

Guide pratique sur la désaccoutumance au tabac dans les cabinets dentaires

• Harinder S. Sandhu, DDS, PhD, Dip. Perio. •

S o m m a i r e

La consommation de tabac est un important facteur de risque de parodontite avancée, de faible réaction au traitement parodontal, de néoplasmes buccaux et d'échec des implants dentaires. Compte tenu de l'impact du tabagisme sur la santé bucco-dentaire, le cabinet dentaire semble donc un lieu idéal pour y entreprendre des interventions en matière de désaccoutumance au tabac, en particulier du fait qu'une forte proportion de fumeurs consultent leur dentiste régulièrement. Le présent article passe en revue diverses stratégies de désaccoutumance au tabac applicables en cabinet dentaire et fournit des renseignements pratiques permettant d'évaluer la volonté réelle du patient de cesser de fumer et de choisir les interventions appropriées.

Mots clés MeSH : *counselling; dentists; tobacco use cessation; tobacco use disorder/drug therapy*

© J Can Dent Assoc 2001; 67:153-7

Une abondance de données cliniques et épidémiologiques témoignent des effets nocifs du tabac sur la santé humaine^{1,2}. Au Canada, 190 000 personnes meurent chaque année et, de ce nombre, quelque 40 000 décès sont attribuables à la consommation de tabac³. On estime que le tabagisme est lié directement à 30 % des cas de maladies du cœur, à 85 % des cancers du poumon et à 85 % des bronchopneumopathies chroniques obstructives³. À ces pertes de vie humaine énormes, et pourtant évitables, s'ajoutent les coûts exorbitants associés au traitement des maladies dues au tabagisme. La consommation de tabac a aussi été associée à la gingivite ulcéreuse nécrosante⁴, à la parodontite chronique avancée⁴ ainsi qu'à un risque accru de néoplasme buccal⁵; de plus, elle nuit à l'efficacité des traitements parodontaux. Ajoutons à cela que les fumeurs perdent davantage de dents à un plus jeune âge que les non-fumeurs et qu'un taux nettement plus élevé d'échec des implants dentaires a été rapporté chez les fumeurs que chez les non-fumeurs⁶.

Bien que le public soit bien au fait de la morbidité associée au tabagisme, de 25 à 30 % des Canadiens et des Américains continuent de fumer^{3,7}. Qui plus est, des données semblent indiquer une augmentation du nombre de nouveaux fumeurs chez les jeunes, et plus particulièrement chez les jeunes filles⁸. Aux États-Unis, la publicité entourant les poursuites judiciaires fortement médiatisées a amené la population à prendre davantage conscience des dangers du tabac, et les tentatives faites par les fabricants de tabac en vue de camoufler les effets nocifs du tabac n'ont fait que sensibiliser encore davantage le public et les professionnels de la santé à cette question.

Les conseils prodigués par les professionnels de la santé constituent un moyen efficace de guider les patients dans leurs efforts de

désaccoutumance⁹. Une grande proportion de la population, parmi laquelle figurent des fumeurs, consulte le dentiste régulièrement^{10,11}. Aussi semble-t-il impératif que les cabinets dentaires participent eux aussi à la lutte contre le tabagisme.

Nous discutons dans cet article de divers problèmes liés à la consommation de tabac et proposons, à l'intention des cabinets dentaires, une approche graduelle pour guider les patients dans leurs efforts de désaccoutumance.

Dépendance à la nicotine

La dépendance à la nicotine doit être traitée comme une maladie chronique. La majorité des patients échouent à leur première tentative de désaccoutumance et passe par des périodes successives de rechute et de rémission¹². La dépendance au tabac est une accoutumance grave; il s'agit d'un phénomène biopsychosocial complexe, qui fait intervenir des facteurs génétiques, pharmacologiques, psychologiques et environnementaux qui, combinés, mènent à cette consommation chronique et tenace. Aussi, à moins de tenir compte de tous les aspects bio-physiologiques, comportementaux, spirituels et sociaux de cette dépendance, le professionnel de la santé risque-t-il d'échouer à guider le fumeur. De plus, le lien entre les stimuli environnementaux et la sensation très agréable que procure rapidement le fait de fumer rend très difficile de se défaire de cette habitude. Le clinicien doit aussi tenir compte des symptômes de désaccoutumance que craint le patient et savoir que les habitudes de fumer sont fortement liées à des facteurs déclencheurs psychologiques et émotionnels. Il doit conseiller aux patients des moyens de résister aux moments de tentation par l'adoption d'autres stratégies. Il doit aussi aider le fumeur à changer l'image qu'il a de lui-même et à modifier ses



Illustration 1 : Parodontite d'un fumeur. Notez l'espace entre les dents antérieures supérieures creusé par une perte osseuse avancée due au tabagisme et à la parodontite.



Illustration 2 : Le patient de l'ill. 1, un an après avoir cessé de fumer, avec traitement parodontal non chirurgical et traitement orthodontique d'appoint.

comportements de socialisation, pour l'amener à prendre conscience de son nouvel état de non-fumeur¹².

Intervention clinique en matière de tabagisme

Créer un milieu sans fumée

Faites de votre cabinet dentaire un milieu sans fumée. Informez vos patients de cette politique, en apposant des vignettes d'interdiction de fumer à différents endroits bien en vue de votre cabinet. Placez, à l'intention des patients, de la documentation sur les programmes de désaccoutumance au tabac dans la salle d'attente. L'affichage d'illustrations présentant des patients, avant et après un tel programme, constitue un grand élément de motivation (Ill. 1 et 2).

De plus, tout le personnel dentaire devrait suivre un programme agréé sur la désaccoutumance au tabac. De tels programmes sont offerts par l'entremise des services locaux de santé, ainsi que dans les universités sous forme de programmes de formation continue. En Ontario, ils sont offerts par l'Association dentaire de l'Ontario (ADO) et l'Association médicale de l'Ontario (AMO). La formation du personnel permettra d'assurer l'uniformisation des stratégies d'intervention en matière de tabagisme et fera en sorte que tous véhiculeront le même message auprès des patients. Lorsqu'un membre de l'équipe est formé, il pourra ensuite offrir une formation à l'interne aux autres membres du personnel.

Enfin, il faut aussi aider les employés qui fument et les inciter à cesser, car un employé qui fume n'aura aucune crédibilité en tant que conseiller auprès des patients.

Évaluation du patient

Les dossiers sur les antécédents médicaux et dentaires du patient devraient inclure des questions sur la consommation de tabac et préciser depuis combien de temps fume le patient, de même que sa consommation quotidienne (s'agit-il d'une accoutumance légère, 1 à 5 cigarettes par jour; d'une accoutumance modérée, jusqu'à 10 cigarettes par jour; ou d'une accoutumance grave, jusqu'à 20 cigarettes ou plus par jour).

Une évaluation plus précise du niveau de dépendance peut être faite à l'aide du test de Fagerström¹³ lequel est basé sur une échelle d'évaluation en 4 points. Les questions de ce test visent notam-

ment à déterminer à quel moment de la journée la personne fume sa première cigarette, ainsi qu'à établir tout antécédent de symptômes de désaccoutumance. Ce test évalue également la capacité du patient de résister à la tentation lorsqu'il se trouve dans un endroit où il est interdit de fumer ou lorsqu'il est malade. Plus le score est élevé, plus la dépendance est grave.

Stratégies

Les stratégies à utiliser dans le cadre des interventions cliniques en matière de tabagisme varient en fonction du niveau de dépendance de l'usager. Cependant, il ne faudrait pas oublier de féliciter les patients qui ne fument pas, et plus particulièrement les jeunes, et de les encourager à ne jamais commencer.

Quant aux fumeurs, une évaluation rapide devrait être faite de chaque patient, afin de déterminer dans quelle mesure ils sont vraiment prêts à cesser de fumer. Les différentes étapes de cette évaluation sont indiquées à l'illustration 3. (Pour plus d'information sur les étapes de la modification des comportements, les lecteurs sont invités à consulter l'article de Prochaska et DiClemente¹⁴.)

Les intervenants devraient informer les patients des effets du tabac sur leur santé en général et plus précisément sur leur santé bucco-dentaire en s'appuyant, pour ce faire, sur des photos illustrant les différences entre fumeurs et non-fumeurs et sur des

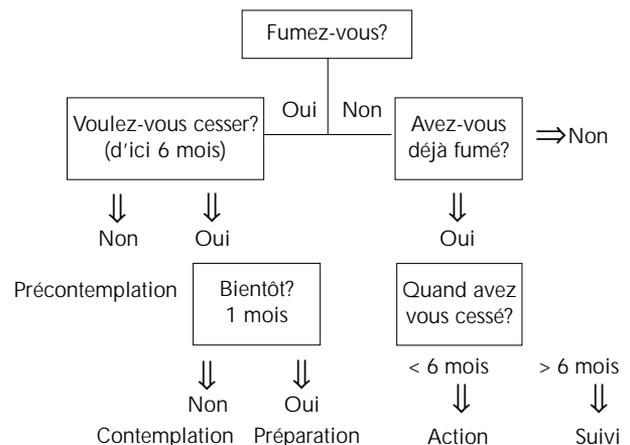


Illustration 3 : Évaluation rapide de la volonté de cesser de fumer¹²

Tableau 1 Objectifs et interventions thérapeutiques des stratégies de désaccoutumance au tabac, d'après les étapes du changement¹²

Stage	Objectif	Intervention
Précontemplation	<ul style="list-style-type: none"> aider le patient à commencer à penser sérieusement à cesser de fumer au cours des 6 prochains mois 	<ul style="list-style-type: none"> interroger le patient sur ce qu'il pense du tabagisme l'interroger sur les avantages et les inconvénients de fumer l'aider en lui donnant l'assurance que vous ne le forcerez pas à arrêter lui offrir de l'information sur la désaccoutumance
Contemplation	<ul style="list-style-type: none"> aider le patient à prendre la décision de cesser de fumer dans un avenir rapproché aider le patient à avoir plus confiance en lui 	<ul style="list-style-type: none"> interroger le patient sur les avantages et les inconvénients de cesser de fumer l'aider en insistant sur les raisons qui l'amènent à modifier ses habitudes et en cherchant à trouver d'autres avantages suggérer qu'il réduise sa consommation ou cesse de fumer pendant une journée suggérer une autre visite et fournir de l'information
Préparation	<ul style="list-style-type: none"> aider le patient à se préparer à changer ses habitudes et à commencer le processus de désaccoutumance 	<ul style="list-style-type: none"> amener le patient à exprimer ses craintes et à parler des moyens qu'il a pris et des leçons qu'il tire de ses tentatives antérieures le conseiller en identifiant les obstacles à la désaccoutumance et en proposant des solutions le soutenir en lui fournissant du matériel (plaquette) et en l'aidant à élaborer un plan d'action, à fixer une date d'arrêt et à définir un traitement de remplacement de la nicotine (TRN)
Action	<ul style="list-style-type: none"> aider le patient à ne pas recommencer à fumer ou à se remettre de ses rechutes 	<ul style="list-style-type: none"> s'informer des progrès réalisés par le patient (rechutes, tentations, réussites, utilisation de TRN) lui donner des conseils (prévention des rechutes, gain de poids, déclencheurs, etc.) l'aider en insistant sur les réussites; encourager les auto-récompenses et apporter un soutien accru; l'aider à trouver des solutions aux problèmes

Tableau 2 Utilisation de la TRN et de la pharmacothérapie d'appoint

La TRN

Préparations offertes au Canada pour la TRN

- gomme à mâcher : 2 mg, 4 mg
- timbre transdermique : 7 mg, 14 mg et 21 mg

Mode d'action de la TRN

- réduit les symptômes de désaccoutumance
- réduit l'envie de fumer en maintenant la tolérance (cependant, une seule bouffée peut suffire à provoquer une rechute)
- aide à maintenir l'humeur et le niveau d'attention et à surmonter le stress (lorsque la désaccoutumance provoque ces effets)

Utilisation de la gomme à mâcher

- cesser de fumer
- remplacer la cigarette par la gomme de nicotine
- mastiquer lentement
- utiliser plusieurs morceaux par jour (selon la gravité de la dépendance)
- poursuivre le traitement pendant une durée suffisante
- planifier une réduction progressive
- cesser l'utilisation

Utilisation des timbres TRN

- cesser de fumer
- appliquer les timbres sur une partie propre, sèche et non velue du bras ou du thorax
- retirer l'ancien timbre et en appliquer un nouveau, en suivant les instructions (choisir un nouveau site d'application à chaque fois)
- utiliser pendant environ 3 mois

La pharmacothérapie d'appoint¹⁷

Mode d'action du bupropion (Zyban)

- inhibe le recaptage de la dopamine et modifie l'activité de la noradrénaline
- a plus d'effet (sur la désaccoutumance au tabac) que le placebo (jusqu'à 52 semaines)
- réduit les gains de poids
- s'accompagne d'effets secondaires minimes

Considérations

- le chlorhydrate de bupropion est un antidépresseur dont l'usage comme traitement de désaccoutumance au tabac a été approuvé par Santé Canada
- ne doit pas être utilisé chez les patients souffrant de troubles épileptiques ou ayant des antécédents de boulimie ou d'anorexie mentale
- son usage est contre-indiqué chez les patients qui prennent d'autres antidépresseurs ou des inhibiteurs de la monoamine oxydase
- Clonidine¹⁶ peut être prescrit aux patients allergiques au chlorhydrate de bupropion

Tableau 3 Suggestions pour l'usage clinique des pharmacothérapies en matière de désaccoutumance au tabac

Pharmacothérapie	Précautions/ Contre-indications	Effets secondaires	Posologie	Durée	Disponibilité
Timbre de nicotine		Réaction cutanée locale Insomnie	21 mg/24 h 14 mg/24 h 7 mg/24 h	4 semaines puis 2 semaines puis 2 semaines	Sur ordonnance et en vente libre
Gomme de nicotine		Douleurs dans la bouche Dyspepsie	1-24 cigarettes/jour : gomme de 2 mg, jusqu'à 24 morceaux/jour cigarettes/jour : gomme de 4 mg, jusqu'à 24 morceaux/jour	Jusqu'à 12 semaines	En vente libre
Chlorhydrate de bupropion à libération lente ^a	Antécédents d'épilepsie Antécédents de troubles de l'alimentation	Insomnie Sécheresse de la bouche	150 mg chaque matin pendant 3 jours, puis 150 mg, 2 fois par jour (commencer le traitement 2 semaines avant)	7-12 semaines entretien : jusqu'à 6 mois	Sur ordonnance
Clonidine ^b	Rebond de l'hypertension	Sécheresse de la bouche Somnolence Étourdissements Sédation	0,15-0,75 mg/jour	3-10 semaines	Sur ordonnance

Modifié d'après JAMA¹⁶

^a Le médecin du patient doit procéder à un examen médical et établir les antécédents médicaux du patient

^b À utiliser lorsque le chlorhydrate de bupropion est contre-indiqué

Tableau 4 Quelques faits sur l'usage de la pharmacothérapie pour cesser de fumer¹⁸

1. La nicotine n'est pas la substance nocive dans les cigarettes. La fumée du tabac renferme quelque 4000 substances dont un grand nombre sont cancérigènes.
2. Les cigarettes ont un pouvoir toxicomanogène bien supérieur aux timbres ou à la gomme de nicotine, principalement à cause de la manière dont les cigarettes libèrent la nicotine.
3. La TRN est sans danger pour les fumeurs.
4. L'usage de la TRN tout en continuant de fumer n'augmente pas les risques de maladies cardiovasculaires chez le fumeur.
5. Il est moins dangereux, pour les patients souffrant de maladies du cœur d'entreprendre une TRN que de continuer à fumer.
6. La TRN est moins dangereuse pour une femme enceinte et son foetus que fumer.
7. La TRN peut être utilisée sans danger à tous âges.
8. La TRN et le bupropion sont sans danger et efficaces. On a démontré que l'on obtient un taux de réussite 2 fois supérieur avec la TRN et le bupropion qu'avec le placebo.
9. Les timbres et la gomme de nicotine peuvent être utilisés simultanément, ainsi qu'en association avec le bupropion.
10. Les fumeurs peuvent contrôler la dose de nicotine dans la TRN; il faut cependant un certain temps avant que le fumeur apprenne à maximiser les effets de la TRN.
11. Les timbres et la gomme de nicotine peuvent être utilisés aussi longtemps que nécessaire; il n'y a pas de limite de temps.
12. Les timbres et la gomme de nicotine peuvent être utilisés par des personnes qui ne sont pas encore prêtes à cesser de fumer ou pas encore capables de le faire.
13. L'utilisation de la TRN et du bupropion en désaccoutumance au tabac est une stratégie rentable.

photos de personnes dont la santé bucco-dentaire s'est améliorée après avoir cessé de fumer.

Objectifs et interventions thérapeutiques

À chaque visite, les dentistes et les hygiénistes dentaires devraient s'informer de la consommation actuelle de tabac du patient et continuer à lui donner de l'information à jour. Même si le patient ne se dit pas prêt à cesser de fumer, il faudrait lui demander d'amorcer tout au moins une réflexion en ce sens. Il ne faut pas, toutefois, que le patient sente qu'on cherche à faire pression sur lui; il faut l'encourager et lui offrir de l'aider à prendre sa décision finale.

Les conseils fondés sur les étapes de la modification des comportements ont été appliqués avec succès à la désaccoutumance au tabac¹⁶. De brèves interventions d'une durée de 3 à 4 minutes peuvent être suffisantes pour aider les patients à franchir les différentes étapes^{12,16}. Plutôt que de forcer les patients à modifier immédiatement et radicalement leurs habitudes, le personnel dentaire devrait essayer de les aider à franchir une étape à la fois. Le **tableau 1** présente une brève description des objectifs et des interventions thérapeutiques associés à chacune de ces étapes. En Ontario, l'AMO et l'ADO offrent de l'information à leurs membres qui désirent agir comme conseillers sur la désaccoutumance au tabac.

Chaque niveau de dépendance devrait commander un traitement différent¹⁶. Ainsi, même si les données cliniques et épidémiologiques indiquent que les traitements plus intensifs donnent de meilleurs taux de réussite¹⁶, les personnes qui fument peu n'ont pas nécessairement besoin de traitements aussi intensifs. Ce qui suit énonce les directives à appliquer dans la prise de décisions concernant les interventions axées sur la désaccoutumance au tabac :

- niveau de dépendance léger : brève intervention comportementale, TRN
- niveau de dépendance modéré : brève intervention comportementale, TRN, pharmacothérapie d'appoint

- niveau de dépendance grave : brève intervention comportementale, TRN, pharmacothérapie d'appoint, thérapie comportementale intensive

Pharmacothérapie

De 3 à 4 % seulement des patients réussissent à cesser de fumer sans aide. Cependant, on estime que ce taux de réussite pourrait doubler avec des programmes de désaccoutumance et une modification des comportements et qu'il pourrait atteindre 30 % avec la pharmacothérapie, laquelle devrait faire partie de tout programme d'intervention clinique en matière de tabagisme^{15,16}. Le **tableau 2** propose une vue d'ensemble de la thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) et des traitements d'appoint, et le **tableau 3** décrit les posologies à utiliser et les effets secondaires qui y sont associés.

Mise en garde

En Ontario, le Collège royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario (CRCDO) a autorisé les dentistes à prescrire des médicaments non-TRN aux patients qui tentent de cesser de fumer, à condition qu'ils suivent au préalable des programmes de formation agréés permettant d'acquérir une connaissance approfondie des mécanismes d'action des divers médicaments non-TRN et de leurs effets secondaires.

Cependant, un grand nombre de dentistes ne se sentent peut-être pas encore qualifiés pour prescrire certains de ces médicaments, et on leur recommande de consulter le médecin de famille du patient. Il s'agit là d'un fait particulièrement important puisque la pharmacocinétique de certains médicaments peut changer suite à la désaccoutumance au tabac, avec ou sans remplacement de la nicotine¹², et nécessiter une modification de la posologie.

Il faut également se méfier de la grande désinformation qui circule actuellement au sujet de l'utilisation des médicaments TRN et non-TRN dans les programmes de désaccoutumance au tabac. Le Comité sur les médicaments et la pharmacothérapie de l'AMO a publié un excellent document sur les mythes et les réalités des pharmacothérapies pour cesser de fumer¹⁸, et certains de ces faits sont résumés au **tableau 4**.

Modification intensive des comportements

Les professionnels dentaires devraient se limiter à de brèves interventions ou séances de consultation. Les gros fumeurs, en particulier ceux qui présentent des signes de dépression clinique et de conflits émotifs et sociaux avancés semblables à des facteurs de comorbidité, nécessiteront des interventions intensives. Ces patients devraient être dirigés vers une clinique de médecine familiale spécialisée dans le traitement des toxicomanies ou vers des psychologues ou des psychiatres cliniciens.

Prévention des rechutes

La majorité des patients qui essaient de cesser de fumer recommence. Il faut habituellement de nombreuses tentatives avant de réussir, et la rechute fait souvent partie du processus de désaccoutumance. Il faut encourager les patients à tirer des leçons de leurs rechutes et à élaborer des stratégies qui leur permettront d'éviter les mêmes erreurs lors de tentatives futures. Il faut les encourager en leur disant, par exemple : «Vous savez maintenant que vous êtes capable d'arrêter, car vous n'avez pas fumé depuis 3 semaines». Il faut également recommander aux patients d'éviter les situations

émotives et stressantes, ainsi que de consommer de l'alcool ou d'assister à des réceptions ou autres rencontres où il pourrait y avoir des fumeurs. On peut en revanche difficilement éviter la socialisation en milieu de travail, où peuvent également se trouver des fumeurs. ♦

Remerciements : Je tiens à remercier le Dr Diane Midmer pour m'avoir permis d'utiliser l'information recueillie dans *Smoking Cessation Module du Project Create*.

Le Dr Sandhu est professeur et directeur de la Division de parodontologie, Faculté de médecine et de dentisterie, Université Western Ontario.

Écrire au : Dr Harinder S. Sandhu, Division de parodontologie, École de dentisterie, Université Western Ontario, London, ON N6A 5C1. Courriel : hsandhu@julian.uwo.ca.

L'auteur n'a aucun intérêt financier déclaré. Les vues exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions et les politiques officielles de l'Association dentaire canadienne.

Références

1. Bartecchi CE, MacKenzie TD, Schrier RW. The human costs of tobacco use (1). *N Engl J Med* 1994; 330(13):907-12.
2. MacKenzie TD, Bartecchi CE, Schrier RW. The human costs of tobacco use (2). *N Engl J Med* 1994; 330(14): 975-80.
3. Santé Canada. Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population : L'usage du tabac chez les Canadiens. Cycle 2, 1996/1997. Feuillelet d'information 1,2. Ottawa, 1999
4. Position paper: tobacco use and the periodontal patient. Research, Science and Therapy Committee of the American Association of Periodontology. *J Periodontol* 1999; 70(11):1419-27.
5. Bastiaan RJ, Reade PC. The effect of tobacco smoking on oral and dental tissues. *Aust Dent J* 1967; 21(4):308-15.
6. Bain CA, Moy PK. The association between the failure of dental implants and cigarette smoking. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1993; 8(6):609-15.
7. Garfinkel L. Trends in cigarette smoking in the United States. *Prev Med* 1997; 26(4):447-50.
8. Tobacco use among high school students - United States, 1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1998; 47(12):229-33.
9. Physicians and other health-care professional counseling of smokers to quit - United States, 1991. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1993; 42(44):854-7.
10. Tomer SL, Husten CG, Manley MW. Do dentists and physicians advise tobacco users to quit? *J Am Dent Assoc* 1996; 127(2): 259-65.
11. Campbell HS, Sletten M, Petty T. Patient perceptions of tobacco cessation services in dental offices. *J Am Dent Assoc* 1999; 130(2):219-25.
12. Project CREATE: Volume 3, Smoking Cessation: Published by Project CREATE: University of Toronto, 1998.
13. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 1991; 86(9):1119-27.
14. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51(3):390-5.
15. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis. *JAMA* 1994; 271(24):1940-7.
16. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. *JAMA* 2000; 283(28):3244-54.
17. Bupropion (Zyban) for smoking cessation. *Med Lett Drugs Ther* 1997; 39(1007):77-8.
18. Rethinking Stop-Smoking Medications: myths and facts. Ontario Medical Association Health Policy Department 1999.