight. . 1996.
37. Grossi S.G., G.R.J., Periodontal disease and diabetes mellitus : a two-way relationship. 1998.
38. Fitzpatrick, S.G.a.J.K., The association between periodontal disease and cancer: a review of the literature. Dentistry, 2010: p. 83-95.
39. Meyer, M.S., et al., A review of the relationship between tooth loss, periodontal disease, and cancer. 2008: p. 895-907.

40. Kronfol Z, R.D., Cytokines and the brain : implications for clinical psychiatry. 2000.
41. J., M., Alzheimer's disease - a neurospirochetosis. Analysis of the evidence following Koch's and Hill's criteria. 2011.
42. Drogues, santé et société. 2007. , **vol. 6 no 1**.
43. Bême, D., L'histoire du tabac. Doctissimo Santé.
44. tabagisme dans le monde .Aide- mémoire N°339. centre des médias de l'OMS, 2017.
45. Tabagisme en Algérie : la consommation a triplé ces trois dernière décennies. Radio algérienne, 2014.
46. Le tabac :mortel sous toutes ses formes Organisation mondiale de la Santé
47. Bornstein, M.S.-P.A.R.-C.A.R.-M.M., Tabac sans fumée (smokeless tobacco)Un nouveau risque pour la santé en médecine dentaire? Rev Mens Suisse Odontostomatol. **119**.
48. 12 Worls Heath Organization ,2006,Tobacco:deadly in any form or disguise, World no tobacco day,Brochure
49. Burki., T.K., Electronic cigarette use in the UK. 2017. **18**.
50. La composition chimique du tabac Expertise collective.Inserm. © Les Editions INSERM, 2004.
51. NoraABROUS, tabac comprendre la dépendance pour agir. 2003.
52. <Intoxications_au_monoxyde_de_carbone_1.pdf>.
53. Schwartz, C., Le tabac: impact sur le parodonte et les implants. 2007: p. 155p.
54. NDERERIMANA, O., Mémoire online .Les méfaits du tabac sur la santé publique.2011.
55. Marc, D.J.-. Le tabagisme (45a). PLASSART.
56. Fagerstrom, K.-O. and N.G. Schneider, Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire .Journal of Behavioral Medicine.**12**(2): p. 159-182.
57. Diane Lafontaine, B.P., M. Sc, Tabagisme et dépendance au tabac :au cœur de la maladie cardiovasculaire
58. Marie, N., Dépendance aux drogues : avancées de la neurologie et perspectives thérapeutiques. La Presse Médicale, 2012. **41**: p. 1259-1270.
59. Tabac : des risques spécifiques sur l'appareil respiratoire .*poumon.ca, e-sante.fr, stoptabac.ch, ligue-cancer.net, canceronet.com, passeportsante.,net, santecheznous.com, canceronet.com*
60. Tabac : des risques spécifiques sur l'appareil respiratoire

61. L'addiction au tabac chez les jeunes de 15 à 21ans.
62. Aubert, G., prise en charge du patient tabagique au cabinet dentaire. 2005: p. 225p.
63. Begon, J., et al., Tabagisme et système digestif : une relation complexe. Partie 1 : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin et consommation de tabac.2015. **11**.
64. D, C., V. D, and G. B, TUMEURS SUPERFICIELLES DE LA VESSIE.
65. Housseini, Y.E., et al., Tabagisme et rein 2009. **5**: p. 457-462.
66. Rollini, D.C., Tabac et sexualité.
67. M. Collet, C.B., Conséquences du tabagisme sur le développement fœtal et le risque de retard de croissance intra-utérin ou de mort fœtale in utero. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.**34**: p. 135-145.
68. Drug, T.D.N., Nicorette Inhaler (Nicotine Inhalation System).
69. Yang GY1, Z.C., Liu XC, Qian G, Deng DQ., Effects of cigarette smoke extracts on the growth and senescence of skin fibroblasts in vitro.
70. Eustache, I., le tabac détruit vos yeux
71. Perriot, J., M. Underner, and LudivineDoly-Kuchcik, Tabac : quels risques pour la santé ?. **62**.
72. A.Dervaux and X.Laqueille, Tabac et schizophrénie : aspect épidmiologique et clinique 2008. p. 302.
73. Marjorie., C., Le patient fumeur en parodontologie : intérêt de l'abstinence temporaire. 2014.
74. Schwartz., C., Le tabac : impact sur le parodonte et les implants. 2007.
75. Underner, M., Urban, Meurice. , Effets du tabac sur la maladie parodontale - Impact du tabac sur la santé bucco-dentaire
76. Slama, h.s.L.b., pathologie de la muqueuse buccale. 1999: p. p 108 p230
77. al, K.R.e., La muqueuse buccale, de la clinique au traitement2009: p. 416p.
78. Bornstein M, K.K., Saxer UP, Walter C, Ramseier CA. , Altérations de la muqueuse buccale associées au tabagisme. 2006.
79. Szepetiuk G, P.C., Pierard G., Langue villeuse noire. Rev Médicale Liège. 2010.
80. L. Kissi, I.B., La chéilite actinique.
81. Jaber MA, P.S., Gilthroe MS, Bedi R, Scully C Risk factors for oral epithelial dysplasia – the role of smoking and alcohol. . 1999.
82. Melncik SL., R.J.M., Engel D., Cogen RB. , Epidemiologic reviews, reviews. 1988.

83. al., C.e., Oral lichen planus: a review. *Minerva Stomatol.* 2009.
84. L., S.H.e.B.S., Cancer de la cavité buccale. *Pathologies de la muqueuse buccale.* 1999.
85. Preber H, B.J., The effect of non-surgical treatment on periodontal pockets in smokers and non-smokers. 1986.
86. Mullally BH., L.G.J.C., Molar furcation involvement associated with cigarette smoking in periodontal referrals. 1996.
87. IB., L., Primary Health Care in the Dental Office, Elsevier Health Sciences. 2012 (Dental Clinics): p. 294p.
88. Vaillant L, H.B., Les lésions précancéreuses de la bouche.
89. Underner M., M.I., Urban T. et coll., Effets du tabac sur la maladie parodontale. *Rev Mal Respir* 2009.
90. H., H.F.W.E.M.K., parodontologie.
91. Melncik SL., R.J.M., Engel D., Cogen RB. , *Epidemiologic reviews, reviews.* 1988.
92. J., A., The seeming effect of tobacco consumption on the occurrence of periodontal disease and dental caries. . 1971.
93. Feldman RS., B.J.S., Rose C.L., Association between smoking different tobacco products and periodontal disease indexes. . 1983.
94. J., B., Cigarette smoking as risk factor in chronic periodontal disease. 1989.
95. Preber H. Kant T., B.J., Cigarette smoking, oral hygiene and periodontal health in Swedish army conscripts. 1980.
96. Preber H., B.J., Cigarette smoking in patients referred for periodontal treatment. 1986.
97. Mac Gregor IDM., R.-G.A., Unstructured toothbrushing behaviour in young adults in relation to cigarette smoking in Newcrothe. 1984.
98. IDM, M.G., Truth brushing efficiency in smokers and non smokers. 1984.
99. Haber J., W.J., Cromby M., Mandell R., Kent RL. , Evidence for cigarette smoking as a major risk factor periodontitis. 1993.
100. Grossi SG., G.R., Maditei EE. , Assessment of risk for periodontal disease II. Risk indications for attachment loss. . 1994.
101. Linden BJ., M.B., Cigarette smoking and periodontal destruction in young adult. 1994.
102. Mullally BH., L.G., Molar furcation involvement associated with cigarette smoking in periodontal referrals. 1996.
103. Zambow JD., G.S., Genco RJ. , Cigarette smoking increases the risk for subgingival infection with periodontal pathogens. 1996.

104. Aubert, G. and Prise en charge du patient tabagique au cabinet dentaire 2005: p. 225p.
105. Cummings KM, M.A., Carl W, Wood R, Haley NJ, Use of smokeless tobacco in a group of professional baseball players. 1989.
106. Ernster VL, G.D., Greene JC, Walsh M, Robertson P, Daniels TE, Benowitz N, Siegel D, Gerbert B, Hauck WW, Smokeless tobacco use and health effects among baseball players. 1990.
107. Offenbacher S, W.D., Effects of smokeless tobacco on the periodontal, mucosal and caries status of adolescent males. 1985.
108. Hart GT, B.D., Mincer HH Tobacco use and dental disease. 1995.
109. Kassab MM, C.R., The etiology and prevalence of gingival recession. 2003.
110. Andersson G, A.T., Clinical appearance of lesions associated with the use of loose and portion-bag packed Swedish moist snuff: a comparative study. 1989.
111. E., D., Le patient fumeur: peut-on le traiter? Quintessence International. 2005: p. p.192.
112. Ah MK, J.G., Kaldahl WB, Patil KD, Kalkwarf KL The effect of smoking on the response to periodontal therapy. 1994.
113. Preber H, L.L., Bergström J Periodontal healing and periopathogenic microflora in smokers and non-smokers. 1995.
114. Grossi SG, S.F., DeCaro T, Zambon JJ, Cummins D, Genco RJ Response to periodontal therapy in diabetics and smokers. 1996.
115. Kinane DF, R.M., The effect of smoking on mechanical and antimicrobial periodontal therapy. 1997.
116. Grossi SG, Z.J., Machtei EE, Schifferle R, Andreana S, Genco RJ, Cummins D, Harrap G Effects of smoking and smoking cessation on healing after mechanical periodontal therapy. 1997.
117. Jin L, W.K., Leung WK, Corbet EF Comparison of treatment response patterns following scaling and root planing in smokers and non-smokers with untreated adult periodontitis. 2000.
118. RI, G., Smokers have less reductions in probing depth than non-smokers following nonsurgical periodontal therapy. 2005.
119. Apatzidou DA, R.M., Kinane DF Impact of smoking on the clinical, microbiological and immunological parameters of adult patients with periodontitis. 2005.
120. G. Peiffer, Le sevrage tabagique. science direct, 2013. 5: p. 05-15.
121. Les strategies therapeutiques medicamenteuses et non medicamenteuses de l'aide a l'arret du taBAC
122. R., W., Assessment of dependence and motivation to stop smoking.

123. Diane Lafontaine, B.P., M. Sc., Tabagisme et dépendance au tabac : au cœur de la maladie cardiovasculaire.
124. Association des pharmaciens du Canada. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, version électronique. Monographie du bupropion.
125. Sabapathy M, D.D., New Indication: Bupropion Hydrochloride (ZybanMC).
126. Anne Borgne, Henri-Jean Aubin, and I. Berlin., *Les stratégies thérapeutiques actuelles du sevrage tabagique*. 2004. Vol **54**.
127. GAUDRÉ, et al., *Mise au point d'un modèle d'études des alternatives à l'usage des antibiotiques à visée digestive en post-sevrage* 2007. **39**: p. 133-138.
128. Gilbert Lagrue and B. Foll, *Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac* Recommandations. **Volume 58**, (6): p. 479-497.
129. *Annexe à la recommandation de bonne pratique « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence » HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / octobre 2014 © Haute Autorité de Santé – 2014 1 Présentation de la méthode des 5A.*
130. Ulrich P. Saxer, et al., *Influence du tabagisme sur le parodonte* **117**.
131. *Les effets du tabac sur le succès des implants ostéointégrés*. Olivier Bédard, Élise Bertrand, Catherine Jean, Valérie Marcoux
132. Jaussauda S, et al., *Les contraintes du chirurgien dentiste sont compatibles avec les résultats d'une irradiation optimale avec modulation d'intensité dans les cancers de l'oropharynx de stade N0*. **17**,(4): p. 265-271.
133. Alaoui., L.L.R.R.N.G.S.A.K.A.A.T.A.M., *Tabagisme et conduites addictives chez les étudiants de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat-Maroc. Maroc , Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*,. **65**: p. S81.
134. S.Kouara, *tabagisme chez les étudiants de médecine de Fès, mémoire, université Sidi Mohammed Abdelah Faculté de médecine et de pharmacie*. 2013.
135. F. Maatouk, M.B.e.W.M., *Le tabagisme chez les étudiants de médecine dentaire. Monastir (Tunisie). La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*. 2013. **Vol. 19**, : p. Page 32 à 37, Numero S3,.
136. M.-S.SOLTANI.A.BCHIR, *Comportement tabagique et attitudes des étudiants en médecine à Monastir en regard du tabac(Sahel tunisien) ;Rev Mal Respir.:* p. 77-82.
137. M.Gartit, *TABAGISME CHEZ LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE D'OUJDA, thèse, université de SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE Fès, soutenu publiquement le 26/04/2013,*
138. Alexis Colosio, *Le tabac et la cigarette électronique chez les étudiants en médecine de Limoges, mémoire, université de Limoges en France, Soutenu le 13 Sep 2017.*

139. Kasouati, R.R., M. El Mrabet, K. Sbai, E. Bouaiti, F. Hassouni, M. Oualine, N. Fikri Benbrahim *Tabagisme chez les étudiants de la sixième année de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Volume 57, numéro S1, : p. 34.*
140. al., B.M.e., *Burden of smoking in Moroccan rural areas. Eastern Mediterranean Health Journal, : p. 677–683.*
141. Fakhfakh R, J.W., Achour N., *Le tabagisme chez les étudiants paramédicaux de Tunis [Tobacco use among paramedical students in Tunisia]. La Tunisie Médicale, . 2010. : p. 534-544.*
142. al., R.R.e., *Worldwide survey of education on tobacco in medical schools. . Tobacco Control, 1998. : p. 247-252.*
143. M. Ndiaue, L.N., X.Quantin, P.Demoly, P. Godard, J. Bousquet ,, *Habitudes de fumer, attitudes et connaissances des étudiants en médecine de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie de Dakar, Sénégal. Revue Mal Respir. 2003: p. 20, page de 701-9.*
144. CHAUVIN.J., *Counseling sur l'usage et la cessation du tabagisme, étude pilote sur le sondage mondial auprès des professionnels de santé. Selection santé 2005 ;Chine. : p. 29 : 211-213.*
145. Chabni., M., *Enquête sur le tabagisme chez les étudiants de la faculté de médecine de Tlemcen , Service d'épidémiologie. Direction de la santé. 2007.*
146. A., N., *Use of tobacco in Kenya: Sources of information, beliefs and attitudes Toward Tobacco control.Measurement among Primary school student Journal of Adolescent Health,. 2004. : p. 35 : 334-237.*
147. H. Xiang, W.W., L.Stillones, S.Yu, HW.Gimbel,P.Yang: , *cigarette smoking among medical college student in Wuhan,peopl's Republic of China;Prev Med 200;. p. 30:346-7.*
148. C.Goulhen., *Comportement tabagique des étudiants en médecine de la faculté de Brest Thèse Médecine, BREST, . 2003. N°29.*
149. B., L.M., *Prévention du tabagisme.Archive de Pédiatrie 2001, 8 Suppl .: p. 2 :52931.*
150. B.Kouassi M. koffi, J.ahui, Brou,C . gaudé. M.akroua, kahouro *habitude tabagique d'étudiant en médecine vs moderne .revue de maladie respiratoire vol 33 page A273, janvier 2016*
151. N.Zaghba, N.Yassine, Z.Sghier, L.Hayat, K.Elfadi, I.Rahibi, S.Hilali, A.Eccherrat,F.Mounaji, H.Bahlaoui. *Comportement des étudiants en médecine de Casablanca vis-à-vis du tabac en2010, Revue des maladies respiratoire, Vol 30, N° 5, Mai 2013.*
152. Maziak W. *Characteristics of cigarette smoking and quitting among university students in Syria.Préventive Médecine, 2004 ; 39 : 330-336.*

153. Michel G. *Induction des comportements addictifs à l'adolescence. 13^{ème} Journée Médicale de la Manche : Médecine et Tabac. Saint-Lô, 21 Octobre 2000.*
154. Waked M, Salameh P, Aoun Z. *Water-pipe (narguile) smokers in Lebanon: a pilot study. Eastern Mediterranean Health Journal, 2009, 15:432–442.*
155. Abde Rachid Mahmoudi , *LES RESIDENTS DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY ET LE TABAC, these d'exercice, FACULTE DE MEDECINE DE NANCY, soutenu le 21 octobre 2003*
156. L ARGUE G., BRAMELLES A., LEBARGY F. *La toxicologie du tabac. Rev, Prat, 1993; 43,10 :1203-7*
157. N.M.Thiam S. Baldé O. Ba A. Boye G. Diouf T. Fall D. Dia M. Mbengue , *Habitudes tabagiques des étudiants de médecine de l'école Saint-Christopher Iba Mar Diop, Volume 32, Page A137, Janvier 2015.*

Annexes

Annexes

Annexe 1 : Test de Fagerström (complet)

1. Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

- Dans les 5 minutes	3
- 6 à 30 minutes	2
- 31 à 60 minutes	1
- Plus de 60 minutes	0

2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (par exemple cinémas, bibliothèques) ?

- Oui	1
- Non	0

3. A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

- A la première de la journée	1
- A une autre	0

4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

- 10 ou moins	0
- 11 à 20	1
- 21 à 30	2
- 31 ou plus	3

5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- Oui	1
- Non	0

6. Fumez-vous lorsque vous êtes malades au point de rester au lit presque toute la journée ?

- Oui	1
- Non	0

Interprétation : Dépendance :

Très faible	0-2
Faible	3-4
Moyenne	5
Forte	6-7
Très forte	8-10

Annexe 2 : ÉVALUATION DES SITUATIONS LIÉES AU TABAGISME

TEST DE HORN

Entourez le chiffre correspondant

5 = toujours 4 = Souvent 3 = Moyennement 2 = Parfois 1 = Jamais

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

STIMULATION : a + g + m =

PLAISIR DU GESTE : b + h + n =

RELAXATION : c + i + o =

ANXIÉTÉ - SOUTIEN : d + j + p =

BESOIN ABSOLU : e + k + q =

HABITUDE ACQUISE : f + l + r =

Annexe 3 : Le questionnaire

Nous sommes des étudiants en 6ème année médecine dentaire à l'Université de médecine de Tlemcen et effectuons une étude sur la consommation du tabac chez les étudiants en fin de cycle d'étude de notre faculté

Cette enquête est anonyme et toute information restera strictement confidentielle et réservée à notre usage uniquement.

Pour toute information complémentaire, posez-nous vos questions !

1. Sexe : homme : femme :
2. Age :ans
3. Numéro tél :.....
4. Adresse :
5. Etudiant en : -Médecine
-Médecine dentaire
-Pharmacie
6. Croyez-vous que le tabac peut réellement tuer : oui non
7. Selon vous quel est le taux de mortalité liée au tabac :
5% 50% 90%
8. Comment peut-on reconnaître un fumeur :
9. Connaissez-vous dans votre entourage une personne qui souffre d'une maladie liée au tabac : Oui non
10. Pouvez-vous citer :
Des maladies générales liées au tabac
11. Pouvez-vous citer leurs
signes :.....
12. Pouvez-vous citer leurs
complications :.....
13. Pensez-vous que la cavité buccale est plus touchée par le tabac que les autres parties de l'organisme : Oui non
14. Pouvez-vous citer des maladies de la cavité buccale liées au tabac
:.....

15. Pouvez-vous citer leurs
signes :.....
16. Pouvez-vous citer leurs
complications :.....
17. Pensez-vous que le tabac fait partie des étiologies de la maladie parodontale :
Oui non
18. Savez-vous que le tabac aggrave la
parodontite :.....
19. Savez-vous ce que c'est qu'une parodontite :
20. Pouvez-vous citer ses
signes :.....
21. Pouvez-vous citer ses
complications :.....
22. Avez-vous déjà essayé de fumer :
23. Vous ne fumez pas car :
- Vous n'en avez pas envie
 - Vos parents vous l'interdisent
 - C'est dangereux pour la sante
 - Vous avez décidé d'être non-fumeur
 - Ça coute trop cher
 - Vous ne voulez pas devenir dépendant
24. la fume des autres vous gêne –t-elle : oui non
25. Etes-vous sensible aux campagnes de prévention : oui non
26. avez-vous le sentiment que ces campagnes soient efficaces : Oui non
27. Si oui pourquoi :
- Elles vous ont incité à arrêter de fumer
 - Elles ont incité des personnes de votre entourage à arrêter
 - C'est juste une impression
 - Autres.....
28. Si non pourquoi :
- Elles ne sont pas compréhensibles
 - Elles ne sont pas convaincantes

- Elles ne sont pas assez voyantes
- Elles ne vous concernent pas
- Autres

29. Pour sensibiliser plus de personnes au problème du tabac, il vaut mieux (plusieurs réponses possibles) faire appel à :

- Des adultes
- Des jeunes
- Des jeunes et des adultes
- Des médecins dentistes et des médecins

30. Pour sensibiliser plus de personnes au problème du tabac, il vaut mieux (plusieurs réponses possibles) :

- Utiliser l'humour
- Utiliser des images choquantes
- Autres (préciser).....

31. pensez-vous que les textes sur les paquets de cigarettes ont un impact : oui :
non :

Pour les questions ci-dessous, classez les réponses par ordre de préférence en donnant 1 à celle qui vous semble la meilleure, 2 à la suivante, etc...

32. Pour la mise en place d'une campagne de prévention, les supports qui vous toucheraient le plus sont :

- ◆ Des affiches
- ◆ Des messages à la radio
- ◆ Des spots télévisés
- ◆ Des cours (en SVT par exemple)
- ◆ Des brochures, des magazines
- ◆ Des bandes dessinées
- ◆ Autres (préciser).....

33. Comment pourrait-on inciter les jeunes à ne pas fumer ?

- ◆ En leur donnant peur de la maladie
- ◆ En augmentant le prix des cigarettes
- ◆ En interdisant la vente des cigarettes aux moins de 16 ans
- ◆ En leur donnant peur de la dépendance
- ◆ En leur expliquant qu'ils sont manipulés par les fabricants de tabac
- ◆ En dévalorisant l'image du fumeur
- ◆ En valorisant l'image du non-fumeur
- ◆ Autres (préciser).....

34. Etes-vous sensible au tabagisme passif : oui

non

35. Selon vous, les risques pour un fumeur passif sont : sous-estimés réels

exagérés

36. Croyez-vous que la fumée passive peut réellement provoquer des maladies liées

au tabac, voire tuer : oui

non

37. Quelle est votre position concernant une interdiction de fumer dans les lieux publics :

Pour contre

38. Pensez-vous que les jeunes sont plus ciblés par les entreprises du tabac :

oui

non

39. Les informations recueillies concernant le méfait du tabac lors de votre cursus

vous semble : Suffisante

Peu suffisante

Insuffisante

1. Fumez-vous d'une manière : occasionnelle :
quotidienne :
2. Combien de cigarettes fumez-vous par jour :/jour
3. Comment jugez-vous votre consommation de tabac : excessive :
raisonnable : faible :
4. A quel âge avez-vous commencé à fumer :.....ans
5. Que fumez-vous : cigarette : cigare : pipe : narghilé :
autres :
6. Quelle marque consommez-vous :.....
7. Avez-vous déjà changé de marque : non oui,
pourquoi:.....
8. Prix du paquet de cigarette : trop cher : approprié : pas assez cher :
9. Avec quel argent achetez-vous votre tabac : argent de poche job
Économies autre :.....
10. Où vous procurez-vous votre tabac : kiosque grande surfaces
amis
Distributeurs automatiques
autre :.....
11. Est-ce que vos parents fument : aucun un parent
les deux
12. Vos parents vous autorisent-ils à fumer : oui
non
13. Y a-t-il un âge légal pour acheter du tabac : non
Oui, lequel
14. Parmi vos amis/collègues, quelle est la proportion de fumeurs :
aucun minorité Majorité autres
15. Pourquoi avez-vous débuté : entourage parents frères/sœurs
Statut/cool curiosité club de spor
- Relation avec d'autres substances (cannabis, etc.) Autre :...
16. la cigarette aujourd'hui :

Vous calme

Vous permet d'avoir des copains

Vous rend plus mur

Vous procure un certain plaisir

Autres

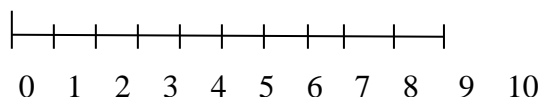
17. Souhaitez-vous arrêter : oui non

pour faire cool Si oui, pour quelle raison : coût santé

motivation de tiers Enfants

Si non, pour quelle raison :.....

18. sur cette échelle visuelle, ou situez-vous votre motivation à arrêter ?



19. Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer : oui non

20. Pensez-vous arrêter :

Oui au cours du mois prochain

Oui au cours des six prochains mois

Non, pas pour l'instant

21. Avez-vous confiance en vous ?

Si vous arrêtiez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite ?

Placez-vous sur une échelle de 1 à 10 ?

0 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je n'y arriverai pas. »

10 signifie : « Je suis tout à fait sûr(e) que je réussirai. »

ENTOUREZ LE CHIFFRE CORRESPONDANT À VOTRE RÉPONSE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →

22. Souhaiteriez-vous être aidé : oui non

23. Savez-vous où obtenir cette aide : oui

Membre de famille

Dentiste

Médecin

pharmacien

autres

Non

24. Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits non-fumeurs : oui non

25. Etes-vous influencé par les publicités des entreprises du tabac : oui non

26. Avez-vous déjà reçu en cadeau des produits (tabac, t-shirts, casquettes, briquets, etc.) de la part des entreprises du tabac : oui non

Commentaires :

.....
.....
.....

Annexe 4 : Fiche clinique

Fiche clinique d'enquête sur l'état de connaissance des étudiants en fin de cycle sur l'effet du tabac sur la cavité buccale

Date :

Age :

Sexe :

Adresse :

Anamnèse générale :

Examen clinique bucco-dentaire

L'hygiène buccale : (1)bonne (2)moyenne (3)mauvaise ()

Fréquence du brossage dentaire : (1)fois (2)fois (3)fois /jr

Fréquence des consultations dentaires :

(1)régulière (2)occasionnelle (3)en cas de problème ()

Examen dentaire :Indice CAO et indice d'abrasion :

	<u>18</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>11</u>
Cariée								
Obturée								
Absente								
Indice d'abrasion								

	<u>28</u>	<u>27</u>	<u>26</u>	<u>25</u>	<u>24</u>	<u>23</u>	<u>22</u>	<u>21</u>
Cariée								
Obturée								
Absente								
Indice d'abrasion								

	38	37	36	35	34	33	32	31
Cariée								
Obturée								
Absente								
Indice d'abrasion								

	48	47	46	45	44	43	42	41
Cariée								
Obturée								
Absente								
Indice d'abrasion								

Examen parodontale :

	18	17	16	15	14	13	12	11
PI								
GI								
SBI								
Sondage vestibulaire								
Sondage linguale								
Attache								
Récession								
Atteint de furcation								
Indice de mobilité								

	28	27	26	25	24	23	22	21
PI								
GI								
SBI								
Sondage vestibulaire								
Sondage linguale								
Attache								
Récession								
Atteint de furcation								
Indice de mobilité								

	38	37	36	35	34	33	32	31
PI								
GI								
SBI								
Sondage vestibulaire								
Sondage linguale								
Attache								
Récession								
Atteint de furcation								
Indice de mobilité								

	48	47	46	45	44	43	42	41
PI								
GI								
SBI								
Sondage vestibulaire								
Sondage linguale								
Attache								
Récession								
Atteint de furcation								
Indice de mobilité								

Examen occlusal :

Prématurités : oui () non ()

Interférences : oui () non ()

Examen des fonctions :

Mastication : bilatérale alterné () unilatérale ()

Déglutition : typique () atypique ()

Phonation :

Respiration : nasal () naso buccale ()

Diagnostic positif :

Gingivite : localisée () généralisée ()

Parodontite :

Chronique : légère () modérée () sévère ()

Localisée () généralisée ()

Agressive :

Localisée () généralisée ()

Annexe 5 : DEPLIANT

Tabac et cavité buccale

KADRI.H
 MOULKHALOUA.C
 LOURMIL.A
 ZIGH.N

LE TABAC...
 ET TOI ?

*Effets positifs de l'arrêt du tabac*

La cessation du tabagisme contribue à:

- La diminution notable du risque de contracter des maladies graves, voire mortelles (cancer, maladies cardio-vasculaire).
- Augmentation de l'espérance de vie allant jusqu'à 10ans , en fonction de l'âge lors de l'arrêt.
- Economie de l'argent.
- Sentiment de libération comparativement à la dépendance passée
- Energie.
- Plaisir de retrouver son odorat.
- Teint de la peau plus vif.

L'effet du tabac sur la cavité buccale

♦ Maladies de la gencive:

Gingivite, parodontite et récession parodontale.



♦ Carie et perte dentaire:

Les fumeurs triplent leurs chances d'en avoir



♦ Problèmes esthétiques:

La coloration des dents, la mauvaise haleine, un problème qui peut gêner les relations avec autrui.



♦ Réduction de l'efficacité des traitements :

La baisse d'oxygénation des gencives causée par le tabac réduit leurs capacités à cicatriser rapidement.

♦ Altération du goût et de l'odorat :

Fumer ou mâcher du tabac modifie le sens du goût et celui de l'odorat.

♦ Cancer :

Le tabagisme augmente jusqu'à 20 fois les risques de développer un cancer de la cavité buccale.



Les moyens de sevrage tabagique

♦ Les patches:

Collé à la peau, le patch contient de la nicotine qui traverse la peau avant d'atteindre la circulation veineuse.

♦ Les substituts nicotiques :

Patches, gommes à mâcher, inhalateur et comprimés à la nicotine

Ces traitements doublent voire triplent les chances d'arrêt au tabac .

♦ Les gommes à mâcher nicotiques :

Elle doivent être sucées pendant quelques minutes, puis mâchées lentement en faisant des pauses. Cela permet aux gommes de libérer lentement une partie de la nicotine qu'elles contiennent.

♦ L'inhalateur :

Il s'agit d'un embout en plastique blanc qui s'ouvre en deux pour recevoir une cartouche contenant un tampon imprégné de nicotine. A chaque utilisation, le fumeur aspire de l'air chargé de microgouttelettes de nicotine.

Le nombre diminue au fil du temps.

♦ Les comprimés à la nicotine :

Il s'agit de comprimés à faire fondre sous la langue comprimés à sucer .



Résumé :

Le tabagisme est une cause majeure de morbi-mortalité dans le monde. Il constitue un problème actuel majeur de santé publique. Les médecins constituent un relais d'informations important et crédible au sein des populations.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des étudiants en fin de cycle de la faculté de médecine sur la nocivité du tabagisme et déterminer leurs habitudes et attitudes tabagiques.

Dans ce cadre, une étude épidémiologique descriptive transversal a été réalisée auprès de 511 étudiants.

Au niveau des connaissances, les étudiants connaissent les effets du tabac sur l'état général et buccal

Au niveau des habitudes tabagiques, la prévalence des étudiants fumeurs est plus faible (1,95%) que celle observée dans une population d'âge comparable, L'âge moyen de début de consommation

tabagique était de 18,9 ans, la consommation moyenne quotidienne de l'étudiant est de 13,2 cigarettes et la dépendance nicotinique était faible.

Au niveau du comportement des fumeurs envers le sevrage tabagique, 80% des fumeurs ont déjà tenté d'arrêter de fumer.

Les futurs médecins semblaient sur la bonne voie, conscients du rôle prépondérant qu'ils ont à jouer dans la lutte contre le tabac.

Mots clé : état de connaissance, étudiants de la faculté de médecine en fin de cycle, sevrage, tabagisme.

المخلص :

التدخين سبب رئيسي للأمراض والوفيات حول العالم، وهو يمثل مشكلة كبيرة حاليا للصحة العامة. يشكل الأطباء مصدرا مهما وموثوقا للمعلومات في قلب المجتمع.

كان الهدف من هذه الدراسة تقييم معارف طلبة السنة النهائية في كلية الطب حول أضرار التدخين، وتحديد عادات المدخنين. في هذا الإطار تمت دراسة إبيدميولوجية وصفية قطعية على 511 طالبا.

يدرك الطلبة أضرار التدخين على الصحة العامة والقموية.

فيما يخص عادات التدخين، معدل انتشار التدخين بين الطلبة يعد ضعيفا مقارنة مع الفئات الاجتماعية من نفس السن. متوسط العمر لبداية استهلاك التدخين كان 18.9، متوسط الاستهلاك اليومي للطالب هو 13.2، كما أن معدل التدخين يعد منخفضا.

يبدو أن أطباء المستقبل على الطريق الصحيح، واعين بدورهم الأساسي الذي عليهم أن يمثلوه في مكافحة التدخين. الكلمات المفتاحية: حال المعرفة، طلبة كلية الطب في السنة النهائية، الإقلاع عن التدخين، التدخين.

Abstract:

Smoking is a major cause of morbidity and mortality in the world. It is a major current public health problem. Doctors are an important and credible source of information for the population.

The purpose of this study was to evaluate the knowledge of medical school students in their end of cycle about the harmfulness of smoking and to determine their smoking habits and attitudes.

In this context, a cross-sectional descriptive epidemiological study was conducted among 511 students.

Knowledge speaking, students are aware of the effects of tobacco on general and oral health.

With regard to smoking habits, the prevalence of student smokers is lower (1.95%) than that observed in a population of comparable age, The average age of the beginning of Smoking was 18.9 years, the average daily consumption of the students is 13.2 cigarettes and nicotine addiction was low.

In terms of smokers attitude towards smoking cessation, 80% of smokers have already tried to quit smoking.

Futur doctors seem moving in the right way, conscious of the role they need to play to stand against tobacco addiction.

Keywords: smoking, state of knowledge, medical students at the end of their studies, smoking cessation.