



HAL
open science

Doléances bucco-dentaires des patients souffrant d'addiction : étude observationnelle et propositions pour améliorer leur parcours de soins

Marie Frenedo

► To cite this version:

Marie Frenedo. Doléances bucco-dentaires des patients souffrant d'addiction : étude observationnelle et propositions pour améliorer leur parcours de soins. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01629717

HAL Id: dumas-01629717

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01629717>

Submitted on 6 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**DOLEANCES BUCCO-DENTAIRES DES PATIENTS
SOUFFRANT D'ADDICTION : ETUDE
OBSERVATIONNELLE ET PROPOSITIONS POUR
AMELIORER LEUR PARCOURS DE SOINS**

Année 2017

Thèse n° 42-57-17-28

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant
la Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice
Le 11 septembre 2017 par

Mademoiselle Marie FRENDO
Née le 1^{er} novembre 1993 à COLMAR

Pour obtenir le grade de :

DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE (Diplôme d'État)

Examineurs :

Monsieur le Professeur Marc BOLLA

Président du jury

Madame le Professeur Isabelle Prêcheur

Assesseur, directrice de thèse

Madame le Docteur Catherine Pesci-Bardon

Assesseur

Monsieur le Docteur Patrice Cochais

Assesseur

Monsieur le Docteur Faredj Cherikh

Membre invité

CORPS ENSEIGNANT

56ème section : DEVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PREVENTION

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeur des Universités : Mme MULLER-BOLLA Michèle

Maître de Conférences des Universités : Mme JOSEPH Clara

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme PIERRE Audrey

Sous-section 02 : ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Professeur des Universités : Mme MANIERE-EZVAN Armelle

Assistante Associée-Praticien Associé : Mme OUEISS Arlette

Assistant Hospitalier Universitaire : M. BUSSON Florian

Sous-section 03 : PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE

Professeur des Universités : Mme LUPI-PEGURIER Laurence

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme SOSTHE Anne Laure

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme BORSA Leslie

57ème section : SCIENCES BIOLOGIQUES, MEDECINE ET CHIRURGIE BUCCALE

Sous-section 01 : PARODONTOLOGIE

Maître de Conférences des Universités : M. CHARBIT Yves

Maître de Conférences des Universités : Mme VINCENT-BUGNAS Séverine

Assistant Hospitalier Universitaire : M. BORIE Gwenaël

Assistant Hospitalier Universitaire : M. RATHELOT Benjamin

Sous-section 02 : CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE, ANESTHESIE ET REANIMATION

Professeur des Universités Associées : Mme MERIGO Elisabetta

Maître de Conférences des Universités : M. COCHAIS Patrice

Maître de Conférences des Universités : M. SAVOLDELLI Charles

Assistant Hospitalier Universitaire : M. PAUL Adrien

Sous-section 03 : SCIENCES BIOLOGIQUES

Professeur des Universités : Mme PRECHEUR-SABLAYROLLES Isabelle

Maître de Conférences des Universités : Mme RAYBAUD Hélène

Maître de Conférences des Universités : Mme VOHA Christine

<p style="text-align: center;">58ème section : SCIENCES PHYSIQUES ET PHYSIOLOGIQUES ENDODONTIQUES ET PROTHETIQUES</p>
--

Sous-section 01 : ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE

Professeur des Universités : Mme BERTRAND Marie-France

Professeur des Universités : M. MEDIONI Etienne

Professeur Emérite : M. ROCCA Jean-Paul

Maître de Conférences des Universités : Mme BRULAT-BOUCHARD Nathalie

Maître de Conférences Associé des Universités : M. CEINOS Romain

Assistant Hospitalier Universitaire : M. MORKOWSKI-GEMMI Thomas

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme DUVERNEUIL Laura

Assistant Hospitalier Universitaire : M. GANDJIZADEH GHOUCHANI Mir-Payam

Sous-section 02 : PROTHESES

Professeur des Universités : Mme LASSAUZAY Claire

Maître de Conférences des Universités : M. ALLARD Yves

Maître de Conférences des Universités : M. LAPLANCHE Olivier

Maître de Conférences des Universités : Mme POUYSSEGUR-ROUGIER Valérie

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme CERETTI Léonor

Assistant Hospitalier Universitaire : M. OUDIN GENDREL Antoine

Assistant Hospitalier Universitaire : M. SABOT Jean-Guy

Assistant Hospitalier Universitaire : M. SAMMUT Arnaud

Sous-section 03 : SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Professeur des Universités : M. BOLLA Marc

Professeur des Universités : M. MAHLER Patrick

Maître de Conférences des Universités : Mme EHRMANN Elodie

Maître de Conférences des Universités : M. LEFORESTIER Eric

Assistant Hospitalier Universitaire : Mme AZAN Cindy

REMERCIEMENTS

Tout d'abord je tiens à remercier très chaleureusement ma directrice de thèse, sans laquelle cette étude n'aurait pas pu avoir lieu. Sa grande motivation a permis de réaliser un travail d'équipe efficace, et j'ai été vraiment ravie de l'avoir choisie comme directrice. Elle m'a donné toutes les clés pour avancer rapidement et j'ai pris grand plaisir à écrire ma thèse avec elle. J'espère que cette entente dynamique donnera lieu à d'autres projets pour les années à venir.

Un grand merci au Dr Cherikh qui m'a permis de réaliser mon stage au CSAPA et au DI. Grâce à lui j'ai pu découvrir le monde passionnant de la toxicomanie et rassembler toutes les données nécessaires à mon travail de thèse. Merci à lui pour sa grande motivation en matière de collaboration multidisciplinaire. Les échanges entre nos services ont été dynamiques et ont rapidement porté leurs fruits.

Ensuite, je remercie mes enseignants qui ont accepté d'être membres de mon jury. Ils m'ont accompagné durant tout mon cursus universitaire et en particulier durant ma 6. Je garde un excellent souvenir des vacations d'urgences avec le Pr Bolla grâce auquel j'ai appris à sortir des 8. Sa rigueur est très formatrice, il est investi dans son travail d'enseignant et transmet son savoir-faire avec plaisir. Le Dr Pesci est une grande favorite du CHU. Sa bonne humeur est un moteur dans le travail et tous les étudiants se réjouissent de travailler avec elle. Enfin, j'ai beaucoup appris du Dr Cochais à travers ses cours et surtout des vacations que nous avons partagé cette année. Il représente pour moi un modèle en matière de sens clinique.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	8
2. REVUE DE LA LITTERATURE	9
2.1. Définitions	9
2.1.1. <i>L'addiction</i>	9
2.1.2. <i>La drogue</i>	10
2.1.3. <i>Les mécanismes de l'addiction</i>	10
2.2. Législation	11
2.3. Conséquences de l'addiction sur la santé générale et bucco-dentaire.....	11
2.3.1. <i>L'alcool</i>	12
2.3.2. <i>Le tabac</i>	14
2.3.3. <i>Le cannabis</i>	16
2.3.4. <i>La cocaïne et le crack</i>	17
2.3.5. <i>Les amphétamines</i>	17
2.3.6. <i>Les opiacés</i>	18
2.3.7. <i>Les médicaments</i>	19
2.4. Prise en charge bucco-dentaire des patients addicts	20
2.4.1. <i>Le rôle du chirurgien-dentiste</i>	20
2.4.2. <i>Le patient toxicomane : un patient particulier</i>	20
2.5. Objectifs de ce travail.....	22
3. POPULATION ETUDIEE ET METHODE	23
3.1. Population étudiée : patients addicts externes et hospitalisés	23
3.2. Analyse du fonctionnement du service d'Addictologie	24
3.2.1. <i>Fonctionnement du CSAPA et du DI</i>	24
3.2.2. <i>Evolution du patient dans le circuit de soins</i>	24
3.3. Ecoute des doléances bucco-dentaires	24
3.3.1. <i>Ressenti du patient vis-à-vis de sa santé bucco-dentaire</i>	24
3.3.2. <i>Ressenti des soignants vis-à-vis de l'état bucco-dentaire des patients</i>	25
3.4. Présentation des résultats	25
4. RESULTATS	27
4.1. Patients addicts externes et hospitalisés	27
4.2. Fonctionnement du service d'Addictologie.....	29
4.2.1. <i>Fonctionnement du CSAPA et du DI</i>	29
4.2.2. <i>Evolution du patient dans le circuit de soins</i>	33

4.2.2.1.	<i>Les mécanismes de l'addiction</i>	33
4.2.2.2.	<i>Les méthodes de prise en charge</i>	34
4.2.2.3.	<i>Les traitements médicamenteux</i>	35
4.2.2.4.	<i>Le rôle de l'assistante sociale</i>	37
4.3.	Doléances bucco-dentaires.....	39
4.3.1.	<i>Ressenti du patient vis-à-vis de sa santé bucco-dentaire</i>	39
4.3.2.	<i>Ressenti des soignants vis-à-vis de l'état bucco-dentaire des patients</i>	40
4.4.	Actions entreprises pour améliorer la santé bucco-dentaire des patients suivis dans le service d'Addictologie.....	41
4.4.1.	<i>Information collective sur les soins dentaires et les possibilités de prise en charge</i>	41
4.4.2.	<i>Information individuelle sur les soins dentaires et les possibilités de prise en charge</i>	43
4.4.2.1.	<i>Présentation du patient et addiction (Annexe 5)</i>	44
4.4.2.2.	<i>Examen bucco-dentaire (Annexes 6 et 7)</i>	47
4.4.2.3.	<i>Examen nutritionnel (Annexe 8)</i>	54
4.4.2.4.	<i>Réhabilitation bucco-dentaire (Annexes 9 et 10)</i>	58
5.	DISCUSSION	64
5.1.	Patients addicts externes et hospitalisés.....	64
5.2.	Fonctionnement du service d'Addictologie.....	65
5.2.1.	<i>Fonctionnement du CSAPA et du DI</i>	65
5.2.2.	<i>Evolution du patient dans le circuit de soins</i>	68
5.2.2.1.	<i>Les méthodes de prise en charge</i>	68
5.2.2.2.	<i>Les traitements de substitution</i>	69
5.2.2.3.	<i>Le rôle de l'assistante sociale</i>	70
5.3.	Doléances bucco-dentaires.....	70
5.3.1.	<i>Prise en charge de la douleur</i>	70
5.3.2.	<i>L'envie</i>	73
5.3.3.	<i>La confiance</i>	73
5.3.4.	<i>Avoir le choix</i>	74
5.3.5.	<i>L'accès aux soins</i>	74
5.4.	Actions entreprises pour améliorer la santé bucco-dentaire des patients suivis dans le service d'Addictologie.....	76
5.4.1.	<i>Information collective sur les soins dentaires et les possibilités de prise en charge</i>	76
5.4.2.	<i>Les informations souvent demandées sur les soins dentaires et les possibilités de prise en charge</i>	78
5.4.3.	<i>Information individuelle sur les soins dentaires et les possibilités de prise en charge</i>	80
5.4.3.1.	<i>Présentation du patient et addiction</i>	80
5.4.3.2.	<i>Examen bucco-dentaire</i>	81
5.4.3.3.	<i>Examen nutritionnel</i>	81
5.4.3.4.	<i>Réhabilitation bucco-dentaire</i>	82

5.4.4.	<i>Actions entreprises et pérennisées pour améliorer la santé bucco-dentaire des patients suivis dans le service d'Addictologie.....</i>	84
6.	CONCLUSION	85
7.	BIBLIOGRAPHIE.....	87
8.	Liste des tableaux.....	91
9.	Liste des figures.....	92
10.	Liste des annexes.....	96
11.	ANNEXES	97

1. INTRODUCTION

La toxicomanie est une pathologie psychiatrique dont les comorbidités associées ont un impact à la fois sur l'état de santé général mais aussi sur l'état de santé bucco-dentaire. Les conséquences d'un point de vue bucco-dentaire sont multiples et vont dépendre des produits consommés, du mode de consommation, de la durée de l'addiction et de la quantité ingérée. Le mode de vie du patient, sa situation socio-économique et, par conséquent, sa capacité d'accès aux soins vont également être déterminants dans l'évolution des pathologies bucco-dentaires. La prise en charge bucco-dentaire des patients addicts est insuffisante car elle représente de nombreuses difficultés pour les patients, comme pour les soignants.

Les principaux objectifs de cette étude observationnelle étaient d'analyser les obstacles à la prise en charge bucco-dentaire des patients toxicomanes et les moyens de les surmonter, afin d'optimiser l'accès aux soins et d'essayer de prévenir les maladies bucco-dentaires dans cette population de patients.

2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

2.1. Définitions

2.1.1. *L'addiction*

D'après la définition de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), « *l'addiction est une pathologie cérébrale définie par une dépendance à une substance ou à une activité, avec des conséquences délétères* ». Les critères de l'addiction sont détaillés dans le Tableau 1.

Tableau 1. Un sujet est considéré comme souffrant d'une addiction quand il présente ou a présenté, au cours des douze derniers mois, au moins deux des onze critères suivants (d'après l'INSERM, 2014).

1. Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer (*craving*)
2. Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
3. Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
4. Augmentation de la tolérance au produit addictif
5. Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
6. Incapacité de remplir des obligations importantes
7. Usage même lorsqu'il y a un risque physique
8. Problèmes personnels ou sociaux
9. Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
10. Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
11. Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

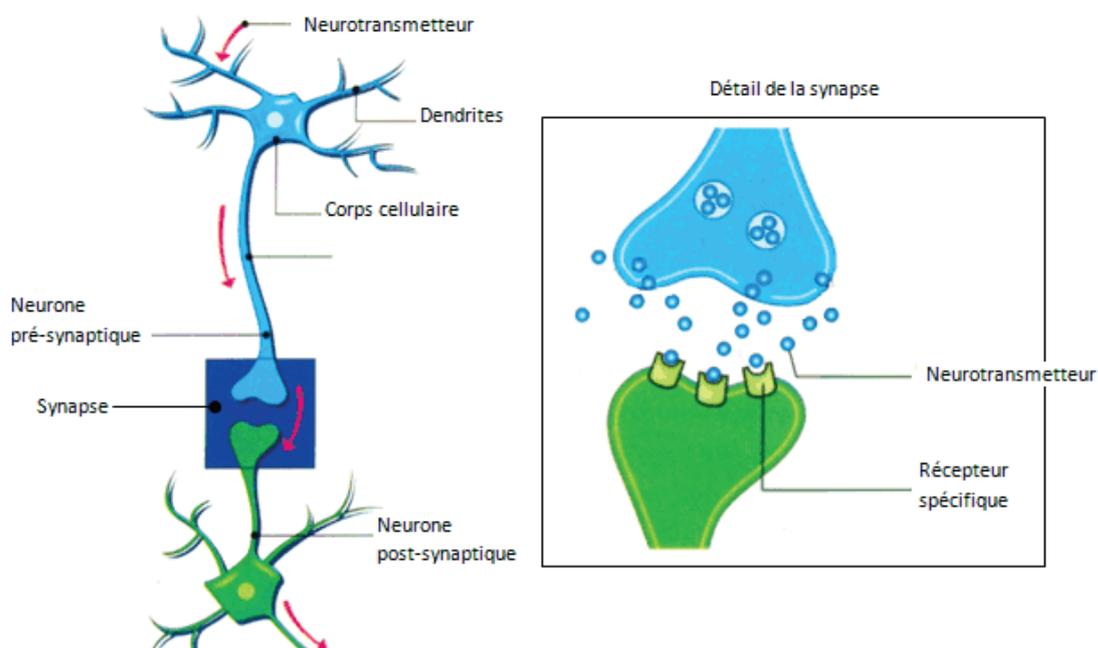
2.1.2. La drogue

Toute substance psychoactive capable de modifier les fonctions psychiques et physiologiques d'un individu est considérée comme une drogue. Les drogues peuvent créer une dépendance psychologique et physique. Les substances à effets psychoactifs comme le tabac, l'alcool, la cocaïne ou le cannabis agissent directement sur le cerveau en modifiant le comportement, les humeurs, les perceptions et l'activité mentale des utilisateurs et entraînant des effets somatiques sur le corps. En consommer entraîne des risques et des dangers pour la santé des usagers. En plus de créer une dépendance, ils peuvent avoir des conséquences néfastes dans la vie quotidienne du consommateur (Drogue Dépendance, 2017).

2.1.3. Les mécanismes de l'addiction

Dans le système nerveux central, la communication entre les neurones se fait grâce à des substances chimiques appelées neuromédiateurs. Les neuromédiateurs se fixent sur des récepteurs situés au niveau des synapses neuronales et vont entraîner différentes réactions en chaîne en fonction de la molécule addictive concernée : émotions, éveil, sociabilité, désir sexuel... (Figure 1).

Figure 1. Transmission de l'influx nerveux entre les neurones grâce aux neurotransmetteurs (Dopamine, 2017)



Les substances psychoactives retrouvées dans les drogues agissent comme les neuromédiateurs et vont bloquer ou stimuler les récepteurs synaptiques. La prise de drogues va donc perturber et déréguler la physiologie du consommateur. La sensation de manque ressentie lors du sevrage est liée à l'absence d'occupation de ces récepteurs. Les conduites addictives sont motivées par la recherche de plaisir, de performance et d'oubli (Pesci-Bardon and Prêcheur, 2010). Le patient toxicomane va chercher à retrouver ces sensations en consommant à nouveau le produit.

2.2. Législation

Il existe des substances addictives légales dont la législation est établie et réglementée (alcool, tabac, médicaments...) et des drogues dites illicites dont la production, la consommation et la vente sont interdites (cannabis, cocaïne, ecstasy, héroïne...). La législation n'est pas identique dans tous les pays et varie en fonction de la toxicité du produit, de la culture des populations et de l'intérêt thérapeutique de la substance. L'usage des drogues a également un caractère culturel. Dans certains pays, les jeunes mâchent des feuilles de coca. En Arabie Saoudite, l'alcool est proscrit. En Amérique du Sud, certaines drogues ont une valeur spirituelle ou religieuse, elles peuvent être utilisées à usage thérapeutique ou intervenir dans des rites d'initiation orchestrés par des chamanes (ayahuasca, champignons hallucinogènes, coca...).

2.3. Conséquences de l'addiction sur la santé générale et bucco-dentaire

La toxicomanie est une pathologie psychiatrique qui a des conséquences sur l'état de santé général. Cette revue de la littérature sera limitée aux addictions dues à des substances chimiques, qui ont un impact sur la santé bucco-dentaire. C'est pourquoi nous n'aborderons pas les activités addictives telles que les jeux de hasard et les jeux vidéo, le sexe et les achats compulsifs.

La santé bucco-dentaire du patient addict à une ou à plusieurs substances chimiques est un reflet de son état de santé général. La toxicomanie à des substances chimiques entraîne une dégradation de l'état bucco-dentaire du patient sous de multiples aspects : dyschromies, caries à progression rapide, maladies parodontales, dysplasies muqueuses, xérostomie, bruxisme et abrasions dentaires et perte des dents (Shekarchizadeh et al., 2013). Les pathologies sont dépendantes du type de drogues, du mode et de la fréquence de consommation, de l'hygiène de vie et du niveau socio-économique du patient.

2.3.1. L'alcool

L'éthanol contenu dans les boissons alcoolisées va entraîner une altération des cellules hépatiques. Cela va provoquer une cirrhose qui peut ensuite évoluer en cancer du foie. L'alcoolisme est aussi un facteur de risque pour d'autres cancers : voies aérodigestives supérieures, œsophage, pancréas, colon, sein, vessie... Enfin, l'alcoolisme provoque une altération du système immunitaire, du métabolisme (diabète de type 2) et de la coagulation (thrombopénie) (Pesci-Bardon and Prêcheur, 2013) (Annexe 1).

Les conséquences de l'alcool au niveau de la bouche sont multiples. Au niveau des tissus mous, le déficit nutritionnel qui est souvent observé chez les patients alcooliques peut contribuer à l'apparition de candidoses et retarder la cicatrisation après des extractions ou des blessures prothétiques. Le risque de maladie parodontale, de lésions pré-cancéreuses et cancéreuses augmente. Au niveau des tissus durs, il y a une prévalence augmentée des caries, une usure des dents par un phénomène d'érosion (Lussi and Jaeggi, 2008), des dyschromies, des problèmes d'ostéointégration et des péri-implantites (Figure 2).

Figure 2. Etat bucco-dentaire d'une femme de 56 ans ayant une addiction à l'alcool, au tabac et aux médicaments psychotropes. La patiente présente une gingivite, des lésions carieuses, des dents à l'état de racines et une sécheresse buccale (Cliché I. Prêcheur).



De plus, sont souvent observés une xérostomie, une halitose et des traumatismes dus à un état d'ébriété (Pesci-Bardon and Prêcheur, 2013). La consommation d'alcool a une influence sur la plaque dentaire. Chez des patients non alcooliques, la quantité de plaque dentaire est inversement proportionnelle au nombre de brossages par jour. Chez des patients alcooliques, la fréquence de brossage n'a pas d'effet sur la quantité de plaque (Khocht et al., 2009).

La santé bucco-dentaire des patients alcooliques est souvent négligée. Cependant, chez des patients issus du même milieu socio-économique, il n'y a pas de différence significative d'état bucco-dentaire entre des patients alcooliques et non alcooliques (Khocht et al., 2009). Le comportement, l'hygiène bucco-dentaire, la possibilité d'accès aux soins du patient sont donc des facteurs primordiaux dans la santé bucco-dentaire. L'alcool et le tabac agissent en synergie et leur association multiplie le risque de cancers des voies aérodigestives supérieures.

2.3.2. *Le tabac*

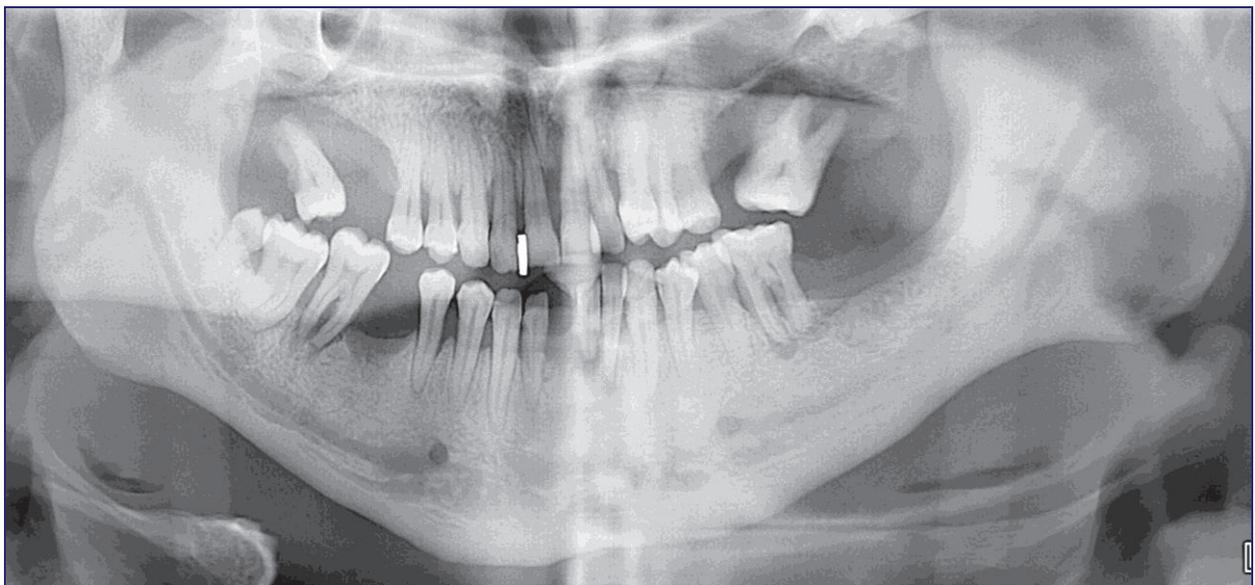
Le tabac est utilisé sous différentes formes : cigarettes, cigarillos, pipe, cigare, narguilé et tabac à mâcher (Warnakulasuriya et al., 2010). Le tabac contient de la nicotine et des substances cancérigènes (hydrocarbures, métaux lourds...) qui ont des effets néfastes sur le système cardiovasculaire (angine de poitrine, infarctus) et favorisent l'apparition de cancers (poumon, vessie, œsophage...).

La consommation de tabac est un facteur de risque des maladies parodontales (Figures 3 et 4), des lésions cancéreuses et précancéreuses (Sham et al., 2003). Il compromet l'ostéointégration des implants et augmente le risque de péri-implantite (Kasat and Ladda, 2012). Il modifie la flore orale en augmentant le niveau de certains pathogènes et diminue la réponse immunitaire de l'hôte en provoquant une vasoconstriction des capillaires du parodonte, en altérant la fonction des neutrophiles et la production d'anticorps (Johnson and Slach, 2001). Le tabac à mâcher provoque des leucoplasies, des cancers oraux, des maladies parodontales et la coloration des dents et des restaurations composites (Walsh and Epstein, 2000). L'arrêt du tabac a un effet bénéfique sur la progression des maladies parodontales (Sham et al., 2003). L'impact de la cigarette « électronique » sur l'état bucco-dentaire est mal connu pour l'instant, par manque de recul.

Figure 3. Etat bucco-dentaire d'un homme de 38 ans ayant une addiction au tabac et au cannabis. Le patient présente une parodontite agressive localement sévère sur les secteurs incisif et molaire, des lésions cervicales d'usure et des colorations dentaires liées à la fumée.



Figure 4. Radiographie panoramique du patient de la photographie clinique de la figure 3.



2.3.3. *Le cannabis*

La consommation de cannabis est généralement liée à la consommation de tabac. Il existe trois formes de cannabis. La marijuana correspond aux feuilles et aux fleurs séchées de la plante, le haschich est sous forme d'une résine et l'huile de haschich est obtenue à partir de haschich purifié avec un solvant. La substance psychoactive est le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) (Cho et al., 2005). Il peut être fumé ou ajouté à la nourriture (*space cake*).

Le cannabis a un impact négatif sur la santé mentale et physique, au niveau du système cardiovasculaire, respiratoire et immunitaire (Cho et al., 2005). Sa fumée est plus irritante pour les voies respiratoires que celle du tabac et un joint équivaut à sept cigarettes (Risques Médicaux : Guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste, ADF, 2013).

Le tabac fumé avec le cannabis provoque une xérostomie et augmente la prévalence et la densité de *Candida albicans* dans la bouche (Versteeg et al., 2008) (Figure 5). Il a un effet carcinogène sur la muqueuse orale et entraîne des dysplasies, des leucoedèmes et des lésions précancéreuses (leucoplasies) (Sheridan et al., 2001). Les consommateurs de marijuana sont également sujets à plus d'infections orales en raison de ses effets immunosuppresseurs (Sheridan et al., 2001).

Figure 5. Etat bucco-dentaire d'un homme de 24 ans ayant une addiction au tabac et au cannabis. Le patient présente une candidose aigüe pseudomembraneuse en regard de 11 et 21 et une perlèche rétro-commissurale associée à une leucoplasie tabagique.



2.3.4. *La cocaïne et le crack*

La cocaïne ou chlorhydrate de cocaïne peut être sniffée, injectée et fumée. La cocaïne agit principalement sur le système cardiovasculaire et le système nerveux central. Elle peut engendrer des complications cardiovasculaires, pulmonaires, neurologiques, psychiatriques, ORL (allant de l'irritation à la perforation de la cloison nasale) et infectieuses en lien avec l'échange de pailles contaminées (VIH, VHC) et les ulcérations nasales (Haute Autorité de Santé, 2010).

La cocaïne n'a pas d'impact spécifique direct sur l'état bucco-dentaire, mais représente un facteur de risque de bruxisme et de problèmes de l'articulation temporo-mandibulaire. Elle peut être responsable de thrombopénies et provoquer des saignements post extractionnels (Pesci-Bardon and Prêcheur, 2010).

2.3.5. *Les amphétamines*

Les amphétamines désignent un groupe de molécules incluant l'amphétamine, la méthamphétamine et la MDMA ou ecstasy. Les amphétamines sont des molécules neurotoxiques stimulatrices du système nerveux central. La prise peut se faire par ingestion (comprimé ou gélule), injection intraveineuse et inhalation (en fumée ou en poudre). La méthamphétamine augmente l'activité du système nerveux sympathique et peut provoquer une arythmie, de l'hypertension et une tachypnée (De-Carolis et al., 2015).

Les pathologies bucco-dentaires sont une des principales comorbidités des consommateurs de méthamphétamine, en lien avec une xérostomie sévère (« *meth-mouth* ») (Shetty et al., 2010). Ces derniers présentent une mauvaise hygiène bucco-dentaire qui vient aggraver des caries du collet à progression rapide (caries serpentineuses "en serpent") et des lésions d'usure non carieuse (Hamamoto and Rhodus, 2009). Ce type de caries est retrouvé même chez des patients ayant une hygiène bucco-dentaire satisfaisante (Madinier et al., 2003).

Le mode de consommation a aussi son importance : les patients injecteurs ont significativement plus de dents absentes que ceux fumant de la méthamphétamine (Shetty et

al., 2010). Il n'y a pas de différence significative entre les pathologies dentaires des consommateurs d'héroïne et de méthamphétamine (Brown et al., 2012).

Lors de la prise en charge, il est important que le patient stoppe sa consommation afin d'augmenter la quantité de salive et d'améliorer son hygiène bucco-dentaire et alimentaire (Hamamoto and Rhodus, 2009).

2.3.6. *Les opiacés*

Les opiacés sont issus du latex du pavot. Ils regroupent des produits illicites comme l'opium et l'héroïne, mais aussi des médicaments autorisés (morphine, méthadone, codéine, tramadol...). L'héroïne entraîne une grande dépendance physique (syndrome de sevrage). Sa consommation altère l'immunité, peut entraîner une septicémie associée à un risque d'endocardite infectieuse et des infections pulmonaires. Son injection représente un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites B et C (VHB, VHC). Le surdosage d'héroïne engage le pronostic vital (« *overdose* »).

Au niveau bucco-dentaire, le signe pathognomonique est la carie du collet à progression rapide (carie de Lowenthal) ou carie serpigineuse (Shetty et al., 2010) (Figure 6). La dégradation de l'état bucco-dentaire chez les patients consommateurs d'opioïdes est liée à la négligence du patient vis-à-vis de sa santé générale et aux contraintes financières (Titsas and Ferguson, 2002). En effet, les problèmes dentaires des patients injecteurs sont dus à leur style de vie : il y a une relation entre les facteurs socio-économiques, la consommation de drogues et l'hygiène bucco-dentaire (Supic et al., 2013).

Figure 6. Etat bucco-dentaire de deux hommes de 45 ans ayant une addiction à l'alcool, au tabac, au cannabis et à l'héroïne. Les patients présentent des caries serpigneuses sur toutes leurs dents (Clichés I. Prêcheur).



2.3.7. *Les médicaments*

Le mésusage est le détournement des médicaments de leur usage thérapeutique à des fins récréatives. Les médicaments psychotropes et les antalgiques de palier 2 et 3, qui sont souvent des opiacés, sont les principaux concernés. La majorité des patients toxicomanes utilise des drogues comme analgésiques pour soulager les douleurs dentaires (Madinier et al., 2003). L'application de certaines substances directement sur la muqueuse orale peut entraîner des brûlures, des ulcérations et des nécroses (Pesci-Bardon and Prêcheur, 2010).

2.4. Prise en charge bucco-dentaire des patients addicts

2.4.1. Le rôle du chirurgien-dentiste

La toxicomanie est une maladie psychiatrique avec des conséquences somatiques, qui peuvent toucher plusieurs organes simultanément. La prise en charge de ces patients doit donc être multidisciplinaire (Shekarchizadeh et al., 2013). En ce sens, les chirurgiens-dentistes ont un rôle dans :

- le dépistage des addictions,
- la gestion de la douleur dentaire au cours des protocoles de sevrage (Madinier et al., 2003),
- la réhabilitation bucco-dentaire qui s'inscrit au sein du processus de reconstruction lors du sevrage (Shetty et al., 2010).

2.4.2. Le patient toxicomane : un patient particulier

La gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes est délicate car il y a une altération de l'état de santé général, des problèmes socio-économiques et une faible motivation pour venir aux rendez-vous et réaliser les soins dentaires (Pesci-Bardon and Prêcheur, 2010) (Figure 7). A âge égal, les patients toxicomanes ont plus de problèmes bucco-dentaires que la moyenne des patients et pourtant ils ont moins recours aux soins dentaires (Sheridan et al., 2001).

Figure 7. Homme de 47 ans ayant une addiction à l'alcool et un antécédent d'addiction à l'héroïne. Le patient présente un état cachectique, il est atteint du virus de l'hépatite C (VHC) et d'un cancer de la parotide.



La réhabilitation bucco-dentaire participe à la réinsertion sociale et professionnelle du patient. En effet, la restauration du coefficient masticatoire et du sourire est essentielle pour l'alimentation et la vie sociale (Madinier et al., 2003). De plus, l'aspect esthétique de la réhabilitation représente un objectif motivant pour le patient, particulièrement en psychiatrie (Shetty et al., 2010).

Les chirurgiens-dentistes doivent être informés des comorbidités associées aux conduites addictives et des risques associés : agitation, risques hémorragique, infectieux local et focal, médicamenteux et allergique, risque augmenté d'infection par le VIH et les virus des hépatites (Hubert-Grossin et al., 2003). Ces risques imposent au chirurgien-dentiste de

prendre des précautions spécifiques. En cas de risque hémorragique, des sutures sont réalisées au niveau du site d'extraction avec mise en place d'un matériau hémostatique dans l'alvéole et application d'une compresse imbibée d'acide tranexamique. Si le patient présente un risque infectieux, une antibiothérapie est mise en place avant et/ou après l'intervention invasive. Enfin, afin de prévenir les accidents d'exposition liés au sang (AES), le chirurgien-dentiste doit utiliser du matériel de protection : blouse, gants, masque à visière.

Le plan de traitement proposé doit être adapté, simplifié (Maloney, 2011) et les séances courtes (Wang et al., 2014) : assainissement (détartrage et avulsions des dents non conservables), soins des lésions carieuses, puis réhabilitation prothétique esthétique et fonctionnelle souvent avec des prothèses amovibles. Le soin doit prendre en compte le comportement, la situation émotionnelle (toxicomanie active ou stade du sevrage) ainsi que la situation économique souvent précaire du patient (Titsas and Ferguson, 2002 ; Riemer and Holmes, 2014).

2.5. Objectifs de ce travail

Il existe souvent une addiction simultanée à des substances licites et illicites. Bien que les liens de causalité entre addictions et maladies bucco-dentaires soient connus depuis longtemps, la prise en charge des patients addicts reste insuffisante. Partant de ce constat, ce travail avait pour objectif principal de tenter une approche différente pour essayer de mieux comprendre la triple réticence des patients addicts, des équipes médicales et des chirurgiens-dentistes à l'égard des soins dentaires dans cette population de patients. Pour cela, nous avons fait une étude observationnelle auprès des patients et des soignants, sans examen bucco-dentaire et sans entretien dirigé ni formulaire à remplir. Nous sommes allés dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice, qui assure les consultations et la prise en charge des patients addicts : nous y avons observé et écouté les doléances bucco-dentaires des patients et des soignants à l'égard de leurs patients. Les objectifs secondaires de ce travail étaient de faire des propositions pour améliorer le parcours de soins dentaires des patients addicts, et si possible pour aider à prévenir les maladies bucco-dentaires dans cette population de patients.

3. POPULATION ETUDIEE ET METHODE

3.1. Population étudiée : patients addicts externes et hospitalisés

Pour réaliser ce travail, nous avons contacté le responsable du service d'Addictologie du CHU de Nice. Ce médecin psychiatre est responsable de deux unités : le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et l'unité d'Addictologie à l'hôpital l'Archet à Nice. Le CSAPA est situé 10 avenue Malausséna à Nice, hors de l'hôpital : les patients addicts suivis en externe y sont reçus en consultation. L'unité d'Addictologie ou « D1 » (UF 7730 au niveau D1, hôpital l'Archet 2 à Nice) héberge des patients qui y sont hospitalisés pour réaliser un sevrage.

La population étudiée concernait des patients souffrant d'addiction à des substances licites et illicites. Nous avons observé les deux groupes de patients : les patients externes venant en consultation au CSAPA et les patients hospitalisés à l'Archet 2 dans le but de réaliser un sevrage.

Cette étude observationnelle se décomposait ainsi :

- observer le fonctionnement du CSAPA et du D1 à l'Archet 2,
- observer le déroulement des consultations et l'évolution du patient dans le circuit de soins,
- écouter le patient sur son ressenti vis-à-vis de sa santé bucco-dentaire,
- écouter les soignants sur leur ressenti vis-à-vis de la santé bucco-dentaire des patients.

3.2. Analyse du fonctionnement du service d'Addictologie

3.2.1. Fonctionnement du CSAPA et du D1

Pour réaliser cette étude, le médecin responsable nous a autorisés à assister aux consultations qui se déroulaient au CSAPA deux jours par semaine (le lundi et le jeudi) et à passer une après-midi par semaine au D1, à l'hôpital l'Archet 2 (le mercredi).

3.2.2. Evolution du patient dans le circuit de soins

Pour connaître l'évolution du patient dans le circuit de soins, nous avons écouté les explications du médecin lors de la visite du CSAPA et du D1, ainsi que celles de l'équipe soignante. Nous avons aussi écouté les patients qui nous ont spontanément parlé de leur histoire personnelle. Notre écoute était non dirigée, avec une prise de notes sur un cahier.

3.3. Ecoute des doléances bucco-dentaires

3.3.1. Ressenti du patient vis-à-vis de sa santé bucco-dentaire

CSAPA

Nous avons assisté aux consultations des médecins généralistes, des médecins psychiatres, des infirmières et de l'assistante sociale. En revanche, les psychologues ont affirmé qu'une psychothérapie était trop intime pour être partagée. Au début de la consultation, nous étions présentés au patient comme étant étudiant chirurgien-dentiste en thèse et l'accord du patient était requis afin que nous puissions rester durant l'entretien. Aucun patient n'a refusé.

A la fin des consultations, nous invitons les patients à faire part de leur ressenti vis-à-vis de leur santé bucco-dentaire. Les patients pouvaient alors décrire leur situation et leurs antécédents bucco-dentaires ainsi que poser des questions sur leur santé bucco-dentaire. Il n'y avait pas d'entretien dirigé ni de fiche à remplir. Nous n'avons pas réalisé d'examen bucco-dentaire. Nous avons seulement pris des notes de façon anonyme, en précisant uniquement le genre et l'âge du patient quand cela était possible.

Unité d'Addictologie D1

A l'hôpital l'Archet, les patients ont été informés par l'équipe soignante de la présence d'un étudiant en chirurgie-dentaire au D1. Les patients étaient alors libres de venir discuter avec nous pour décrire leur séjour dans le service, leur ressenti, leurs antécédents bucco-dentaires et poser leurs questions. Comme pour le CSAPA, il n'y avait ni questionnaire, ni examen clinique et nous avons pris des notes de façon anonyme.

3.3.2. Ressenti des soignants vis-à-vis de l'état bucco-dentaire des patients

Au gré de nos visites, nous avons noté les doléances des soignants qui sont venus spontanément nous parler, concernant la santé bucco-dentaire des patients addicts. Comme pour les patients, il n'y avait ni entretien dirigé ni fiche à remplir, mais nous avons pris des notes en précisant le genre, et la fonction de notre interlocuteur (médecin, infirmier, aide-soignant, psychologue, secrétaire...).

3.4. Présentation des résultats

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive, sans analyse statistique des données puisque les entretiens étaient non dirigés et sans fiche standardisée de recueil des données. L'exploitation des données est faite sous forme descriptive.

Cependant, nous avons fait une comparaison statistique des données lorsque c'était possible. Comme l'effectif anticipé dans chaque échantillon étudié était faible, nous avons considéré que la répartition de la population ne suivait pas une loi normale et utilisé des tests non paramétriques. Dans ce cas, l'exploitation des données a été faite sous forme de boîte à moustaches représentant la médiane et des distances interquartiles plutôt que par le calcul de moyennes et d'écart types.

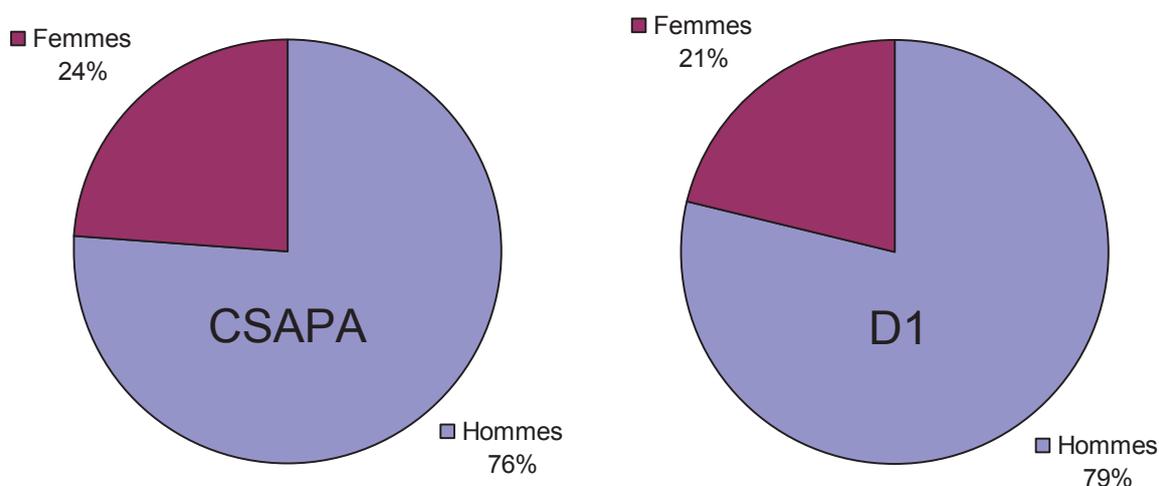
4. RESULTATS

4.1. Patients addicts externes et hospitalisés

Durant une période d'un mois étalée de juin à juillet 2016, le médecin responsable du service d'Addictologie nous a permis de réaliser un stage d'observation sur les deux sites, à raison de cinq demi-journées par semaine. Les patients accueillis dans le service d'Addictologie, externes et hospitalisés, présentaient tous les types d'addictions, qu'il s'agisse d'addiction à un produit ou à un comportement : alcool, tabac, cannabis, ecstasy, cocaïne, héroïne, médicaments, casino, écrans et jeux vidéo, sexe, nourriture...

Le groupe de patients que nous avons observés au CSAPA comportait 55 patients, 24 % (13/55) de femmes et 76 % (42/55) d'hommes. Le groupe de patients du D1 comportait 24 patients, avec 21 % (5/24) de femmes et 79 % (19/24) d'hommes (Figure 8).

Figure 8. Sexe ratio de la population dans les échantillons de patients du CSAPA et du D1 (%).

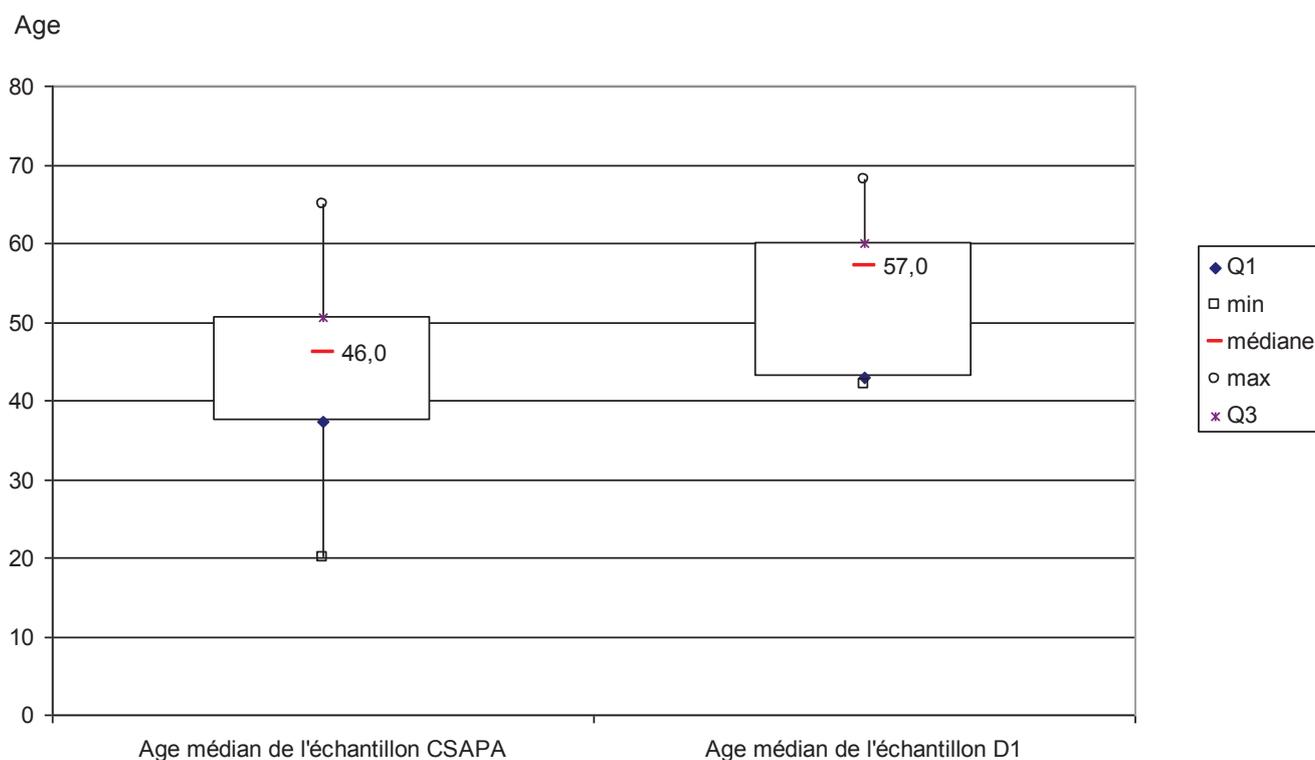


Dans les deux groupes, nous avons constaté qu'il y avait une majorité d'hommes. Selon l'INSEE, au 1^{er} janvier 2017, les femmes représentaient 51,5 % de la population française. D'après le test du Chi², nous avons pu affirmer qu'il y avait une différence statistiquement significative entre le sexe ratio au sein de la population de l'échantillon du CSAPA ($p = 0,0001$; $\text{Chi}^2 = 16,4$) par rapport à celui de la population française. C'était le cas également pour l'échantillon du D1 ($p = 0,004$; $\text{Chi}^2 = 8,1$). La proportion d'hommes au sein des échantillons étudiés était plus importante que dans la population française.

22 % (17/79) des patients nous ont dit leur âge :

- au CSAPA l'âge médian était de 46 ans (Q1 = 37 ; Q3 = 51 ; n = 12), âges extrêmes de 20 à 65 ans : 54 ans (Q1 = 52 ; Q3 = 55) pour 2 femmes et 43 ans (Q1 = 36 ; Q3 = 49) pour 10 hommes (Figure 9),
- au D1 l'âge médian était de 57 ans (Q1 = 43 ; Q3 = 60), âges extrêmes de 42 à 68 ans : 56 ans (Q1 = 49 ; Q3 = 62) pour 2 femmes et 57 ans (Q1 = 50 ; Q3 = 59 ; n = 5) pour 3 hommes (Figure 9).

Figure 9. Age médian de la population dans les échantillons de patients du CSAPA et du D1 (ans).



4.2. Fonctionnement du service d'Addictologie

Au CSAPA, des médecins généralistes et des psychiatres reçoivent des patients qui consultent en externe. Les patients qui souhaitent une cure de sevrage peuvent être hospitalisés au D1.

4.2.1. *Fonctionnement du CSAPA et du D1*

CSAPA

Le CSAPA accueille gratuitement tout patient qui le désire. Il peut être adressé par un médecin ou venir de sa propre initiative. Le rôle de ce centre est d'accueillir, d'informer, de prendre en charge médicalement et psychologiquement le patient, de réduire les risques liés aux conduites addictives, de réaliser un sevrage, d'assurer un suivi et un accompagnement, de permettre l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

Le centre est divisé en deux étages. Au premier étage « Consultation » nous trouvons des médecins généralistes, des psychiatres, des psychologues, une assistante sociale et des secrétaires. Au deuxième étage « Délivrance de la méthadone », il y a deux infirmières : une qui est spécialisée en méthadone et une autre axée sur les patients porteurs du virus de l'hépatite.

Le CSAPA est pourvu de deux interphones : un à l'entrée de l'immeuble et un autre à l'entrée du centre. Ils sont équipés de caméras et ce sont les secrétaires qui permettent aux patients d'entrer. Aujourd'hui, elles ne regardent plus les caméras avant d'ouvrir les portes. Auparavant, la patientèle était beaucoup plus difficile et violente que maintenant. Les toxicomanes étaient principalement dépendants à l'héroïne alors qu'aujourd'hui la majorité est alcoolique.

Au CSAPA, l'ambiance est conviviale et moins stricte que dans un centre de soins classique. Les soignant ne portent pas de blouse blanche afin d'abolir le modèle patriarcal de la relation médecins - malades. Les soignants se doivent d'être plus flexibles avec cette patientèle particulière : « Si nous voulions des patients ponctuels qui viennent à tous leur

rendez-vous, il n'y aurait plus de patients ». Nombreux sont les patients qui viennent dans ce centre depuis des années : ils connaissent bien le personnel médical et se sentent à l'aise.

Nous avons assisté aux consultations médicales : le patient y décrit son état de santé mais aussi sa vie sentimentale, familiale, professionnelle. La consultation se termine généralement par le renouvellement de l'ordonnance du patient. Pour notre étude, c'est à ce moment que le médecin orientait la conversation sur les dents du patient, si le moment semblait approprié et le patient disposé à en parler.

Unité d'Addictologie D1

L'unité d'Addictologie D1 de l'hôpital l'Archet 2 est un service de 15 lits qui accueille les patients addicts afin de réaliser une cure de sevrage. Un des psychiatres du D1, qui travaille aussi au CSAPA, nous a fait visiter l'unité. Il s'agit d'une unité fermée : le patient ne peut pas en sortir librement.

La patientèle accueillie concerne des patients majeurs, la moyenne d'âge varie de 30 à 50 ans et la majorité des patients sont des hommes. Le personnel médical est composé de trois médecins psychiatres, une interne en médecine qui change de stage tous les six mois, une psychologue, six à neuf infirmiers, six aides-soignants (AS) et/ou agents des services hospitaliers (ASH), une secrétaire, une assistante sociale et une animatrice. Les transmissions entre les équipes de nuit, du matin et de l'après-midi se font pendant environ une heure à 7 h, 9 h, 14 h et 20 h. Cela permet de mettre à jour les connaissances sur les patients, de rapporter les événements marquants et ainsi d'adapter la prise en charge des patients grâce à une approche pluridisciplinaire.

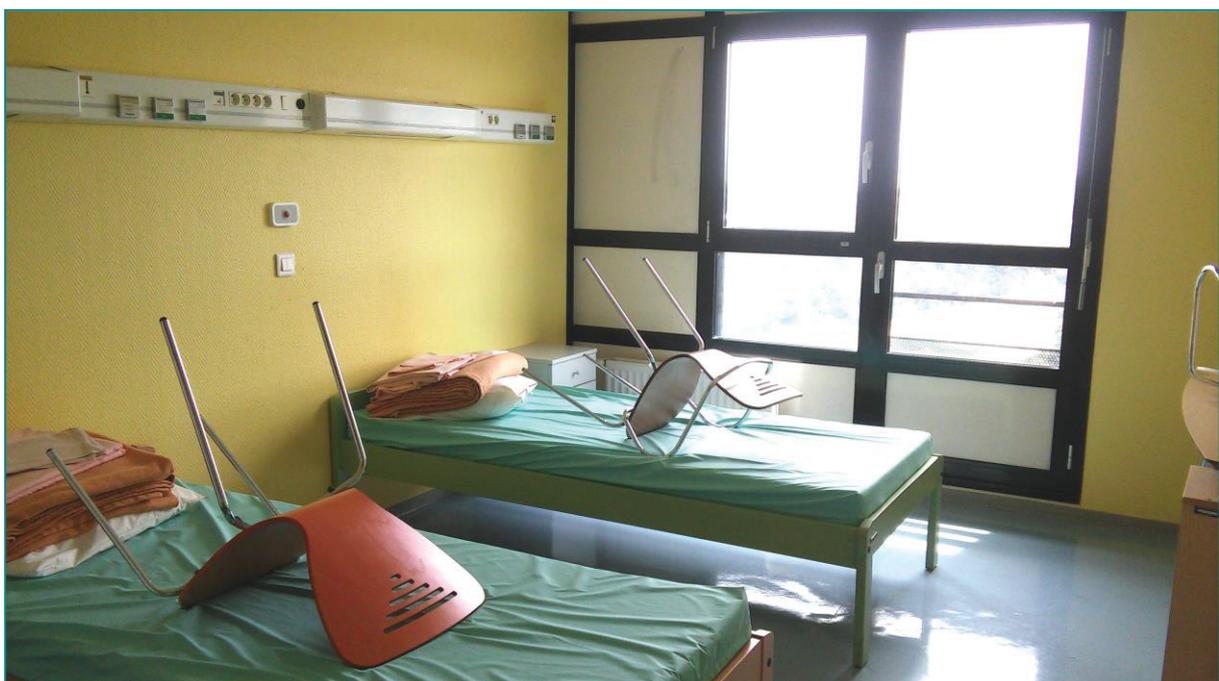
De même qu'au CSAPA, le personnel médical est sympathique mais reste ferme. De nombreuses règles régissent le service. A son arrivée, le patient est fouillé et ses affaires triées. Par exemple, les médicaments sont conservés par les soignants, de même que certains effets personnels tels que les vernis, les parfums. Les visites sont interdites et l'utilisation du téléphone est restreinte à certains jours de la semaine. Les patients sont responsables du ménage de leur chambre car ils sont autonomes. Cela peut engendrer des problèmes car les notions d'hygiène ne sont pas les mêmes pour tout le monde. Les patients suivent un emploi du temps : lever à 7 h, prise des médicaments à 7 h30, petit déjeuner, temps de repos,

consultations, déjeuner, réunion de groupe ou intervention de l'animatrice, dîner, télévision de 20 h à minuit.

La pièce principale est un grand « salon » avec de nombreux fauteuils où se déroulent les réunions et les ateliers de groupe. La pièce possède une grande baie vitrée, ce qui la rend lumineuse et chaleureuse. Une fois par semaine a lieu la réunion soignants-soignés dans le salon. Les fauteuils sont disposés en cercle, les patients d'un côté, le personnel médical de l'autre. Chaque patient se présente et explique son problème. La prise de parole est plus ou moins facile en fonction des patients. Certains sont très bavards alors que d'autres sont prostrés ou mutiques. Les psychiatres et psychologues prennent également la parole pour échanger, répondre à certaines interrogations et pousser les patients à engendrer de nouvelles réflexions. Malgré l'échange qui se crée, une barrière demeure et certains patients confient qu'ils se sentent incompris et préfèrent parler entre eux de leur problème commun.

Les chambres sont simples ou doubles, avec une salle de bain (Figure 10). Les fenêtres sont fermées à clé, et un système d'aération se met en route quand le patient quitte sa chambre. La fermeture des fenêtres permet d'éviter la fraude : les patients ne peuvent pas faire rentrer de produits dans le service et ne peuvent pas sortir sans permission. Les miroirs sont également sécurisés et incassables.

Figure 10. Chambre du service d'Addictologie.



Les repas ont lieu dans la salle à manger. Des biscuits, des compotes, des fruits de saison et du thé sont disponibles pour une collation. Le service possède également une « terrasse ». Il s'agit en réalité d'un minuscule balcon grillagé qui sert de fumoir.

Le service regroupe de nombreuses activités ludiques et centrées sur le bien être : balnéothérapie, ping-pong, salle de sport, yoga, relaxation, musique, télévision, bibliothèque, arthérapie... Les loisirs sont essentiels au sein du service car ils permettent de divertir les patients et de les détourner de leur addiction. Le service est décoré et coloré par les dessins et peintures des patients qui se succèdent (Figure 11). L'animatrice organise des ateliers créatifs très appréciés des patients : poterie, dessin, ergothérapie, groupes de paroles à thèmes. Elle les encourage également à préparer leur sortie en se rapprochant d'associations proposant des loisirs et des activités professionnelles. Par exemple, le site « On va sortir ! » permet de faire des rencontres amicales au travers de sorties organisées par les membres de l'association. Malgré toutes les activités proposées, il demeure beaucoup de temps morts durant la journée. Les patients sont souvent atteints de dépression et s'ennuient ce qui contribue à la consommation de tabac et à la fréquentation du fumoir.

Figure 11. Les patients pratiquent de nombreuses activités artistiques et décorent le service.



4.2.2. *Evolution du patient dans le circuit de soins*

Chaque membre de l'équipe de soin a un rôle essentiel dans la prise en charge de la patientèle. Ainsi, en accompagnant tour à tour chaque professionnel de santé au cours du stage, nous avons pu découvrir et comprendre les bases de l'addiction et de la prise en charge des patients dépendants.

4.2.2.1. *Les mécanismes de l'addiction*

Le patient souffrant d'addiction y est prédisposé car il a une personnalité addictive. Il sera sujet aux addictions en toutes circonstances au cours de sa vie. Le choix d'un produit plutôt qu'un autre est spécifique du goût de chacun. Il existe un équilibre entre l'abstinence et l'addiction qui repose sur une consommation raisonnée. Cet équilibre est fragile et va dépendre de l'environnement de vie du patient. Lorsque le patient bascule dans la dépendance, le produit se place au centre de sa vie et devient une obsession. La dépendance à un produit ou à un comportement est déclenchée par un phénomène dépressif lié à un traumatisme. Un événement traumatisant provoquant un abandon, une perte, un décès peut mener à l'addiction car la relation aux objets ou aux produits est sécurisante pour le patient. En effet, nous constatons que le début de la consommation ou la rechute coïncide avec un événement marquant : problèmes familiaux intergénérationnels, échec scolaire, perte d'un emploi, divorce... L'addiction est une forme de fuite et permet d'échapper à ces problèmes. De même, lors de la réalisation de schémas généalogiques, il y a une mise en évidence des liens entre les addictions et les événements familiaux. Une dépendance ne se fait pas par hasard. Par exemple, un couple de parents alcooliques va influencer le comportement de ses enfants. Chaque addiction a une symbolique et des spécificités qui lui sont propres. Par exemple, l'addiction au sexe symbolise une transgression. Le patient cherche la satisfaction en multipliant l'acte mais sans jamais être satisfait. Un traumatisme lié à un abus sexuel peut avoir différentes conséquences. Le patient n'aura pas d'enfant de peur de reproduire le même schéma ou alors il mettra l'enfant à distance car il a peur des pulsions qu'il pourrait ressentir. Le patient consomme le produit car il a été lui-même consommé. Il répète le scénario qu'il a subi.

4.2.2.2. *Les méthodes de prise en charge*

Le CSAPA est un centre d'accompagnement de prévention. La prise en charge des patients est globale et va concerner les addictions mais aussi les pathologies autres du patient. La prise en charge de la toxicomanie est délicate et malheureusement, il est impossible de réussir à sevrer tous les patients. Le but du CSAPA n'est pas forcément de guérir mais, avant tout, d'accompagner le patient, de le suivre et de réduire les risques associés à ses comportements nocifs. Les centres d'addictologie ont un rôle à caractère social et de santé publique axés sur la prévention. Par exemple, des sérologies sont faites systématiquement afin de dépister une éventuelle infection par le VIH, le VHB ou le VHC et des préservatifs sont également disponibles à l'accueil.

La prise en charge de ces patients est pluridisciplinaire : médecine générale et psychiatrique, psychothérapie et prise en charge des problèmes économiques et sociaux. Les patients peuvent être à la fois suivis par un psychiatre ou un psychologue et un médecin généraliste. Parfois, le médecin généraliste suffit et peut gérer la pathologie psychiatrique. Le but de la psychothérapie est de remonter à l'origine du traumatisme afin de le comprendre et de pouvoir soigner l'addiction. Pour certaines addictions, et notamment pour les opiacés et l'alcool, les patients ont besoin d'un traitement médical spécifique. Le médicament permet de supprimer les symptômes du manque qui surviennent lors de la privation de drogue, et qui sont en grande partie à l'origine de la dépendance. Certains patients auront besoin d'être hospitalisés pour réaliser une cure de sevrage. Elle permet une rupture avec le produit ainsi qu'avec l'environnement habituel du patient. La cure dure généralement deux semaines en hospitalisation complète et le patient ne peut pas quitter l'unité. Elle peut être prolongée à la demande du patient mais l'intérêt d'une troisième semaine de cure n'est pas démontré. Si le patient demande à sortir avant la fin de la cure, le contrat de soins est rompu et la cure de sevrage est interrompue, non terminée. L'hospitalisation est souvent suivie d'une post-cure dans une clinique axée sur les soins de suite et de réadaptation (SSR). Elle permet de réaliser une transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile.

4.2.2.3. Les traitements médicamenteux

L'utilisation d'un traitement médicamenteux va dépendre du type de substances consommées et si elles induisent une dépendance physique ou non. Par exemple, cela va être le cas pour le tabac, l'alcool, les opiacés et donc l'héroïne. En revanche, certaines drogues comme la cocaïne provoquent une dépendance psychologique. Son sevrage ne nécessite donc pas de molécule de substitution.

Pour le sevrage de l'alcool, le choix de la prescription d'un traitement de substitution dépend du degré d'alcoolisme du patient. Il existe plusieurs médicaments sur le marché : acamprosate calcique (Aotal®), baclofène (Lioréal®) dont l'indication est toujours hors AMM puisque ce médicament est actuellement indiqué comme myorelaxant et le nalméfène (Selincro®). L'acamprosate calcique (acétylhomotaurinate de calcium) a une structure similaire à celle des acides aminés neuromédiateurs tels que la taurine ou l'acide gamma-amino-butyrique (GABA). Le baclofène est un analogue structural de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA). Le nalméfène est un modulateur du système opioïde avec un profil d'activité différente sur les récepteurs μ , δ et κ . Le nalméfène supprime l'effet de *craving* (envie irrépressible de consommer la substance), il ne dégoûte pas de l'alcool et permet une consommation raisonnée de deux verres par jour. Il y a peu de rechutes avec ce type de traitement. Les effets secondaires peuvent être multiples, inappétence, nausées, vomissements, insomnie, et se dissipent au bout de 4 ou 5 jours (Vidal. Dictionnaire Vidal des médicaments. Vidal Ed. Paris 2017).

Il existe deux molécules utilisées dans le sevrage de l'héroïne : la méthadone et la buprénorphine (Subutex®). Ce sont des substances proches de la morphine. La méthadone est un traitement de choix car les métabolites formés diffèrent de ceux des autres substances opiacées. La prise est unique et il n'y a pas de phénomène de «défonce». Les effets secondaires sont les bouffées de chaleurs, les troubles de la libido (impuissance, orgasmes étranges), la prise de poids et la constipation (Vidal. Dictionnaire Vidal des médicaments. Vidal Ed. Paris 2017).

L'initiation du sevrage de l'héroïne est réalisée avec de la méthadone sous forme de sirop. Le patient est vu tous les jours pendant le premier mois afin d'ajuster le traitement. Si le patient somnole, le dosage est trop fort, si le patient souffre de malaises, le dosage est

insuffisant. Des tests urinaires sont faits pour vérifier que le patient ne continue pas à prendre de l'héroïne en plus du traitement médicamenteux. En effet, la méthadone est un agoniste pur des récepteurs ciblés par l'héroïne, le patient risque donc une overdose s'il prend de l'héroïne associée à la méthadone. C'est pour cela que son introduction est faite de manière progressive et surveillée en secteur hospitalier. La buprénorphine est un agoniste partiel, elle va déplacer l'héroïne des récepteurs. Ainsi le patient ne risque pas d'overdose, mais seulement des malaises en cas de prise d'héroïne. La buprénorphine est disponible sous forme de comprimé sublingual mais n'est pas prescrite en début de sevrage car elle est souvent détournée par les patients injecteurs. La méthadone est adaptée car elle permet de supprimer l'effet de *craving*, ôte le geste et diminue le manque psychique. Elle est prescrite pendant environ un an sous forme de sirop. Selon l'infirmière spécialisée en méthadone, cette galénique donne un sens au traitement car la forme sous gélule est trop banalisée.

La prescription de stupéfiants se fait sur ordonnance sécurisée, elle est manuscrite et rédigée en toutes lettres. Les patients sont adressés à des pharmacies particulières qui ont été prévenues au préalable de la rédaction des ordonnances des stupéfiants. L'ordonnance pour la méthadone en sirop est renouvelée tous les 14 jours. Celle sous forme de gélules est renouvelable tous les 28 jours. La buprénorphine est renouvelée tous les 28 jours. Il est important de rappeler que la prise de méthadone ne suffit pas à la réussite du sevrage. Le patient doit faire un gros travail sur lui-même. Il doit admettre que ce n'est pas la drogue le problème, mais que c'est lui qui a un problème. La prise de substitut aux opiacés ne se contente pas de déplacer l'addiction d'un produit à un autre. Il ne s'agit pas de remplacer l'héroïne par une autre drogue. La méthadone est un médicament à visée thérapeutique prescrite dans un cadre médicalisé. La prescription d'un substitut complète une prise en charge médicale, sociale et psychologique, indispensable pour limiter le risque de rechute. Une fois le traitement établi, la gestion du dosage de méthadone se fait au cas par cas. Diminuer le dosage n'est pas une obligation, mais cela peut être suggéré au patient lorsqu'il se sent prêt. En cas de sevrage à la méthadone, le patient doit être suivi et accompagné car il y a un risque de décompensation nécessitant une hospitalisation en psychiatrie.

4.2.2.4. *Le rôle de l'assistante sociale*

Son rôle est crucial au sein de la structure. Quasiment tous les patients sont concernés par des problèmes sociaux : difficultés financières, couverture maladie, recherche d'emploi et de logement, problèmes judiciaires... Il est extrêmement difficile de construire un cadre de vie stable chez un patient qui n'a aucun socle et qui vit dans un milieu défavorisé. L'assistante sociale est là pour donner des clés et des pistes pour s'orienter vers des organismes adaptés pour se nourrir, se loger, trouver un emploi ou une formation, accéder aux aides sanitaires et financières auxquelles ils ont droit. Malheureusement, comme pour le soin, ces patients ont une faible motivation et il faut redoubler d'efforts pour les porter et les accompagner dans leurs démarches. Les patients ayant des problèmes sociaux sont plus fragiles face à l'addiction. Par exemple, un patient qui n'a pas d'emploi peut sombrer dans la consommation par ennui et ne peut donc pas trouver un emploi pour se sortir de cette situation. L'assistante sociale précise qu'elle n'est « que » assistante sociale et non pas magicienne. Le dessin de Don Quichotte de la Manche accroché sur le mur à côté de son bureau illustre parfaitement son combat (Figure 12).

Figure 12. Illustration de Don Quichotte de la Manche présente dans le bureau de l'assistante sociale du CSAPA.



Il existe de nombreuses aides qui peuvent être attribuées aux patients souffrant d'addiction. Premièrement, l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) est une aide financière qui permet d'assurer un revenu minimum. Elle représente environ entre 250 et 800 euros par mois. Par exemple, un patient alcoolique non sevré ne peut pas travailler et peut bénéficier d'une AAH. L'évaluation de l'incapacité se fait par le médecin, et les étapes administratives sont réalisées par l'assistante sociale. Cette dernière n'est pas toujours du même avis que le médecin, et pensent que beaucoup de patients se laissent aller et choisissent la solution de facilité. Deuxièmement, la pension d'invalidité a pour objet de compenser la perte de salaire qui résulte de la réduction de la capacité de travail. Elle s'élève environ de 280 à 2700 euros par mois. Ensuite, le Revenu de Solidarité Active (RSA) assure aux personnes sans ressources un niveau minimum de revenu variable selon la composition du foyer. Il représente environ 200 à 1100 euros par mois. Pour ce qui est de l'accès aux soins, la CMU Complémentaire (CMU-C) est une couverture maladie complémentaire gratuite destinée aux personnes aux faibles ressources, et résidant en France de façon stable et régulière. L'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) est réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C. Elle donne droit, durant un an, à une aide financière pour payer un contrat de complémentaire santé. Tout assuré social, et ses ayants droits, dont les revenus sont modestes peut bénéficier d'une aide financière ponctuelle, en complément des prestations habituellement versées. Enfin, l'Aide Médicale de l'État (AME) est destinée à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

L'assistante sociale déplore les abus aux dépens du système social français. Certains patients pensent que tout leur est dû et ne sont pas reconnaissants des aides qui leur sont apportées. Par exemple, une patiente souhaitait bénéficier d'un bon de transport pour venir au CSAPA en ambulance car il était difficile de garer son 4x4 en ville. Autre exemple, un patient bénéficie d'aides sociales car il est reconnu comme Sans Domicile Fixe alors qu'en réalité, il habite chez sa mère.

4.3. Doléances bucco-dentaires

4.3.1. *Ressenti du patient vis-à-vis de sa santé bucco-dentaire*

Etant donné l'absence de questionnaire directif, les informations collectées étaient aléatoires et disparates. Cependant de grands axes communs entre les patients se sont dessinés et ont permis un tri des données collectées. Nous avons ainsi organisé nos résultats sous forme de deux tableaux qui résument les témoignages des patients étudiés (Annexes 2 et 3). Les données ont été organisées par thèmes : addiction, état de santé général, environnement relationnel, activités professionnelles et loisirs, anamnèse dentaire décrite par le patient, doléances bucco-dentaires et ressenti du patient vis-à-vis des soins bucco-dentaires.

Au CSAPA comme au D1, les patients observés avaient presque tous des problèmes bucco-dentaires et se répartissaient en trois catégories :

- les patients actuellement suivis dans un cabinet en ville ou à l'hôpital,
- les patients totalement édentés et portant de prothèses totales bimaxillaires,
- les patients sans suivi.

Le soulagement de la douleur était le premier motif de consultation. Les patients avaient peur de la douleur dentaire car elle difficile à soulager. Ils avaient peur « que les dents se réveillent ». Les besoins et attentes des patients variaient en fonction de leur anamnèse :

- Les patients suivis avaient une demande esthétique et hygiénique. Elle est liée à une valorisation de soi en prenant soin de sa personne et s'intègre dans un processus de reconstruction narcissique. Un détartrage associé à un polissage peut répondre à la demande du patient.
- Les patients complètement édentés étaient satisfaits de leur prothèse et avaient peu de doléances.
- Les patients sans suivi l'étaient pour de multiples raisons : manque de motivation, d'information, de moyens financiers, phobie du dentiste.

Au D1, la plupart des patients étaient intéressés par leur état bucco-dentaire et semblaient contents de voir un chirurgien-dentiste dans l'unité. Pourtant, les doléances bucco-

dentaires des patients n'étaient pas exprimées spontanément. Le patient ne prenait pas l'initiative de demander au personnel soignant du service s'il pouvait voir un chirurgien-dentiste car il n'en avait pas envie ou ne savait pas qu'il pouvait y avoir accès. Le patient ne se manifestait auprès du personnel uniquement en cas de douleurs. En revanche, lorsque le chirurgien-dentiste était présent au sein du service d'Addictologie, les patients étaient informés de sa venue et manifestaient alors leur intérêt pour leur santé bucco-dentaire. Trois patients avaient spontanément demandé une consultation dentaire au cours des quatre semaines de l'étude : un patient qui avait des douleurs dentaires et deux patients suite à la présentation orale faite dans le service.

4.3.2. *Ressenti des soignants vis-à-vis de l'état bucco-dentaire des patients*

Au CSAPA comme au D1, nous avons pu discuter avec l'ensemble du personnel soignant. Les médecins et psychiatres ont été à la fois surpris et ravis qu'un étudiant en chirurgie dentaire s'intéresse à leurs patients. En effet, les toxicomanes ont tendance à être laissés à l'écart et leur prise en charge bucco-dentaire est insuffisante. Le personnel soignant était donc très intéressé pour établir un « partenariat » avec des chirurgiens-dentistes afin d'optimiser la prise en charge de leur patientèle.

Au CSAPA comme au D1, les médecins et les psychiatres ne sont pas formés pour dépister des pathologies bucco-dentaires et lorsque les patients sont adressés, il est souvent trop tard pour adopter une thérapeutique conservatrice. De même, ces derniers ne sont pas aptes à diagnostiquer et à soigner une urgence dentaire. La patientèle a déjà de multiples problèmes de santé et il est difficile de différencier une réelle douleur dentaire d'une plainte d'un patient ayant des troubles psychiatriques.

Le personnel de santé est conscient qu'il ne faut donc pas exclure les soins dentaires de la thérapeutique globale du patient. En effet, « les dents représentent un excellent baromètre de l'état de santé général » a témoigné un des médecins psychiatres du centre. Cependant, le circuit de soins n'était pas du tout optimisé pour faire transiter le patient entre le service d'Addictologie et le service Dentaire de l'hôpital l'Archet 2 à l'hôpital l'Archet 1 (Annexe 11). En effet, lorsqu'un patient présentait des douleurs d'origine dentaire, il était pris en

charge au service Dentaire de l'hôpital St Roch ou de l'Archet I. En ce qui concerne l'Archet I, le personnel soignant du service d'Addictologie a souligné le fait que le service Dentaire était quasiment injoignable par téléphone et qu'il était difficile d'obtenir un rendez-vous dans de courts délais. De plus, il était demandé au préalable de réaliser une radiographie panoramique à l'hôpital Pasteur. Les démarches étaient trop longues et le patient n'était pas soulagé. En cas d'urgence, le patient était donc emmené aux urgences dentaires de l'hôpital St Roch. Cela représentait la mobilisation de personnels soignants et d'une ambulance. A St Roch, l'urgence était prise en charge mais cela s'arrêtait là. Une prise en charge globale au service Dentaire de l'hôpital St Roch nécessite plusieurs mois d'attente alors que les besoins bucco-dentaires de ces patients ne peuvent attendre. L'accès aux soins dentaires est un parcours long et tortueux qui décourage à la fois les soignants et les patients, les menant souvent à l'abandon.

4.4. Actions entreprises pour améliorer la santé bucco-dentaire des patients suivis dans le service d'Addictologie

4.4.1. Information collective sur les soins dentaires et les possibilités de prise en charge

L'équipe du D1 nous a proposé d'organiser une présentation orale avec un diaporama pour sensibiliser les patients sur les conséquences des drogues sur la santé bucco-dentaire, ainsi que sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire et alimentaire.

Cette présentation a eu lieu un mercredi après-midi au D1, lors de la réunion soignants/soignés. Nous y avons présenté le diaporama destiné aux étudiants de la Faculté de Nice lors du cours sur la prise en charge des personnes âgées, mais remanié afin de s'adresser aux patients du D1. Le but de la présentation était de montrer que l'addiction entraîne un vieillissement accéléré de la bouche et que chaque produit a des conséquences particulières. Par exemple, le tabac laisse des dépôts noirs sur les dents et provoque mauvaise haleine, parodontite, alvéolite, et cancers des voies aérodigestives supérieures. L'alcool est source de fracture dentaire, de parodontite et de cancers. L'héroïne engendre des caries du collet à

progression rapide. En résumé, la drogue est synonyme de destruction de l'écosystème buccal, d'un mauvais goût dans la bouche, de maladies, de dénutrition et de désocialisation. La bouche est sèche, la salive ne remplit pas son rôle de chasse d'eau et la bouche est sale. Au niveau de l'hygiène alimentaire, la consommation de compléments nutritionnels liquides représente un milieu de culture idéal pour les bactéries. Un complément alimentaire hyperprotéiné, sous forme de galettes solides, peut être proposé en alternative pour les patients dénutris qui n'aiment pas les compléments nutritionnels liquides (moins de diarrhées, moins d'escarres) (Pouyssegur et al., 2015).

La présentation était détaillée. Par exemple, elle décrivait la flore orale commensale et les microorganismes pathogènes retrouvés dans une bouche atteinte d'une infection fongique ou d'une parodontopathie. Elle était illustrée de photographies cliniques montrant des bouches dévastées chez des toxicomanes injecteurs et des personnes âgées dépendantes.

Presque tous les patients hospitalisés au D1 ont assisté à cette présentation. La présentation terminée, certains patients ont posé leurs questions :

- « Pourquoi a-t-on la bouche sèche ? »
- « Comment fait-on un blanchiment ? »
- « Combien faut-il faire de détartrages par an ? »
- « Comment peut-on avoir un bridge ou des implants ? »
- « Les bains de bouche : pourquoi ? quand ? combien de fois par jour ? ».

Les aides-soignantes ont elles aussi posé des questions :

- « Les galettes hyper protéinées sont-elles halal ? casher ? Peuvent-elles être prescrites à un patient diabétique ? »
- « Pourquoi ne pas remplacer les biscottes (= gras + sucre) par des galettes hyperprotéinées ? ».

A l'issue de la présentation, trois patients ont souhaité bénéficier d'une première consultation dentaire réalisée au D1. Cette consultation « au lit du patient » était un préalable à d'éventuels soins dentaires à la consultation dentaire de l'hôpital l'Archet, pendant les 15 jours d'hospitalisation.

4.4.2. Information individuelle sur les soins dentaires et les possibilités de prise en charge

Les trois premières consultations demandées au D1 ont eu lieu le lundi suivant, dans la salle d'examen du D1. Comme les entrées au D1 ont lieu le lundi matin, nous avons suggéré aux médecins de proposer une consultation dentaire à tous les nouveaux entrants.

Le personnel soignant informait les patients hospitalisés qu'une fois par semaine, un chirurgien-dentiste était présent dans le service et pouvait les examiner. La première consultation dentaire n'était pas une obligation et seuls les patients volontaires étaient concernés. La consultation était guidée par un questionnaire interactif axé sur la douleur, la sécheresse buccale, l'édentation et le besoin de réhabilitation prothétique (Annexe 4). Il n'y avait pas de questionnaire médical comme lors d'une consultation classique car toutes les informations concernant les pathologies et les traitements médicaux étaient transmises par le service d'Addictologie. Les patients avaient ensuite un examen extra oral et intra oral. La formule dentaire et l'état bucco-dentaire étaient détaillés. Le diagnostic établi était présomptif étant donné l'absence de tests complémentaires et de radiographies. Néanmoins, les possibilités de prise en charge avec un plan de traitement sommaire étaient élaborées et les soins nécessaires étaient expliqués au patient. S'il avait déjà un chirurgien-dentiste traitant et qu'il souhaitait continuer les soins avec lui, il lui était conseillé de reprendre rapidement un rendez-vous à la fin de la cure de sevrage. Si le patient souhaitait débiter les soins dentaires pendant son hospitalisation, un rendez-vous lui était proposé à la consultation dentaire de l'hôpital l'Archet 1 (UF 7647).

Les patients qui souhaitaient bénéficier de soins dentaires à l'hôpital obtenaient ensuite très rapidement un rendez-vous au cabinet dentaire de l'Archet 1, le mardi ou le mercredi suivant. L'objectif était de pouvoir avancer rapidement sur le plan de traitement, pendant la cure de sevrage. Il était aussi proposé aux patients de continuer les soins après la cure de sevrage, en externe, soit chez un chirurgien-dentiste en ville, soit au cabinet dentaire de l'Archet 1.

Ce nouveau parcours pour les soins dentaires a débuté le lundi 3 octobre 2016, il est toujours en place en mai 2017 et s'étend maintenant sur une période de sept mois. Les patients sont vus en première consultation une fois par semaine, le lundi de 13 h à 14 h.

Nous avons réalisé une étude qui s'étalait sur cinq mois : d'octobre 2016 à février 2017. La population étudiée était issue des patients hospitalisés dans le service d'Addictologie de l'Archet au moment de l'étude. L'échantillon concernait les patients volontaires qui ont souhaité bénéficier d'une première consultation préalable aux soins dentaires durant leur hospitalisation. Le service possède 15 lits, les patients sont hospitalisés deux semaines. Le D1 a donc reçu en cure de sevrage un effectif théorique d'environ 150 patients durant la période de notre étude. Parmi ces 150 patients, 35 ont souhaité bénéficier d'une première consultation dentaire.

Les informations collectées dans le questionnaire lors de la première consultation ont été réparties dans quatre catégories : « Présentation du patient et addiction », « Examen bucco-dentaire », « Examen Nutritionnel » et « Réhabilitation bucco-dentaire ». Pour chaque catégorie, les données ont été répertoriées dans un tableau. Le premier tableau « Présentation du patient et addiction » (Annexe 5) renseigne l'âge, le sexe et le type de produits consommés par le patient. Le second, « Examen bucco-dentaire » (Annexes 6 et 7) décrit le ressenti du patient (douleur, sécheresse buccale, problème d'édentation pour manger) et son état de santé bucco-dentaire (formule dentaire, coefficient masticatoire, état dentaire, maladie parodontale, prothèses). Le troisième tableau « Examen Nutritionnel » (Annexe 8) répertorie le poids, la taille, l'indice de masse corporelle du patient et une évaluation subjective de son appétit. Enfin, le dernier tableau « Réhabilitation bucco-dentaire » (Annexes 9 et 10), expose le plan de traitement et le suivi du patient (nombre de dents à extraire, nécessité de réaliser des prothèses amovibles, nombre de rendez-vous au fauteuil suite à la première consultation).

4.4.2.1. *Présentation du patient et addiction (Annexe 5)*

De même que dans l'étude primaire, l'échantillon était composé d'une majorité d'hommes : 80 % (28/35) contre 20 % (7/35) de femmes (Figure 13). D'après le test du Chi², nous avons pu affirmer qu'il y avait une différence statistiquement significative entre le sexe ratio au sein de la population de l'échantillon par rapport à celui de la population française (p

= 0,0002 ; $\chi^2 = 13,8$). Comme pour les échantillons de l'étude primaire, le pourcentage d'hommes était plus important au sein de la population étudiée que dans la population française prise pour référence. L'âge médian de la population était de 49 ans (Q1 = 40 ; Q3 = 54 ; n = 35). L'âge minimum était de 27 ans et l'âge maximum de 65 ans. La répartition de la population autour de la médiane était homogène (Figure 14).

Figure 13. Sexe ratio de l'échantillon de patients ayant bénéficié d'une première consultation dans le cadre de l'étude observationnelle pilote sur 35 patients addicts (%).

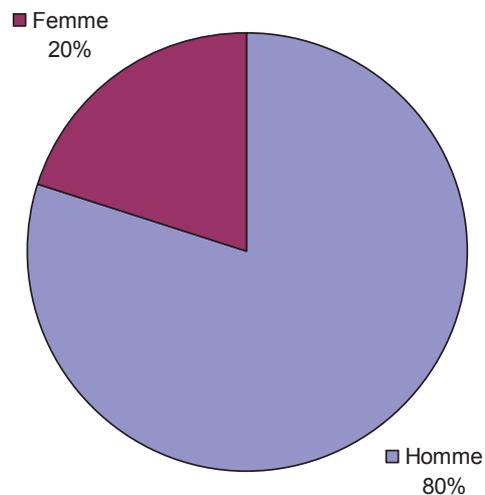
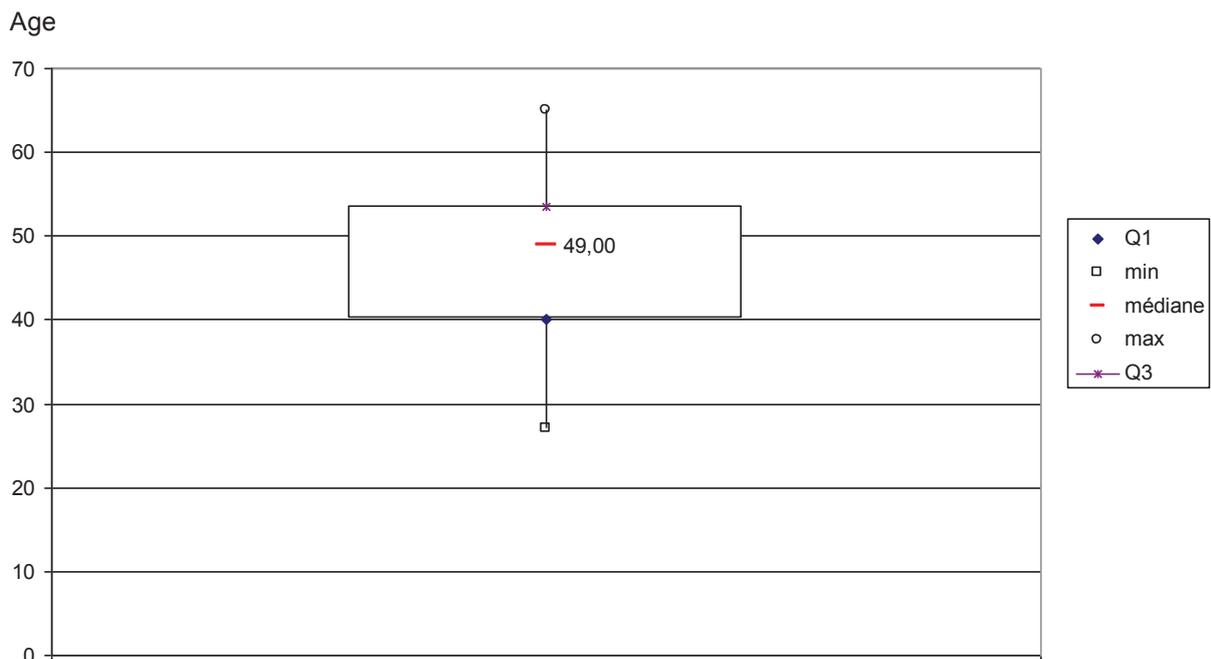


Figure 14. Age médian de l'échantillon étudié (ans).



Les produits les plus consommés étaient des drogues légales avec en tête l'alcool, consommé par 85 % (29/34) de la patientèle et le tabac sous forme de cigarettes pour 79 % (27/34) des patients (Figure 15). Venaient ensuite la cocaïne/le crack et l'héroïne qui concernaient chacune 12 % (4/34) des patients. Leur consommation était largement moins répandue que celle des drogues légales. A propos de la consommation d'héroïne, 100 % (4/4) des patients consommateurs ne l'étaient plus, il s'agissait d'antécédent de consommation. En revanche, ces patients étaient toujours sujets à une addiction, 50 % d'entre eux venaient pour un sevrage alcool, l'autre moitié pour un sevrage méthadone. L'addiction à la nourriture était la dernière du classement avec seulement 1 patient addict sur 34 (2,9 %). 71 % (14/34) de la population avait une addiction à plusieurs produits en même temps (Figure 16). 56 % (19/34) de la patientèle était concernée par l'association tabac + alcool.

Figure 15. Répartition de la consommation des produits dans l'échantillon étudié.

Nombre de patients

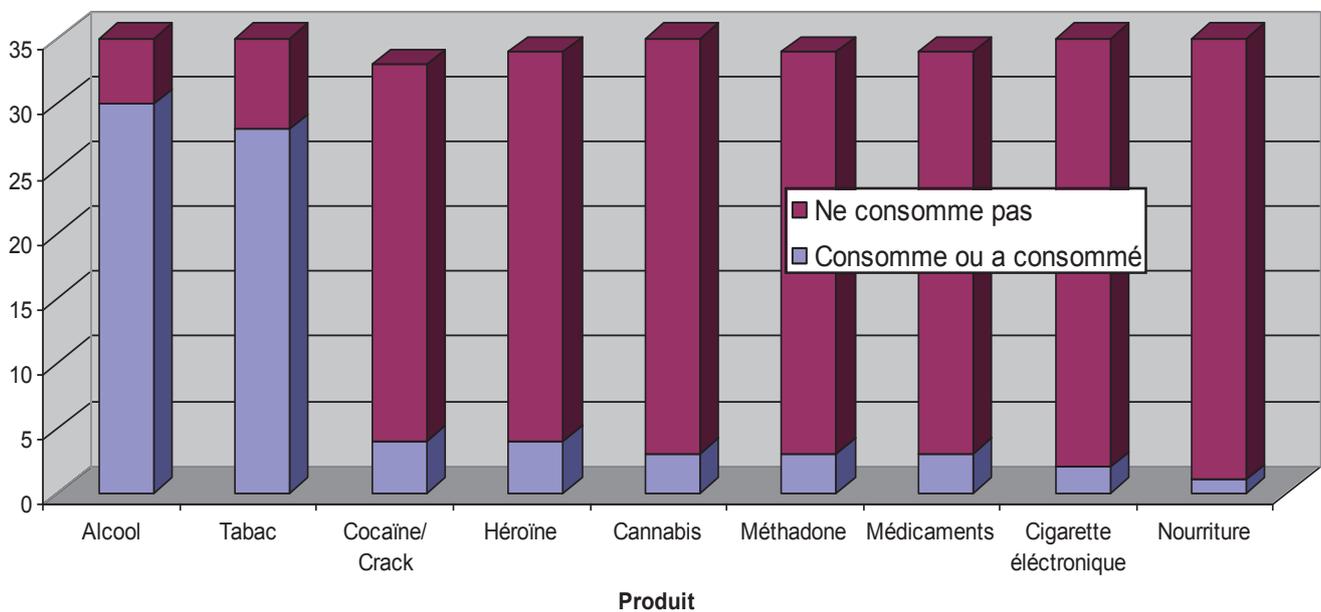
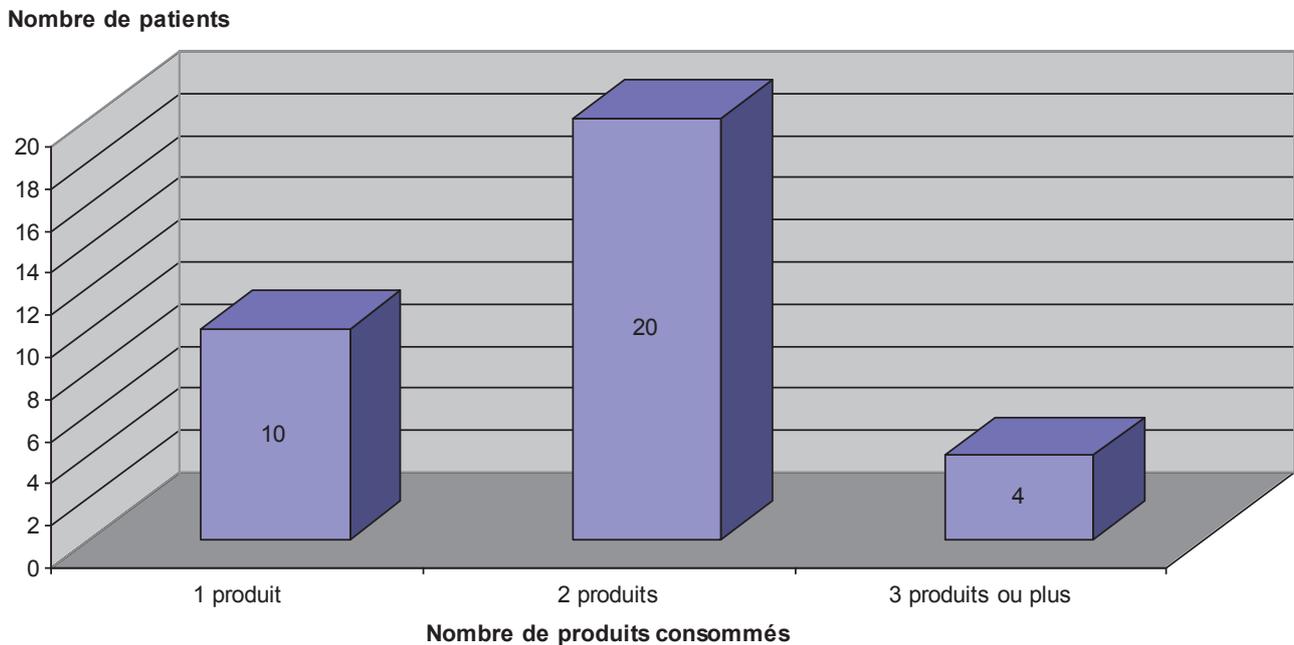


Figure 16. Nombre de produits consommés simultanément par les patients de l'échantillon étudié.



4.4.2.2. Examen bucco-dentaire (Annexes 6 et 7)

En ce qui concerne le ressenti des patients vis-à-vis de leur santé bucco-dentaire, 40 % (14/35) des patients souffraient de douleurs dentaires, 35 % (12/35) de sécheresse buccale (Figure 17) et 57 % (20/35) ont témoigné que leur édentation entraînait des problèmes pour manger correctement (Figure 18). Un quart des patients (3/12) concernés par la sécheresse buccale affirmaient de manière spontanée que leur bouche sèche était due aux médicaments qu'ils prenaient quotidiennement.

Figure 17. Proportions des patients souffrant de douleurs d'origine bucco-dentaire et de sécheresse buccale dans l'échantillon étudié (%).

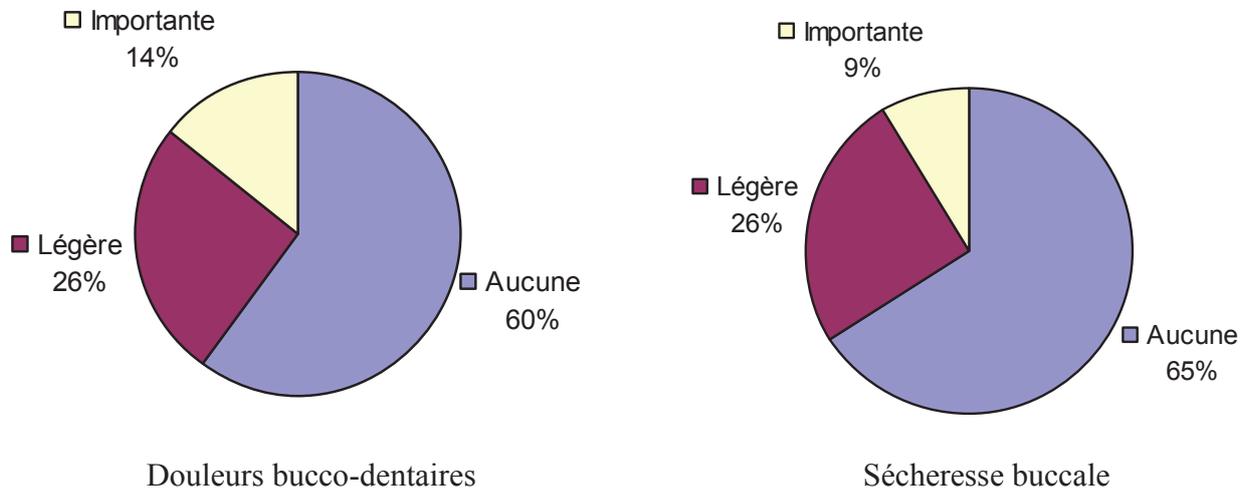
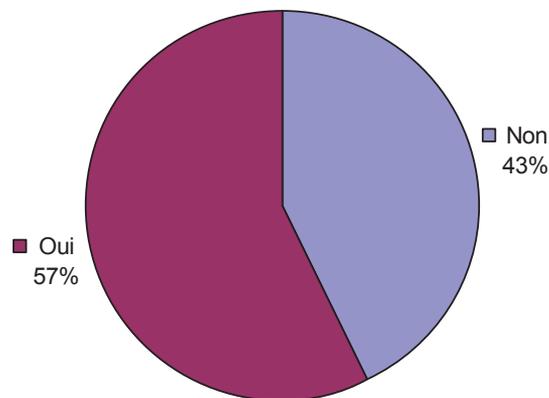


Figure 18. Proportions des patients témoignant de problème d'édentation pour manger dans l'échantillon étudié (%).



Le nombre de dents absentes par bouche variait entre 1 et 32 dents et le nombre médian de dents absentes par patient était de 8 (Q1 = 5 ; Q3 = 14 ; n = 35) soit 25 % de la denture (Figure 19). Le nombre médian de dents absentes était de 8 chez les femmes (Q1 = 6 ; Q3 = 14,5 ; n = 7) et 8,5 chez les hommes (Q1 = 5 ; Q3 = 14 ; n = 28). Selon le test de Mann et Whitney, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre le nombre de dents absentes chez les hommes et chez les femmes ($\alpha = 5\%$). 29 % (10/35) de la population présentait 1 à 5 dents absentes, 29 % (10/35) avaient 6 à 10 dents absentes. 26 % (9/35) des

patients étaient édentés de 16 à 20 dents. Aucun patient n'était denté complètement. Seul un patient de l'échantillon était édenté complètement (Figure 20).

Figure 19. Nombre médian de dents absentes chez chaque patient de l'échantillon étudié.

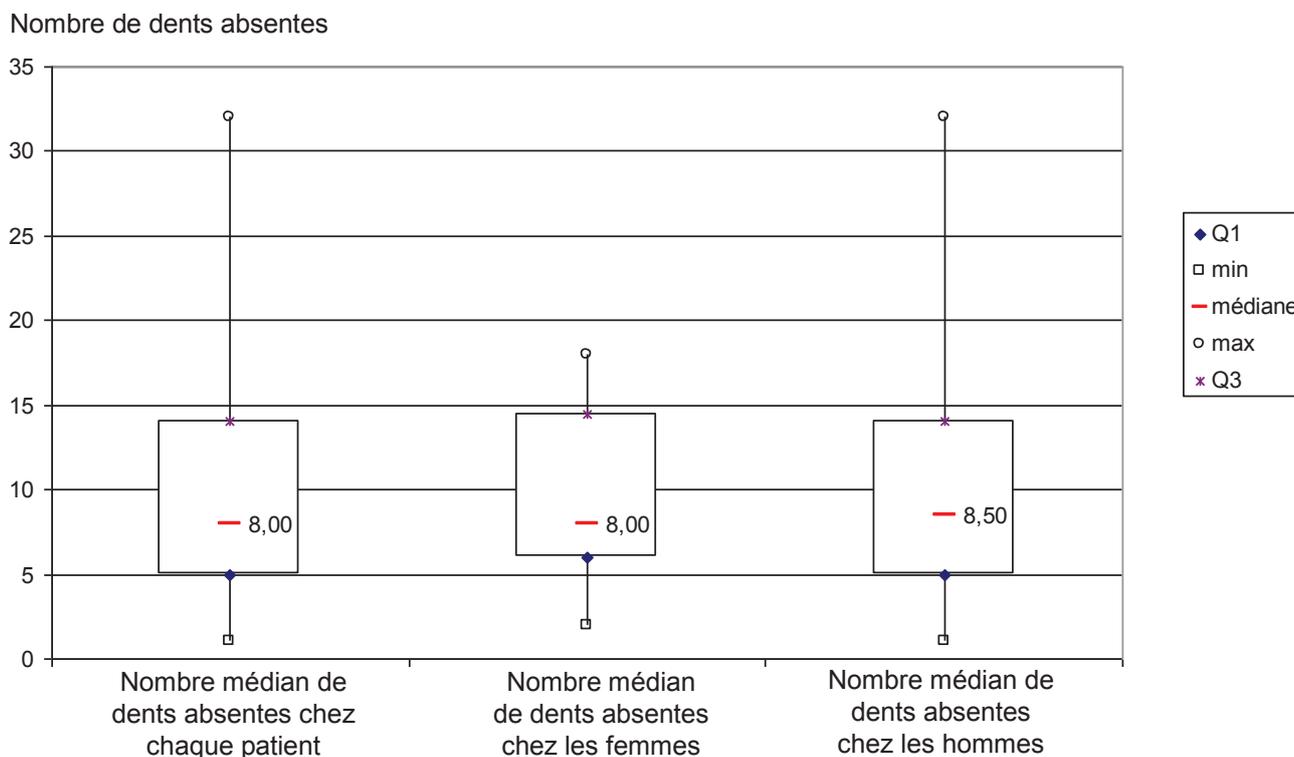
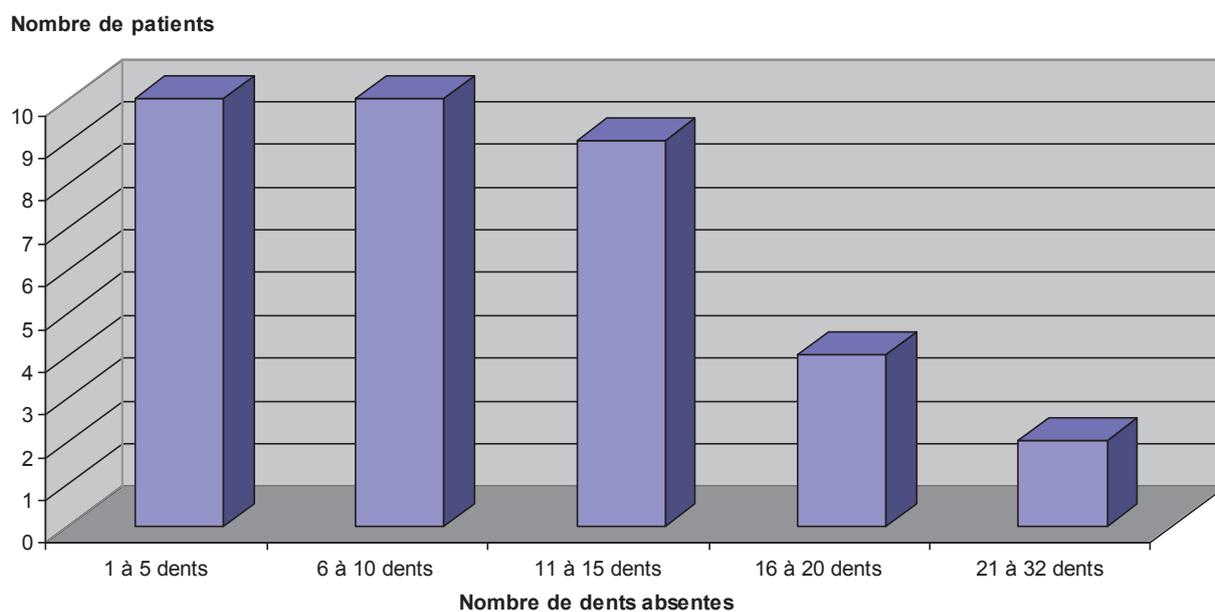


Figure 20. Répartition des patients de l'échantillon en fonction du nombre de dents absentes.

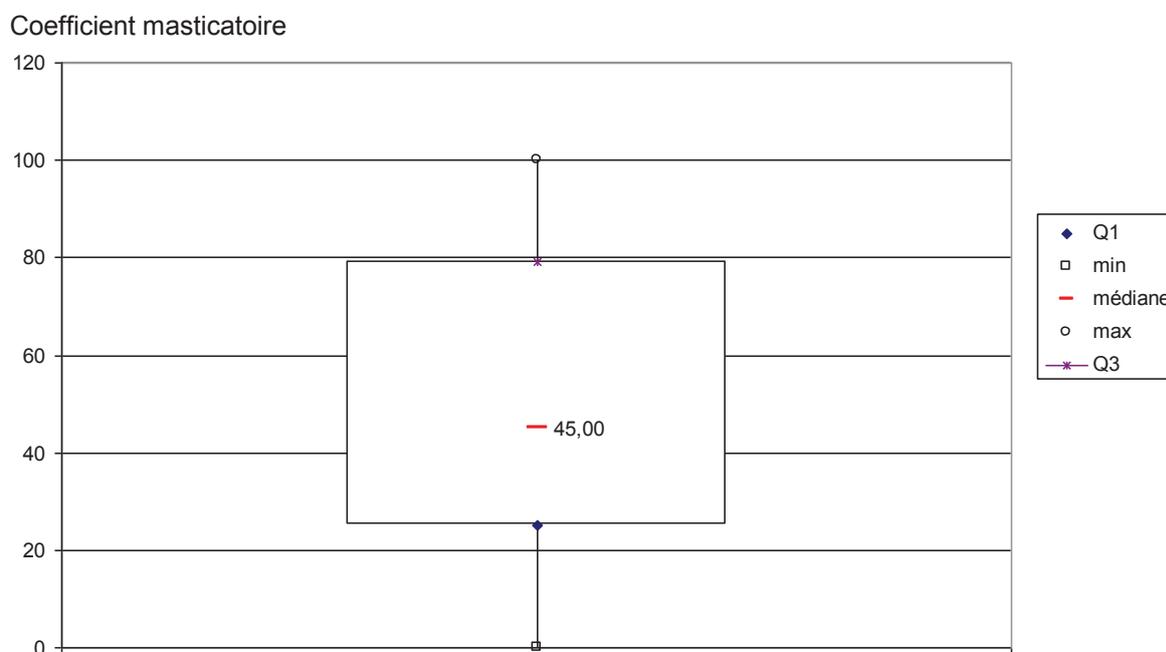


Le coefficient de mastication est une estimation numérique de la valeur fonctionnelle de la denture. Il se calcule en attribuant à chaque dent ayant une dent antagoniste, une valeur de 1 à 5 % selon un barème (Tableau 2). Il varie de 100 % (32 dents) à 0 % (édenté total ou édenté partiel sans dents antagonistes). En dessous de 70 %, nous considérons que le sujet a une fonction masticatoire altérée (Madinier et al., 2009). Le coefficient masticatoire médian de la population de l'étude était de 45 % (Q1 = 25 ; Q3 = 79 ; n = 35) (Figure 21).

Tableau 2. Calcul du coefficient masticatoire en fonction de la valeur fonctionnelle de chaque dent (%) (d'après Madinier et al., 2009).

Valeur (%)	2	5	5	3	3	4	1	2	2	1	4	3	3	5	5	2
Dents maxillaires	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Dents mandibulaires	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Valeur (%)	3	5	5	3	3	4	1	1	1	1	4	3	3	5	5	3

Figure 21. Coefficient masticatoire médian de l'échantillon étudié (%).



Dans cette étude, 62 % (21/34) des patients étaient touchés par la maladie carieuse. Le nombre médian de dents cariées ou à l'état de racine par bouche était de 3 (Q1 = 1 ; Q3 = 4 ; n = 34) (Figure 22) et le pourcentage médian de dents cariées par rapport au nombre de dents

restantes était de 12,5 % (Q1 = 3,7 ; Q3 = 21 ; n = 34). Les femmes présentaient 12,5 % (Q1 = 2 ; Q3 = 14,5 ; n = 7) de dents cariées et les hommes 13,3 % (Q1 = 3,8 ; Q3 = 24.4 ; n = 27) (Figure 23). Selon le test de Mann et Whitney, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre le pourcentage de dents cariées chez les hommes et chez les femmes ($\alpha = 5\%$).

Figure 22. Nombre médian de dents cariées ou à l'état de racines dans l'échantillon étudié.

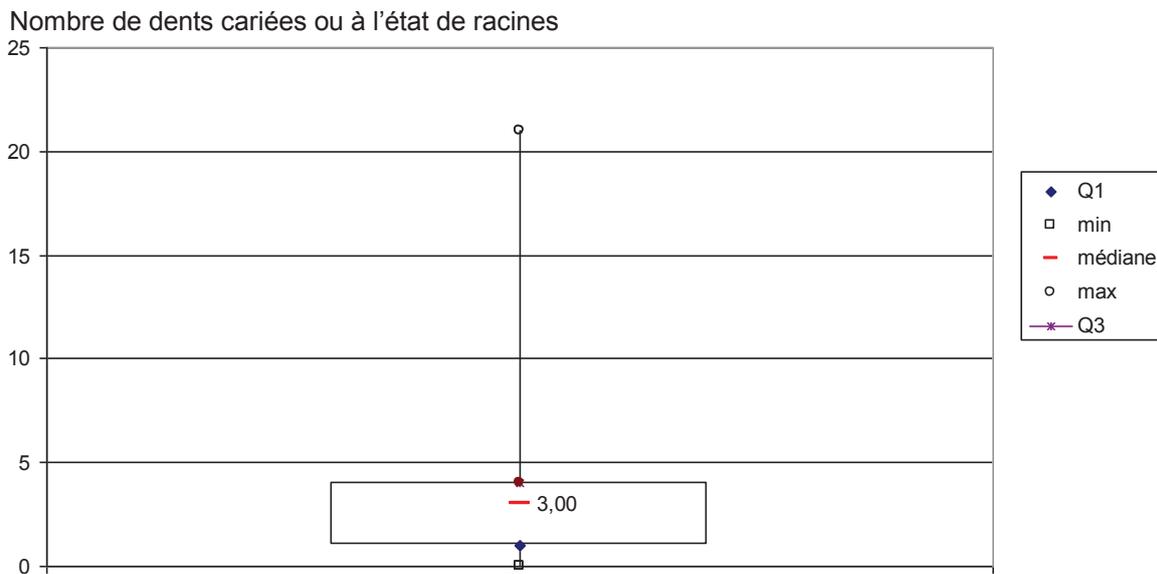
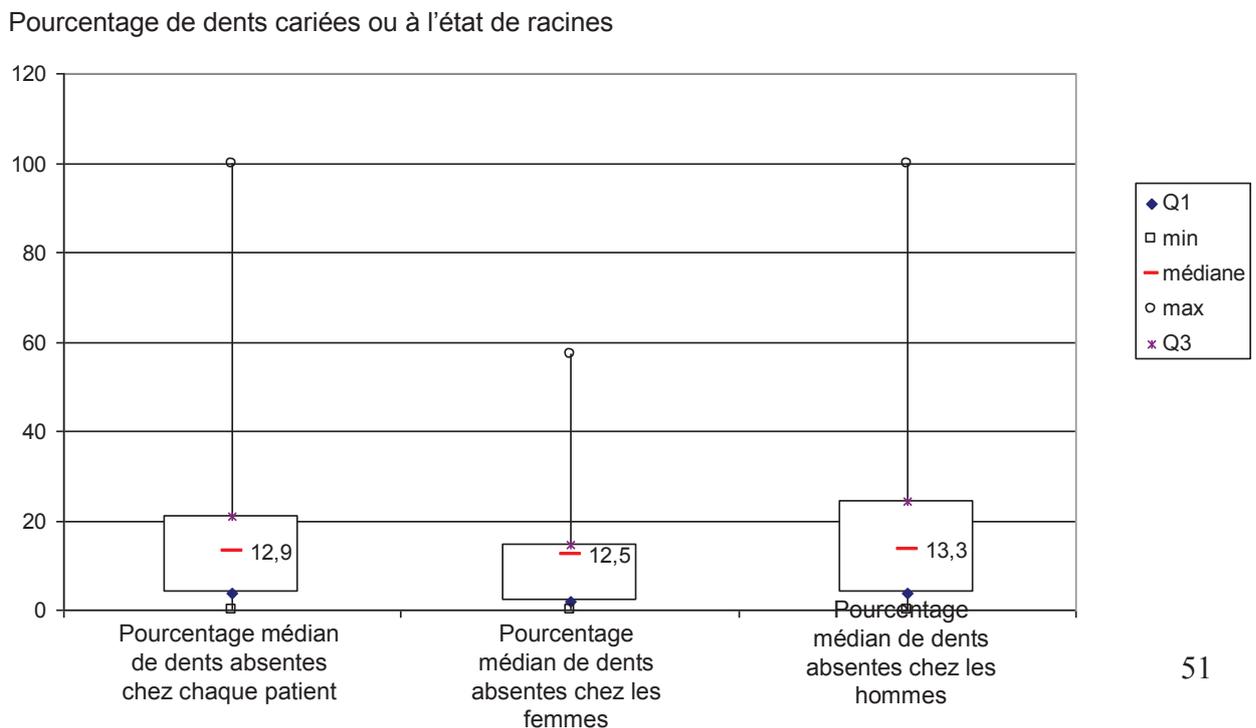


Figure 23. Pourcentage médian de dents cariées ou à l'état de racines par rapport au nombre de dents restantes chez chaque patient de l'échantillon étudié (%).



Dans cette série, 76 % (26/34) des patients présentaient 0 à 25 % de leurs dents touchées par la maladie carieuse. De plus, 6 % des patients (2/34) avaient entre 75 % et 100 % de leurs dents cariées (Figure 24). Tous les patients qui présentaient des caries serpigneuses (3/3) consommaient ou avaient des antécédents de consommation de drogues dures (cocaïne ou héroïne). Plus de la moitié (51 % : 18/35) des patients avaient au moins une dent à l'état de racine. Le nombre médian de racines par patient était de 1 (Q1 = 0 ; Q3 = 2 ; n = 35) (Figure 25).

Figure 24. Répartition de la population en fonction du pourcentage de dents cariées ou à l'état de racines par rapport au nombre de dents restantes (%).

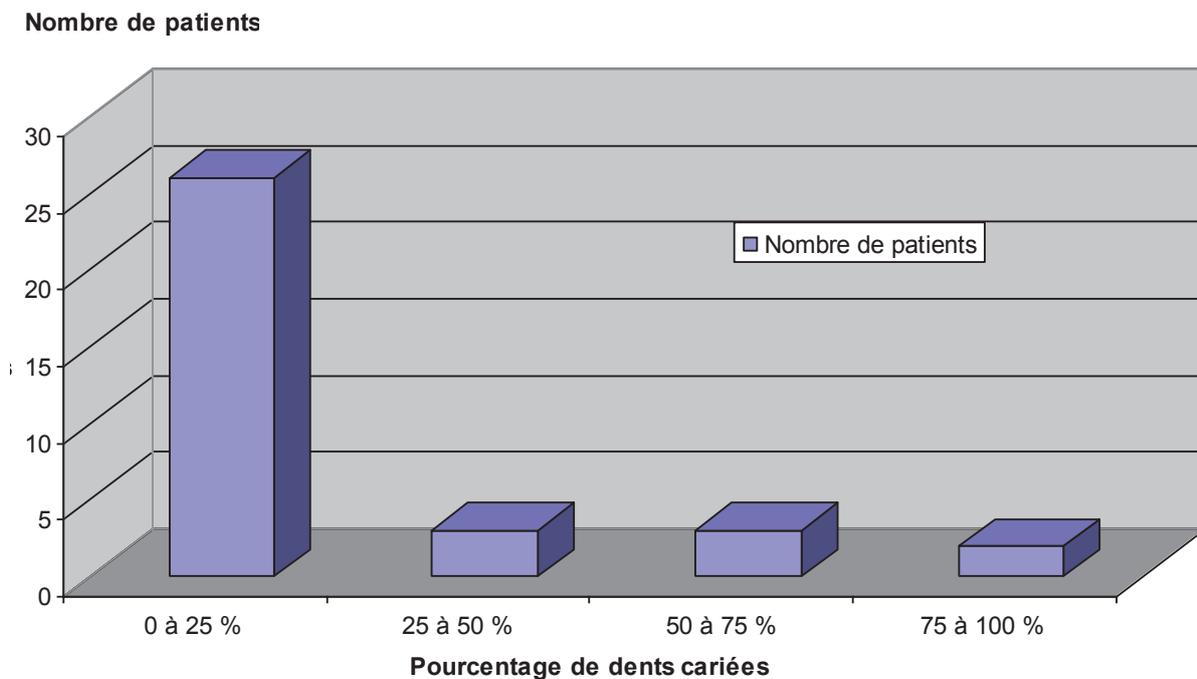
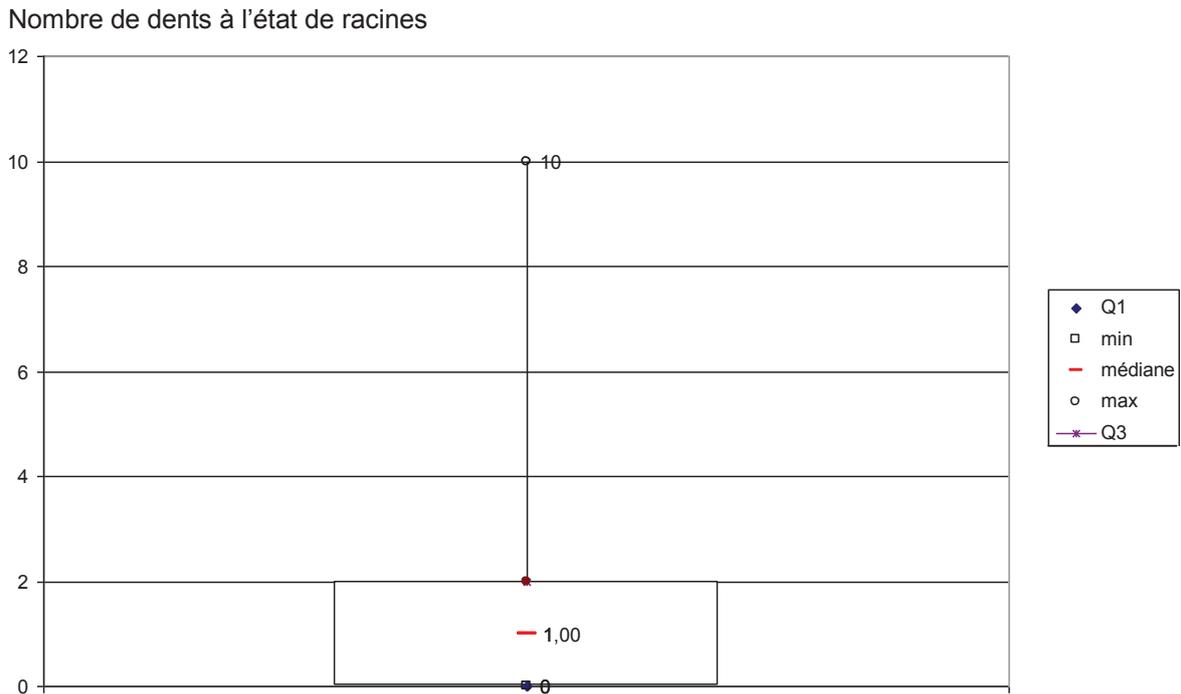


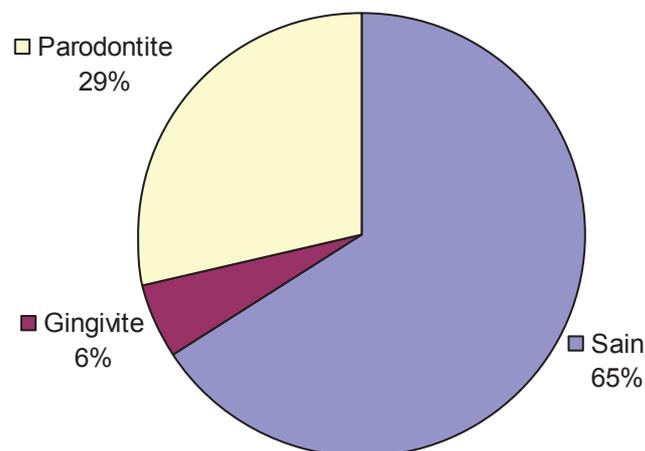
Figure 25. Nombre médian de dents à l'état de racines dans l'échantillon étudié.



Trois patients présentaient une ou plusieurs dents fracturées et une patiente a témoigné avoir eu plusieurs incisives fracturées récemment suite à une chute alcoolisée. Il faut noter que 75 % (3/4) des patients qui avaient des fractures dentaires étaient alcooliques. Tous les patients qui présentaient une attrition sévère des dents antérieures (3/3) étaient alcooliques.

A propos de la maladie parodontale, 34 % (12/35) de la population était concernée, avec 6 % (2/35) des patients atteints de gingivite et 28 % (10/35) de parodontite (Figure 26).

Figure 26. Répartition de l'échantillon étudié en fonction du statut parodontal de chaque patient (%).



Au niveau des soins dentaires, 26 % (8/29) des patients avaient au moins une dent restaurée par composite ou amalgame, 34 % (12/35) avaient au moins une dent couronnée, 11 % (4/35) portaient des prothèses amovibles alors que 57 % (20/35) témoignaient avoir des problèmes d'édentation pour manger. Parmi les porteurs de prothèses amovibles, 50 % (2/4) étaient appareillés au maxillaire et à la mandibule et 83 % (5/6) des appareils étaient des prothèses partielles. Le seul patient édenté complètement de l'échantillon ne portait pas d'appareil. Seulement une patiente était concernée par une réhabilitation implantaire.

4.4.2.3. *Examen nutritionnel (Annexe 8)*

Le renseignement du poids et de la taille de chaque patient nous a permis de calculer l'indice de masse corporelle (IMC). L'IMC de la patientèle variait entre 18 et 41 kg/m². La médiane était de 27 kg/m² (Q1 = 24 ; Q3 = 30 ; n = 33) (Figure 27). La population était répartie sous forme de classes en fonction de l'interprétation de l'IMC. Ainsi, 30 % (10/33) des patients avaient une corpulence normale, avec un IMC compris entre 18,5 et 25. Aucun patient ne souffrait d'anorexie. En revanche, deux tiers (22/33) de la population avaient un IMC supérieur à 25 kg/m² avec 36 % (12/33) des patients en surpoids et 30 % (10/33) de patients obèses (Figure 28). Nous avons comparé l'IMC des patients de l'échantillon à celui de la population française (Matta et al., 2016) (Figure 29). D'après le test du Chi², la proportion de patients ayant une corpulence normale était plus faible dans l'échantillon (30 %) que dans la population française (48,8 %) ($p = 0,03$; $\chi^2 = 4,3$). De plus, la proportion de patients obèses était plus grande dans l'échantillon (30 %) que dans la population française (15,9 %) ($p = 0,01$; $\chi^2 = 5,9$). Enfin, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la proportion de patients en surpoids dans l'échantillon (36 %) par rapport à la population de référence (33,1 %) ($p = 0,7$; $\chi^2 = 0,1$). L'effectif des patients ayant un IMC inférieur à 18,5 kg/m² était trop faible ($n = 1 < 5$) pour pouvoir le comparer à la population de référence.

Figure 27. Indice de masse corporelle médian de l'échantillon étudié (kg/m²).

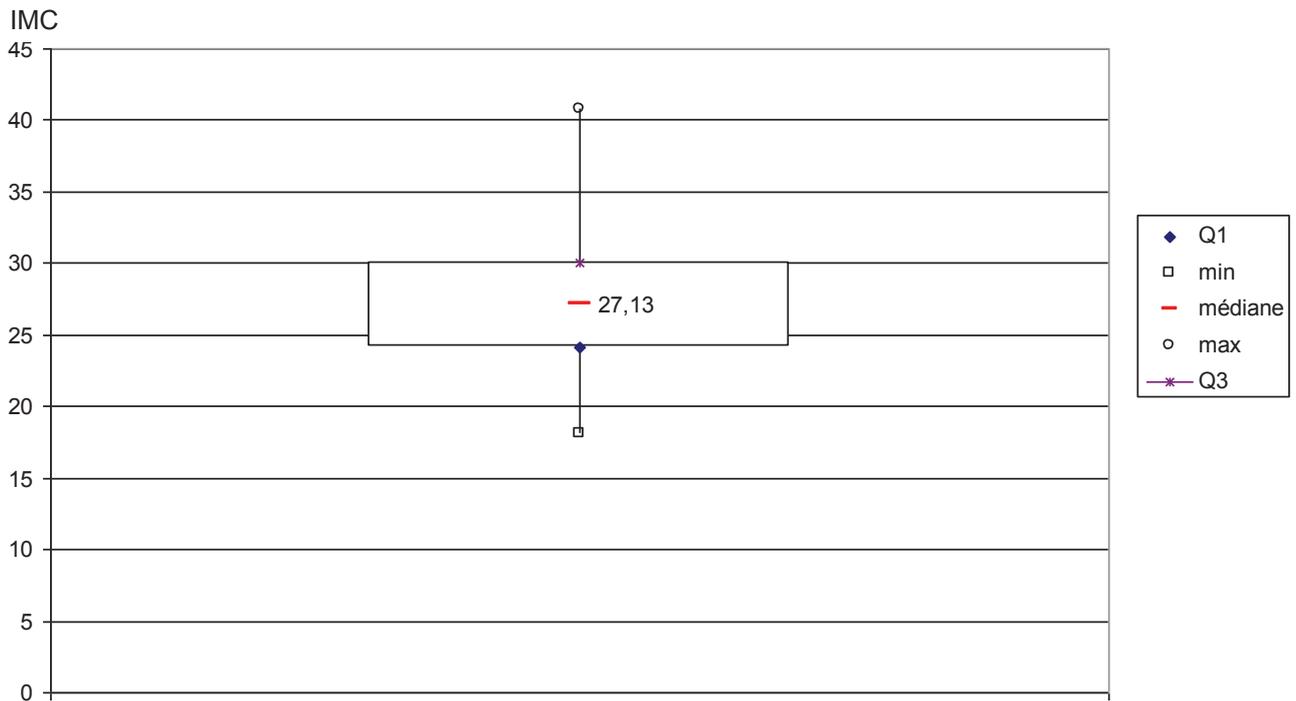


Figure 28. Répartition en classes de l'échantillon étudié en fonction de l'IMC (%).

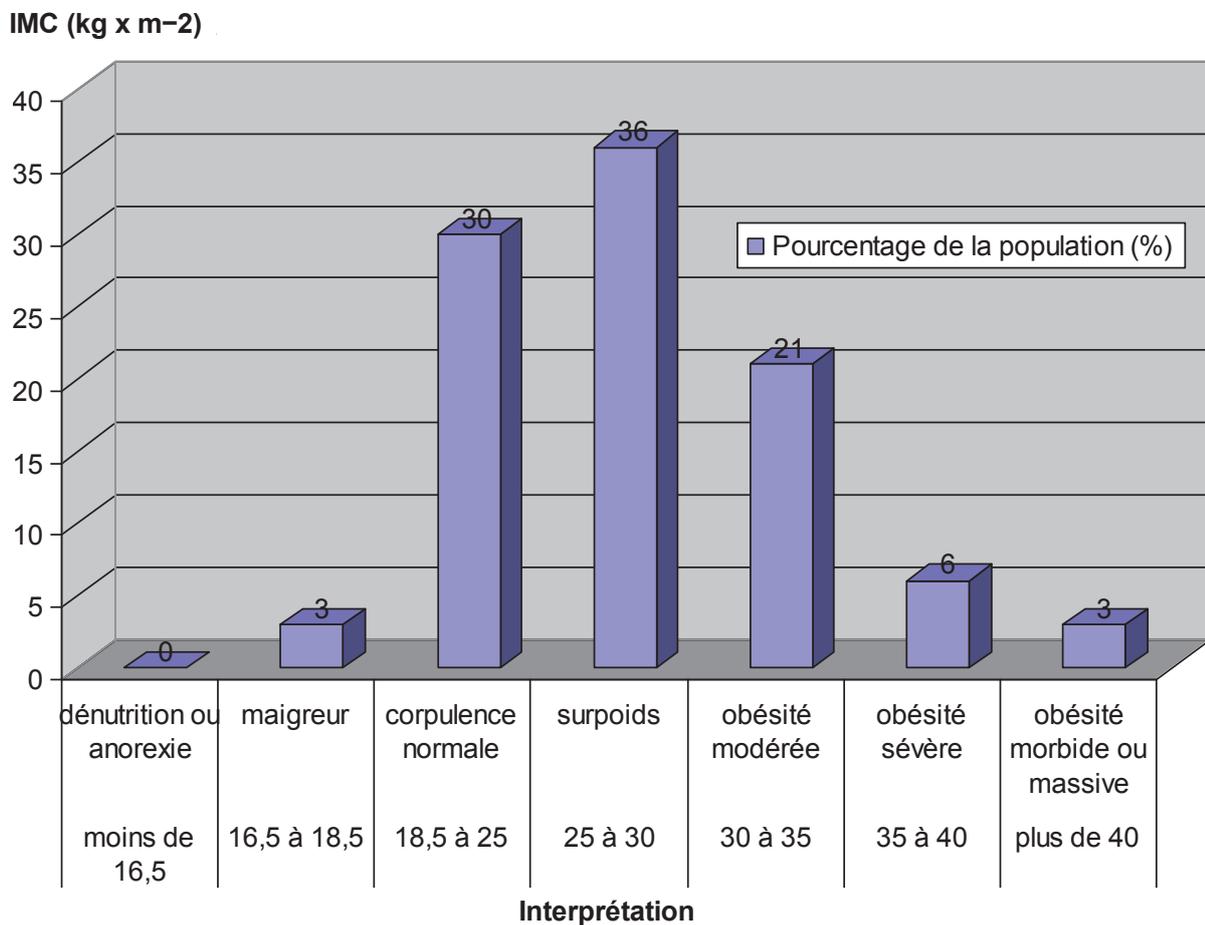
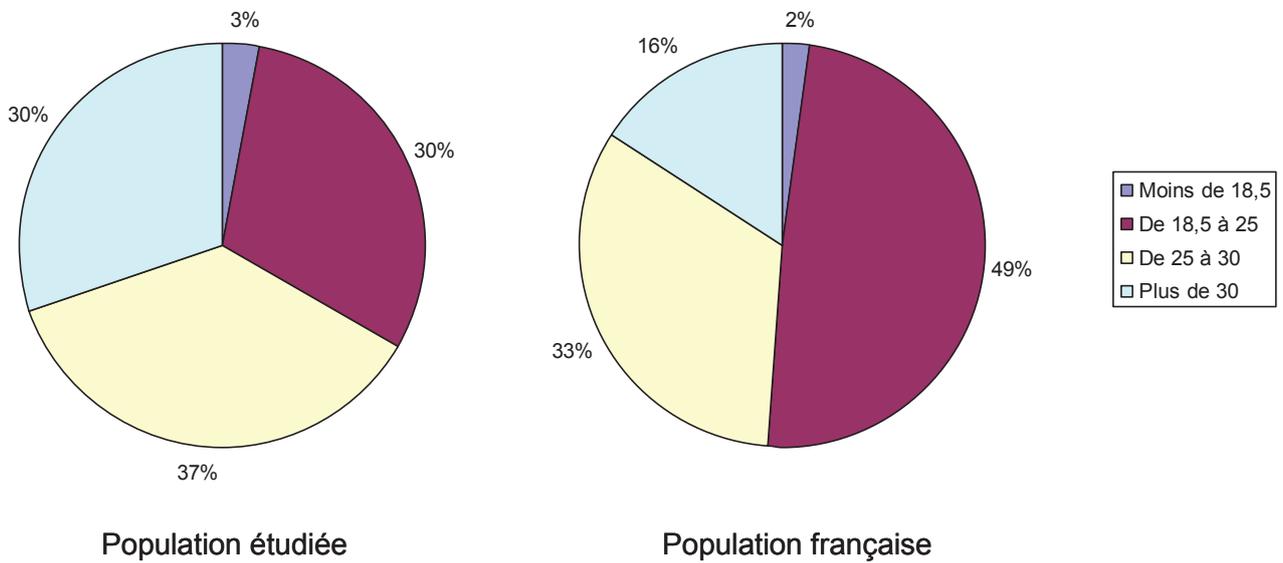
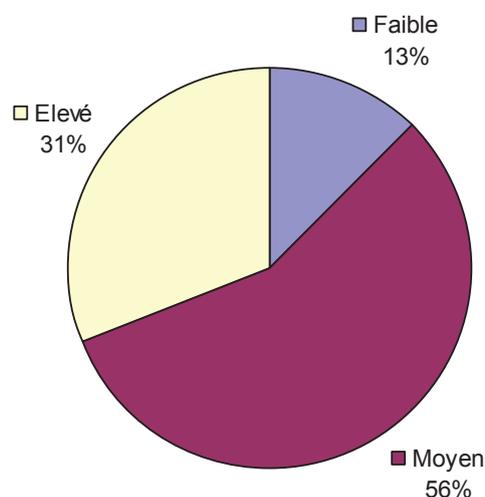


Figure 29. Répartition de la population de l'échantillon étudié et de la population française en fonction de l'IMC (%).



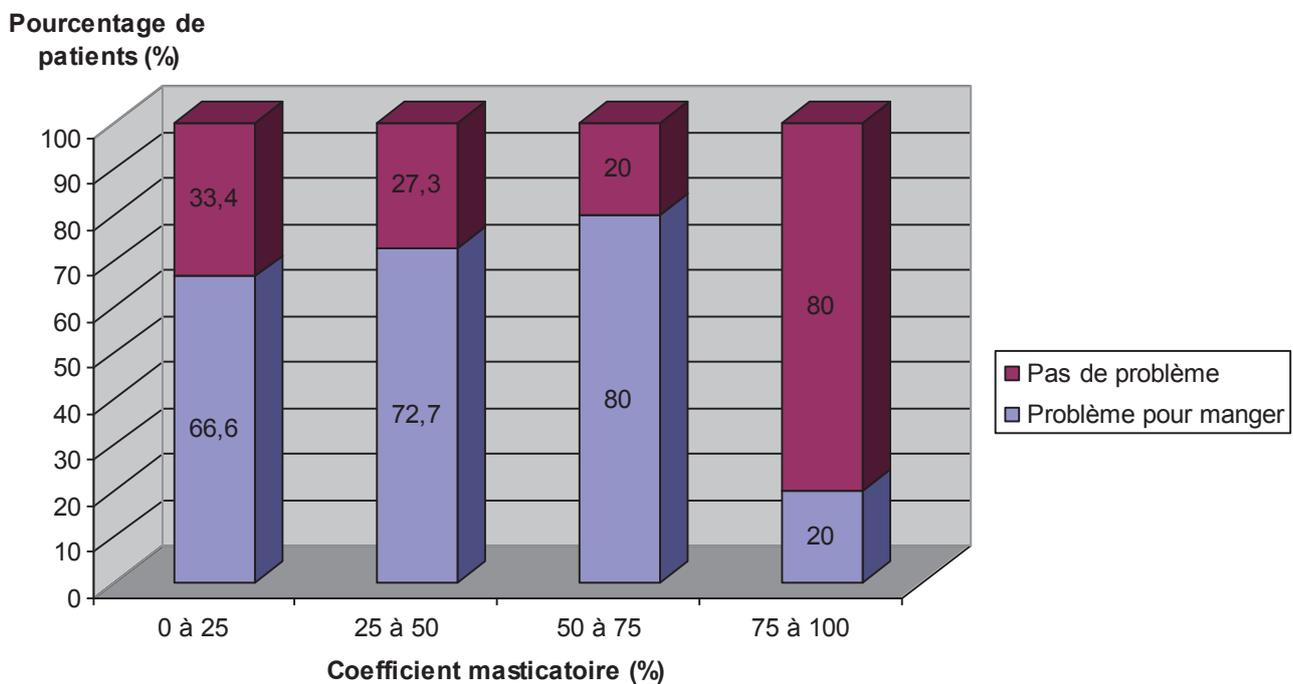
L'appétit a été évalué de manière subjective : 56 % (18/32) des sujets avaient un appétit moyen et 31 % (10/32) un appétit élevé (Figure 30). Certains patients pensaient avoir pris du poids depuis leur hospitalisation à cause du sevrage ou des médicaments administrés. Au contraire, d'autres patients pensaient en avoir perdu car le sevrage et/ou la dépression leur coupaient l'appétit. Enfin, certains patients attestaient avoir perdu du poids car leur alimentation à l'hôpital était plus équilibrée et plus saine que leur alimentation à domicile.

Figure 30. Répartition de l'échantillon étudié en fonction de l'autoévaluation de l'appétit (%).



Ce n'étaient pas les patients les plus édentés qui témoignaient le plus de problèmes d'édentation pour manger. En effet, 80 % (4/5) des patients ayant un coefficient masticatoire situé entre 50 et 75 % se plaignaient de problème d'édentation alors que 67 % (6/9) des patients ayant un coefficient masticatoire entre 0 et 25 % s'en plaignaient. Au-delà de 75 % de coefficient masticatoire, ils étaient seulement 20 % (2/10) à avoir des problèmes pour manger (Figure 31). Un mauvais état dentaire entraîne une alimentation basée sur les féculents qui sont des aliments mous, gras, sucrés ou salés. Ce sont aussi les aliments les moins coûteux, en rapport avec un milieu social souvent défavorisé. Il existe une relation statistiquement significative entre un faible nombre de dents restantes et l'IMC. Les patients présentant une faible efficacité masticatoire ont plus de risques d'augmenter leur masse grasse (Sánchez-Ayala et al., 2013). En revanche, il n'y a pas de corrélation entre le nombre de lésions carieuses et l'obésité (Östberg et al., 2012).

Figure 31. Pourcentage de patients témoignant d'un problème d'édentation pour manger (%) en fonction de leur coefficient masticatoire (%).



4.4.2.4. Réhabilitation bucco-dentaire (Annexes 9 et 10)

Au niveau de l'élaboration du plan de traitement et de la planification des soins, plus de 50 % (20/35) des patients avaient besoin d'extraire une ou plusieurs dents. Le nombre médian de dents à extraire par patient était de 1 dent (Q1 = 0 ; Q3 = 3 ; n=35) (Figure 32). Cependant, 37 % (13/35) de la population étudiée avait entre 1 et 5 dents à extraire et 14 % des patients avaient plus de 10 dents à extraire (Figure 33). Le maximum de dents à extraire était de 16 dents : cela représentait 59 % de la denture du patient concerné. Le pourcentage médian de dents à extraire par rapport au nombre de dents restantes était de 4,5 % (Q1 = 0 ; Q3 = 15,4 ; n = 35) (Figure 34). Le pourcentage maximum de dents à extraire était de 100 % car il ne restait que 3 dents au patient concerné. Enfin, 69 % (24/35) des patients avaient besoin d'une réhabilitation par des prothèses amovibles (Figure 35).

Figure 32. Nombre médian de dents à extraire chez chaque patient de l'échantillon étudié.

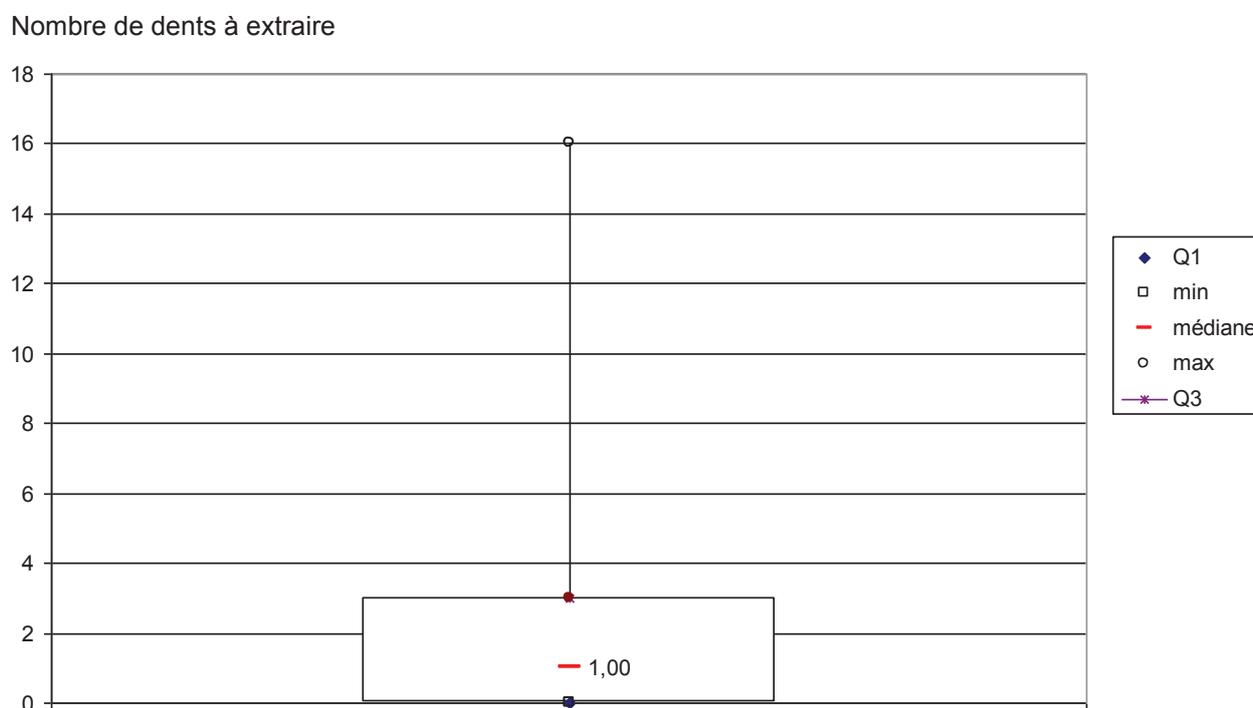


Figure 33. Répartition de l'échantillon étudié en fonction du nombre de dents à extraire.

Pourcentage de patients (%)

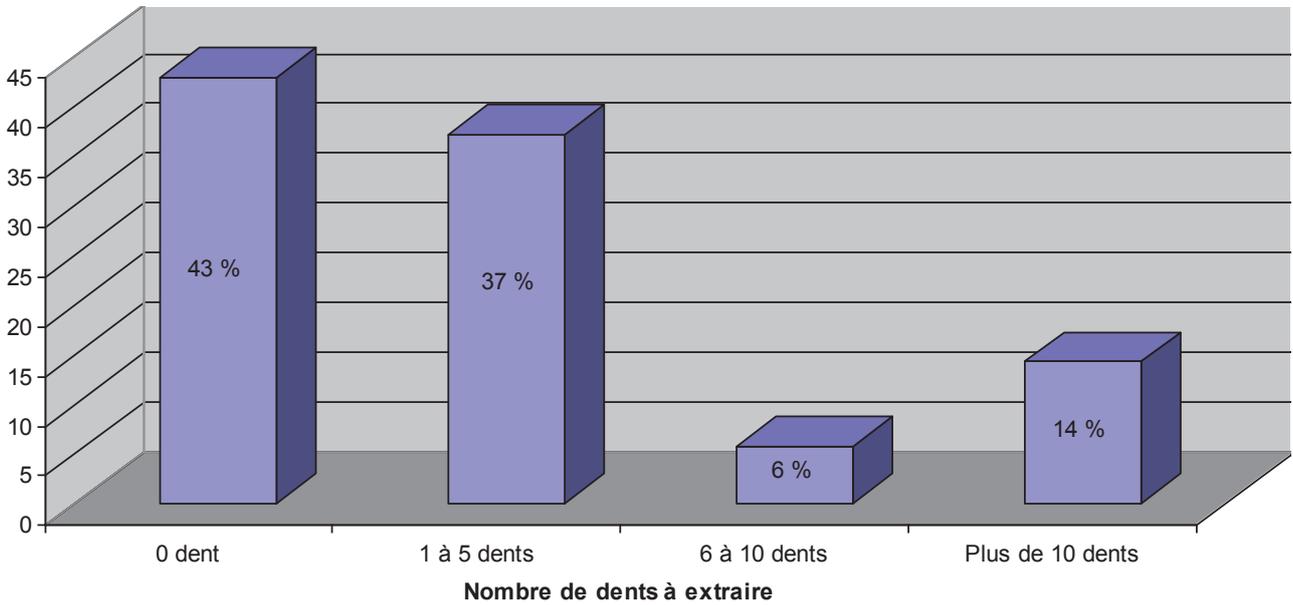


Figure 34. Pourcentage médian de dents à extraire par rapport au nombre de dents restantes chez chaque patient de l'échantillon étudié (%).

Pourcentage de dents à extraire

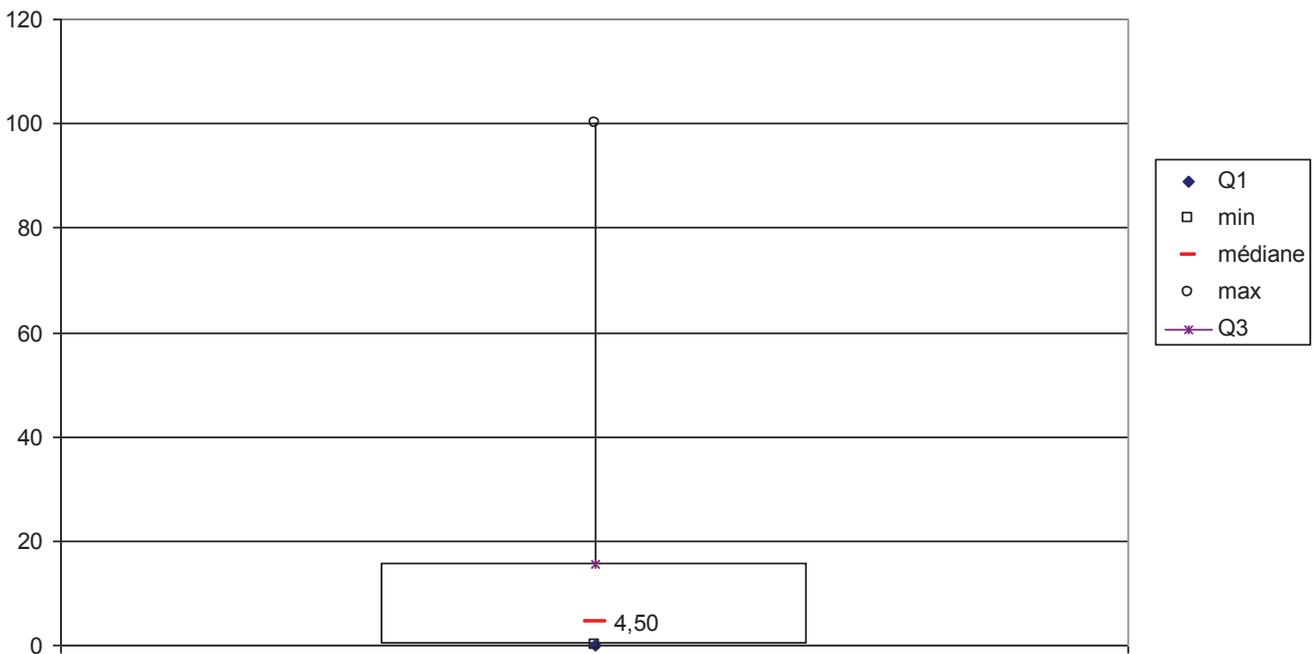
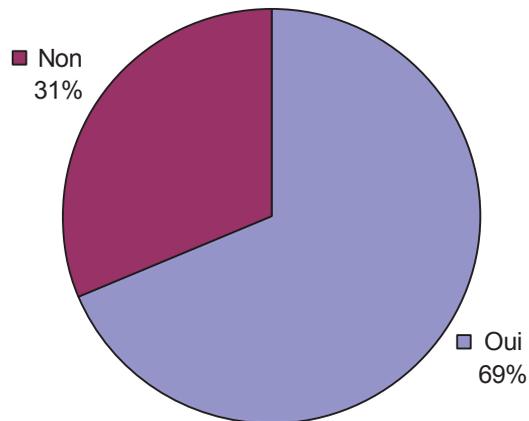
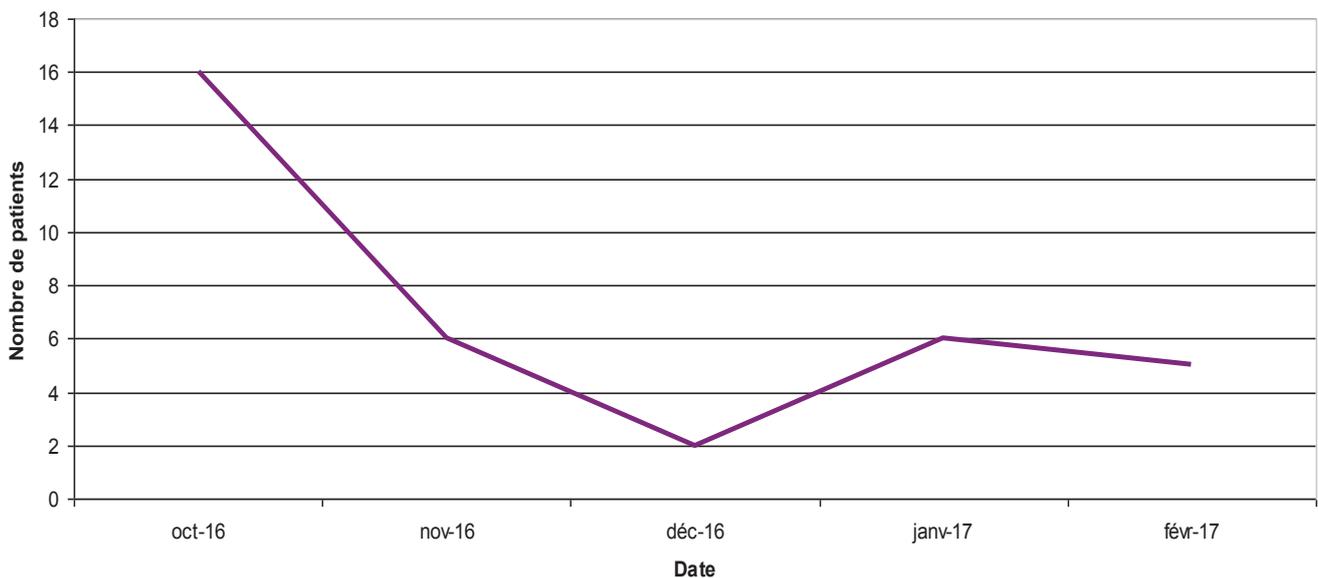


Figure 35. Proportions des patients nécessitant une réhabilitation par prothèses amovibles dans l'échantillon étudié (%).



Au total, 35 patients ont été vus en première consultation au D1, soit 23 % (35/150) des patients hospitalisés. Parmi eux, 46 % (16/35) des patients ayant été reçus en consultation ont été vus en octobre lors du premier mois de la mise en place de l'étude. Le nombre de patients vus par mois est allé en diminuant au cours des mois suivants avec un minimum de 2 patients vus au mois de décembre (Figure 36).

Figure 36. Nombre de patients vus en consultation dentaire initiale en fonction du mois de l'étude.



69 % (24/35) des patients vus en première consultation dans le service d'Addictologie sont venus poursuivre les soins au cabinet dentaire de l'Archet 1, accompagnés d'un aide-soignant du D1 (Figure 37). Le nombre médian de rendez-vous réalisés au fauteuil suite à la première consultation était de 1 (Q1 = 0 ; Q3 = 3 ; n = 35) (Figure 38). Le nombre de rendez-vous réalisés variait entre 0 et 10 en fonction des patients. Au total, les consultations initiales ont généré plus de 70 rendez-vous au fauteuil. 38 % (27/ 71) des rendez-vous au fauteuil ont eu lieu pendant la période d'hospitalisation des patients et 62 % (44/71) alors que les patients étaient externes (Figure 39). 40 % (14/35) des patients sont revenus en externe au cabinet dentaire de l'Archet 1.

Figure 37. Proportions de patients de l'échantillon étudié ayant poursuivi les soins sur le fauteuil dentaire suite à la consultation dentaire initiale (%).

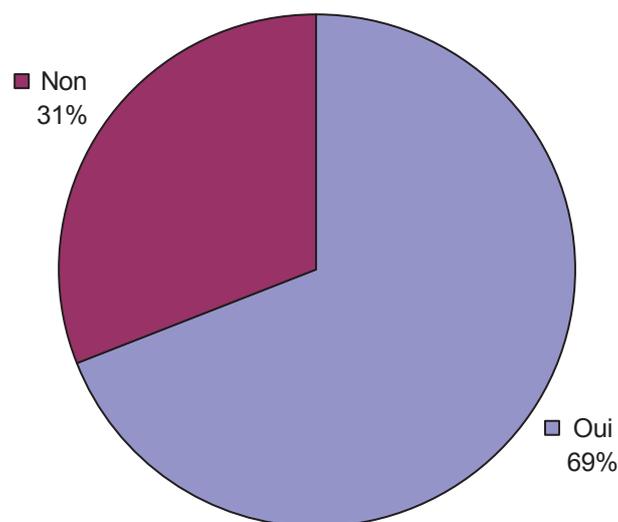


Figure 38. Nombre médian de rendez-vous réalisés au fauteuil dans le service Dentaire suite à la première consultation.

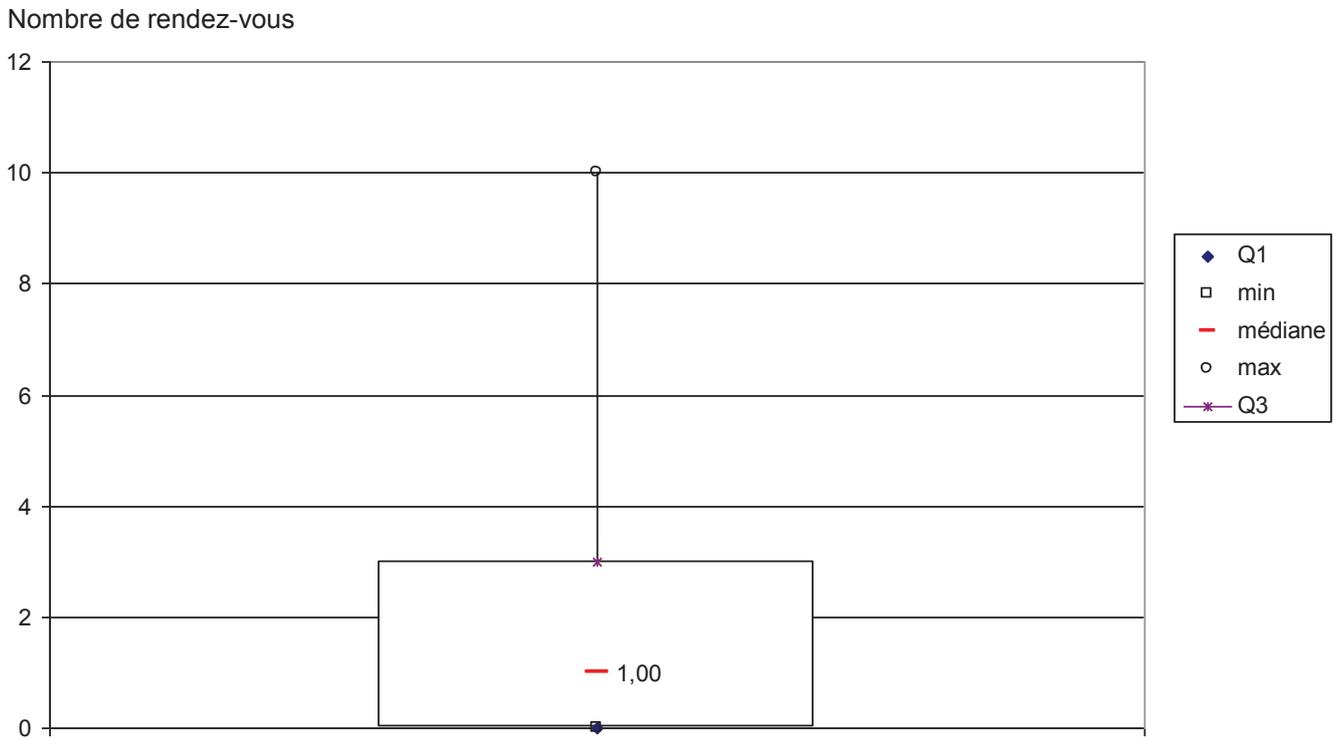
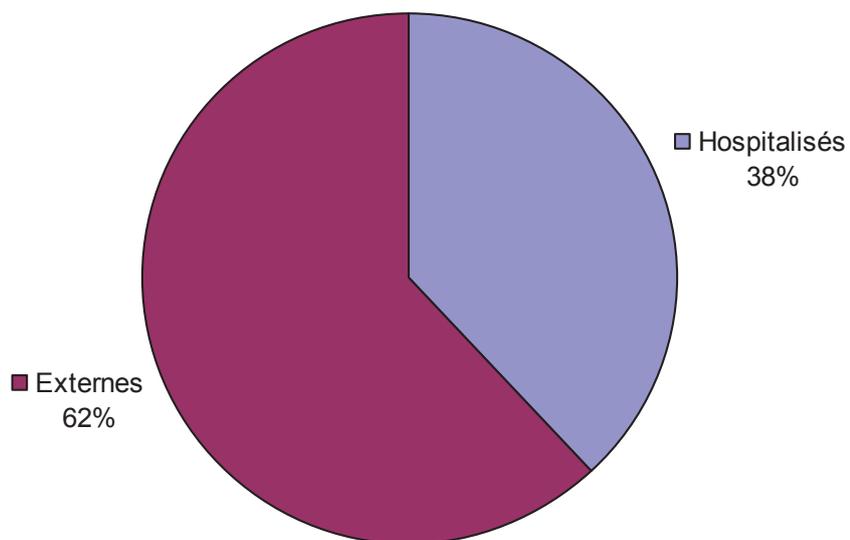
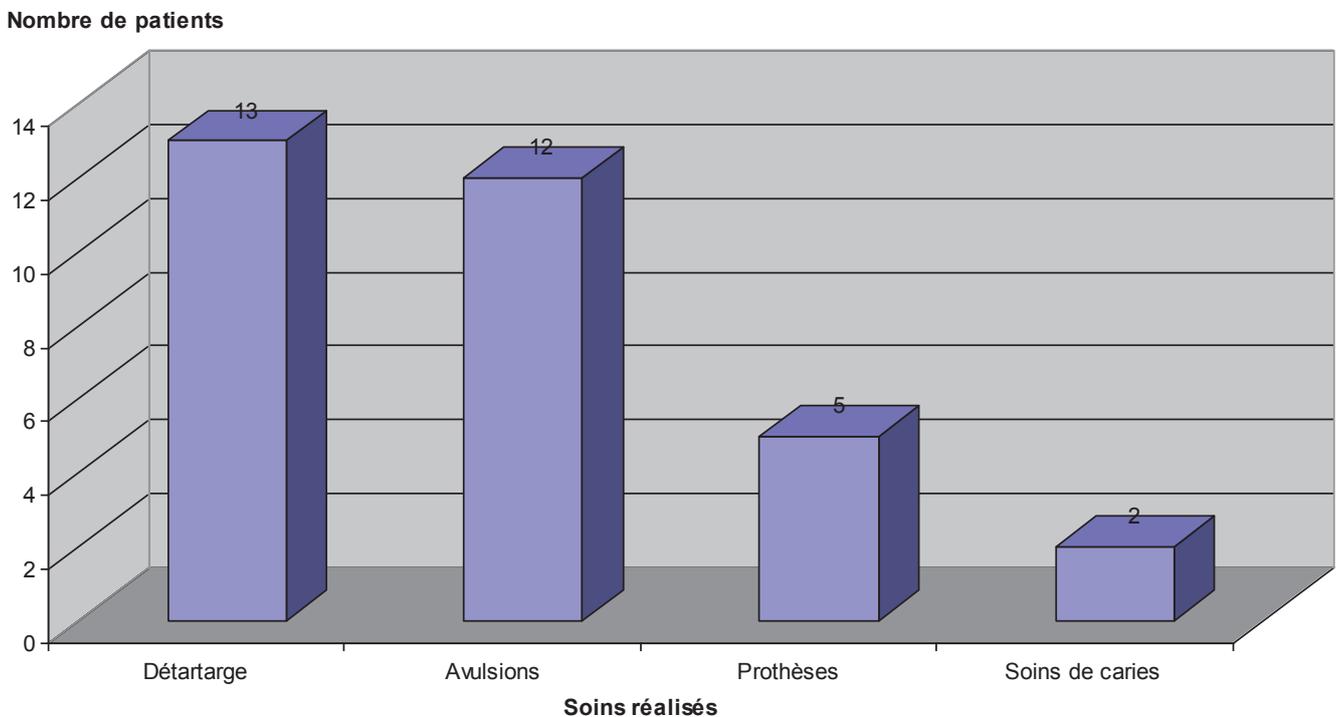


Figure 39. Proportions de rendez-vous ayant eu lieu pendant que les patients étaient hospitalisés et quand ils étaient externes.



Parmi les patients venus au fauteuil (hospitalisés ou en externe), 54 % (13/24) ont eu un détartrage, 8 % (2/24) des soins de caries, 50 % (12/24) une ou plusieurs avulsions et 21 % (5/24) une réhabilitation par prothèses amovibles (Figure 40). 29 % (7/24) ont terminé le plan de traitement qui était prévu. Parmi eux, 71 % (5/7) ont bénéficié d'une réhabilitation dentaire complète avec la pose de prothèses dentaires amovibles provisoires totales ou partielles. Aucun patient n'est revenu pour réaliser les prothèses définitives (prothèses totales amovibles en résine ou des prothèses partielles à châssis métallique). Les plans de traitement inachevés concernent les soins de caries pour 24 % (4/17) des patients, des avulsions pour 35 % (6/17) et la réalisation de prothèses pour 47 % (8/17).

Figure 40. Répartitions des patients de l'échantillon étudié en fonction des types d'actes réalisés au fauteuil.



5. DISCUSSION

5.1. Patients addicts externes et hospitalisés

Le profil du patient était déterminant dans l'élaboration du plan de traitement. La principale difficulté rencontrée dans la prise en charge des patients addicts était le manque d'observance. En effet, la plupart de ces patients n'a pas de cadre de vie stable et ils sont confrontés à des problèmes physiques, psychologiques et socio-économiques :

- problèmes relationnels au sein de la famille ou du couple,
- entourage toxique (le patient est entouré de personnes toxicomanes),
- problèmes financiers,
- problèmes judiciaires,
- problèmes de santé physique et mentale (addiction -> dépression -> addiction),
- pas ou peu de centres d'intérêts ou de loisirs.

Leur motivation est faible et leur constance dans le suivi fragile. Il faut donc préserver au maximum cette motivation et faciliter l'accès aux soins en simplifiant les procédures. Le plan de traitement se doit d'être simple et court. Les difficultés financières doivent être prises en compte lors de l'élaboration des devis.

De plus, les patients souffrant d'addiction sont fragiles psychologiquement. Certains patients ont des antécédents dentaires traumatisants et sont extrêmement anxieux à l'idée d'aller chez le chirurgien-dentiste. Une prise en charge hospitalière faite en partie par des étudiants en chirurgie dentaire peut être un atout, car ils peuvent leur consacrer plus de temps qu'un chirurgien-dentiste libéral. Ces patients ont besoin de temps pour se familiariser avec les soins bucco-dentaires et le chirurgien-dentiste doit se montrer patient, compréhensif et à l'écoute.

Le but de la prise en charge est de rendre service au patient. Il faut rester cohérent dans l'élaboration du plan de traitement. Il faut établir un compromis entre ce qui pourrait être réalisé en exerçant une dentisterie moderne et conservatrice et ce qui est réalisable étant donné la situation instable du patient. La majorité des patients va chez le chirurgien-dentiste

par obligation et ils ne prennent rendez-vous qu'en cas de douleur. Si la douleur passe, ils ne vont pas au rendez-vous. Ainsi, il faut essayer de finir le soin dans la séance dès que cela est possible. Par exemple, en cas de pulpite, il vaut parfois mieux extraire la dent plutôt que de réaliser une pulpotomie. En effet, une fois la douleur soulagée, le patient ne reviendra pas pour finir la pulpectomie et sera confronté plus tard à des complications (parodontite apicale aiguë, abcès, fistule, cellulite...). Cependant, il y a plusieurs degrés d'addiction et il ne faut pas faire une stigmatisation de la patientèle. Une évaluation subjective de la motivation du patient doit être faite systématiquement afin de personnaliser la proposition de traitement. Une mauvaise évaluation psychologique du patient peut mener à un abandon de la thérapeutique et donc à un échec. Il faut aussi savoir attendre une amélioration de l'état psychologique du patient grâce au traitement prescrit par le psychiatre.

La proportion d'hommes au sein des échantillons étudiés était plus importante que dans la population française. Il serait intéressant d'en connaître les raisons. Les hommes sont-ils plus sujets aux problèmes d'addiction que les femmes ? Sont-ils plus enclins à aller consulter des professionnels de santé pour soigner une addiction ?

Malgré ce contexte difficile, les patients externes suivis au CSAPA ont tous accepté la présence d'un étudiant en chirurgie-dentaire durant leur consultation. De plus, les patients d'Addictologie étaient curieux et la présence du nouveau professionnel de santé au sein de leur service les a intrigués. Ils étaient nombreux à vouloir savoir quel était le rôle du chirurgien-dentiste et en quoi cela pouvait les concerner.

5.2. Fonctionnement du service d'Addictologie

5.2.1. *Fonctionnement du CSAPA et du D1*

CSAPA

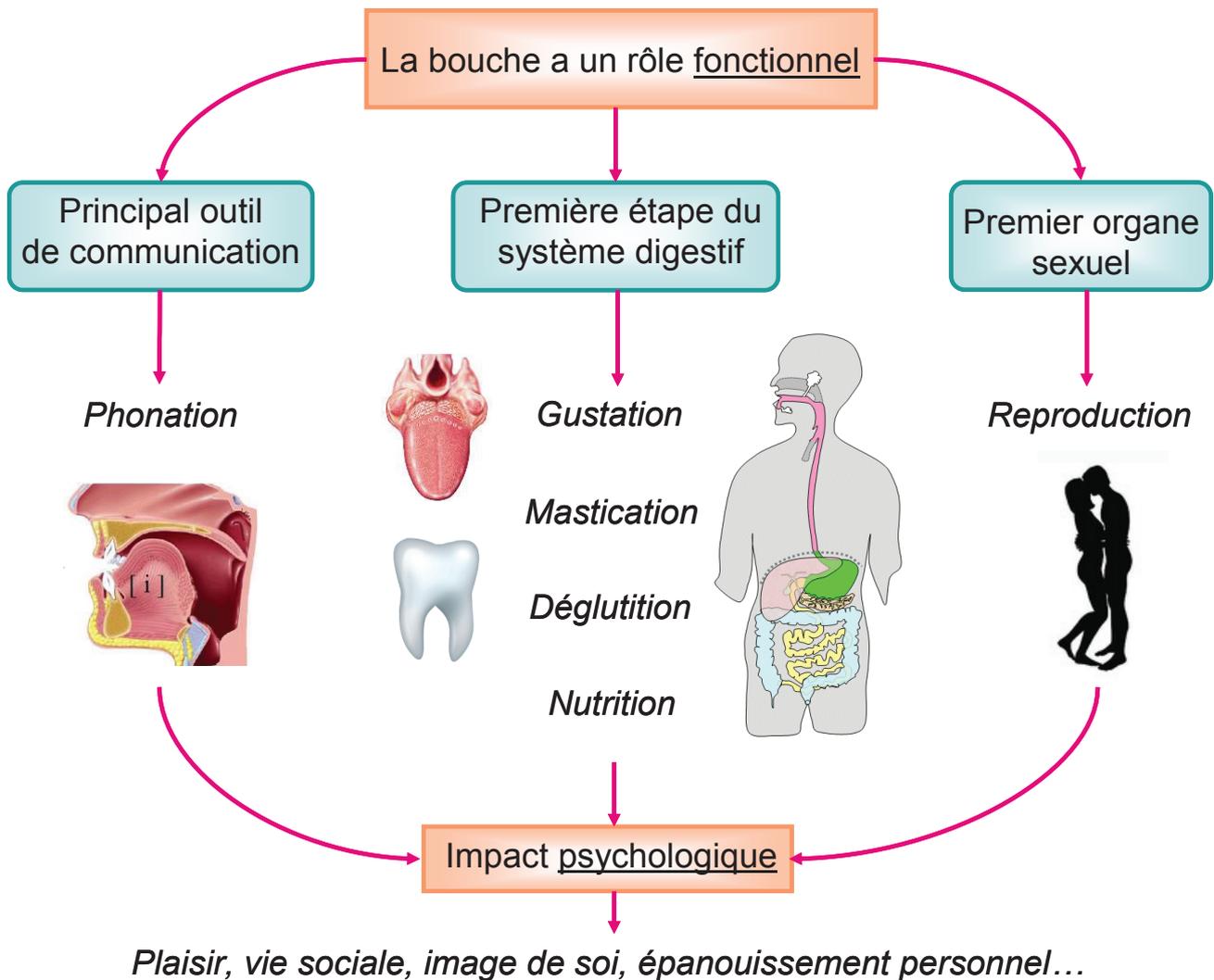
La prise en charge de ces patients se veut globale, elle est axée sur la prévention et la réduction des risques. C'est dans cette même logique de prévention globale que le chef de service aimerait développer un axe de prévention bucco-dentaire. En effet, la présence d'un chirurgien-dentiste permettrait de dépister les pathologies bucco-dentaires des patients, de leurs expliquer les soins nécessaires et de les orienter en fonction de leurs besoins et de leurs

doléances. Il serait intéressant d'établir un système de première consultation au CSAPA à raison d'une fois par semaine comme pour le D1. Cependant, le CSAPA est une UF du CHU de Nice et les consultations médicales y sont gratuites : seule l'identité du patient est enregistrée dans le logiciel Clinicom. D'un point de vue strictement administratif, il ne serait donc pas possible qu'un chirurgien-dentiste praticien hospitalier du CHU de Nice vienne faire des consultations dentaires au CSAPA. Par contre, pour les patients du D1 la consultation « au lit du patient » peut être cotée sur Clinicom.

Unité d'Addictologie D1

La cure de sevrage dans le service d'Addictologie s'inscrit dans une prise en charge globale multidisciplinaire à la fois physique et psychologique. Ainsi l'intervention d'un chirurgien-dentiste est indispensable et répond à la fois à des besoins physiques : soulager la douleur, supprimer des foyers infectieux actifs ou potentiels, rétablir la fonction masticatoire ; mais aussi psychologiques : estime de soi, esthétique, vie sociale et affective. Durant la cure de sevrage, les patients doivent se recentrer sur eux-mêmes dans une logique de reconstruction narcissique. Ils ont besoin de valoriser leur apparence et ont une grande demande esthétique vis-à-vis du sourire, de l'hygiène, de l'haleine. La bouche est au centre de la vie quotidienne de chacun et est une source de plaisir dans de multiples domaines (Figure 41). Elle a rôle nutritif (mastication, déglutition), gustatif, social (phonation, communication), affectif et sexuel. Si la bouche est malade, elle devient une source de souffrance, de honte et de dégoût. La majorité des patients toxicomanes souffrent de dépression et suivent une psychothérapie. Il semble primordial que ces patients puissent sourire sans gêne et apprécier des plaisirs simples de la vie.

Figure 41. Rôle fonctionnel et impact psychologique de la bouche et de la santé bucco-dentaire dans la vie quotidienne.



L'hygiène bucco-dentaire et alimentaire sont étroitement liées. La capacité à s'alimenter correctement va dépendre de l'état bucco-dentaire du patient. Les menus proposés dans le service sont sains et équilibrés. Cependant, certains patients manquaient d'appétit. Il serait bénéfique de servir les plats dans des assiettes plutôt que dans des barquettes en plastique car le bruit des couverts déclenche la salivation, et augmente le plaisir de manger (Chevalier and Prêcheur, 2014). Ensuite, les biscuits sucrés disponibles lors des collations sont à limiter car ils ont un potentiel cariogène et peuvent être utilisés comme moyen de compensation lors du sevrage.

De même, la majorité de la patientèle était fumeuse et beaucoup de patients témoignaient avoir augmenté leur consommation de tabac lors de la cure. En effet, fumer devient un passe-temps et le fumoir un lieu de rendez-vous. Cependant, l'accès au tabac n'était pas le même pour tous les patients et cela pouvait devenir une source de conflits. Certains patients arrivaient avec leurs propres cartouches de cigarettes, d'autres devaient demander au personnel d'en acheter pour eux. Certains malades n'avaient ni argent, ni tabac, et réclamaient alors des cigarettes aux autres pensionnaires. Cette convoitise du tabac pouvait en pousser certains aux vols et engendrer des tensions.

5.2.2. Evolution du patient dans le circuit de soins

5.2.2.1. Les méthodes de prise en charge

Les patients addicts sont souvent en rupture de soins, et tout particulièrement pour les soins dentaires. L'état bucco-dentaire est un problème jugé très secondaire dans le contexte de vie difficile, où l'on retrouve souvent démotivation, peur du dentiste, bouche très délabrée, perspective d'extractions et de soins dentaires, crainte des piqûres d'anesthésique, manque d'assiduité aux rendez-vous, renoncement aux soins et à l'image de soi et difficultés financières anticipées pour payer les prothèses dentaires. Par ailleurs, les douleurs peuvent être traitées en automédication avec des drogues illicites ou sur prescription d'antalgiques opiacés par le psychiatre (Madinier et al., 2003). Même à l'hôpital, les patients addicts préfèrent demander des antalgiques opiacés au médecin plutôt qu'un soin dentaire qui se résume souvent à une extraction en urgence.

De plus, les conséquences des drogues sur les dents peuvent engendrer une grande honte pour les patients. Ils ont déjà été jugés ou sermonnés par des médecins ou ont peur de l'être. Ils abandonnent le circuit de soins par dépit car chaque critique les décourage un peu plus et les renvoie à leurs problèmes. A l'hôpital, ils se sentent en confiance. Les chirurgiens-dentistes de l'Archet I sont habitués à une patientèle particulière présentant des pathologies diverses. Les patients toxicomanes ne représentent pas une exception comme ils le seraient dans un cabinet en ville. La consultation dentaire de l'Archet 1 est jumelée avec le service

d'infectiologie. Le soin de patients atteints du VIH ou des virus de l'hépatite B et C ne représente donc aucun obstacle dans la prise en charge.

Les patients addicts, surtout quand ils sont plus âgés, peuvent avoir des pathologies nécessitant une hospitalisation. Tout épisode d'hospitalisation pourrait être un moment favorable pour demander une consultation dentaire. Les cures de sevrage durent en général deux semaines. Cela laisse au patient le temps de venir une fois voire deux sur le fauteuil. Les patients ont tendance à s'ennuyer, et le fait de sortir du service peut être vu comme un divertissement. Le service d'Addictologie est un endroit propice au repos après une intervention chirurgicale : les patients ne sont pas seuls chez eux, ils ne sont pas dans l'obligation d'aller travailler et ils sont entourés d'un personnel médical compétent. Il faut profiter de ces deux semaines de cure pour encourager le patient à rentrer dans une dynamique positive vis-à-vis de sa santé bucco-dentaire. A la fin de l'hospitalisation, si les soins dentaires ne sont pas terminés, le patient peut revenir en tant qu'externe au service Dentaire. Il connaîtra déjà les soignants et le service et il sera plus motivé pour réaliser la suite des soins.

Le même raisonnement pourrait être appliqué à la maison d'arrêt : nombreux sujets addicts en rupture de soins dentaires, unité fermée avec un cabinet dentaire in situ, présence d'un chirurgien-dentiste. Ce praticien hospitalier du CHU de Nice dépend du service de Médecine Légale et non pas du pôle Odontologie. La difficulté de mise en œuvre à la maison d'arrêt est la même qu'au D1 : il faudrait davantage de vacations de chirurgiens-dentistes à l'hôpital.

5.2.2.2. *Les traitements de substitution*

Il serait intéressant d'évaluer l'impact de certains traitements de substitution sur la santé bucco-dentaire. En effet, la méthadone sous forme de sirop contient à la fois du saccharose et de l'éthanol, deux substances néfastes pour la santé bucco-dentaire.

5.2.2.3. *Le rôle de l'assistante sociale*

Les problèmes sociaux auxquels sont confrontés les patients sont déterminants dans la prise en charge bucco-dentaire. En effet, ces patients ont déjà de multiples difficultés à gérer dans leur quotidien. C'est pour cela que l'accès aux soins bucco-dentaires ne doit pas représenter une épreuve supplémentaire. Les patients doivent être orientés et accompagnés par des professionnels de santé tout au long de leur parcours de soins. Celui-ci doit être simplifié pour éviter le découragement qui mène au renoncement aux soins.

5.3. **Doléances bucco-dentaires**

Nous n'avons pas rédigé de questionnaire directif sur l'état de santé bucco-dentaire du patient, ni réalisé d'examen clinique. En effet, les patients viennent au CSAPA se confier à leur médecin en toute confiance et un questionnaire standard aurait été trop formel. Les patients se sentiraient inspectés et se replieraient sur eux-mêmes. Ainsi, une thèse a déjà été faite par une étudiante en médecine ou en chirurgie-dentaire (information non disponible) au sein du CSAPA. L'investigation avait été faite sous forme de questionnaire. Malheureusement, le nombre de réponses obtenues était faible, car les patients se sentaient « fliqués » et ne venaient plus au rendez-vous. Une conversation ouverte permet au patient de s'exprimer librement et de nous donner accès à des aspects intimes ou inattendus de son anamnèse dentaire que nous n'aurions pas abordés dans un interrogatoire classique. De même, afin de ne pas gêner les patients, nous n'avons pas réalisé d'examen clinique approfondi. De plus, la bouche a une symbolique psychologique très forte et peut être une source de honte : un examen clinique approfondi pourrait heurter la sensibilité de certains patients.

5.3.1. *Prise en charge de la douleur*

Les patients toxicomanes sont en proie au cercle vicieux de la douleur dentaire. En effet, la consommation de stupéfiants entraîne l'apparition de lésions carieuses douloureuses. La douleur va inciter le patient à consommer à nouveau un ou plusieurs produits pour calmer ces

douleurs (Figure 42). Le patient ne peut donc pas réduire ou stopper sa prise de produit car il a peur de la douleur dentaire. Or, lors de la cure de sevrage, la consommation est interdite et l'intervention du chirurgien-dentiste dans le soulagement de la douleur devient alors indispensable. (Figures 43, 44 et 45).

Figure 42. Les patients addicts sont en proie au cercle vicieux de la douleur dentaire. Les drogues sont utilisées à des fins antalgiques.

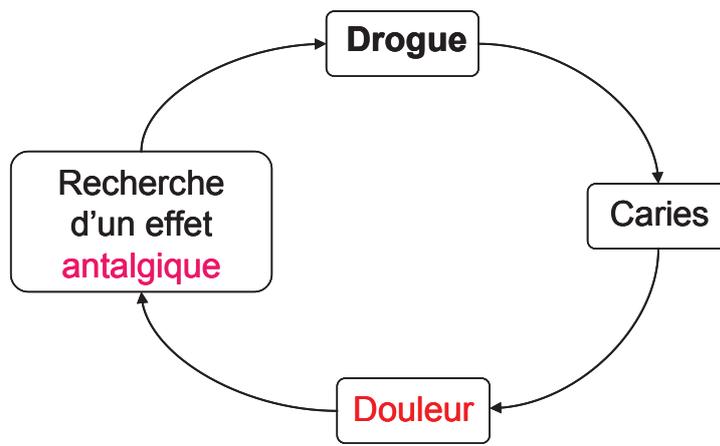


Figure 43. Lors de la cure de sevrage, les patients souffrent de douleurs bucco-dentaires car « les dents se réveillent ».

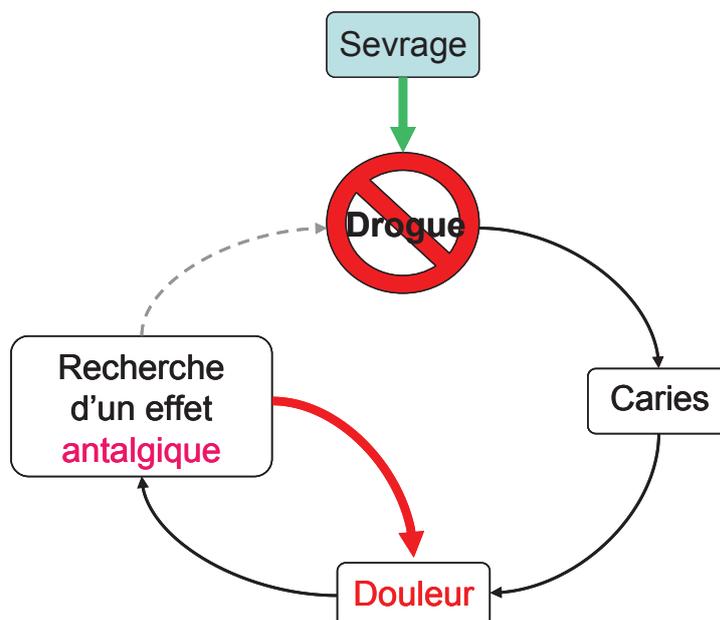


Figure 44. L'intervention d'un chirurgien-dentiste lors de la cure de sevrage est indispensable afin de « casser » ce cercle vicieux et de soulager les douleurs bucco-dentaires.

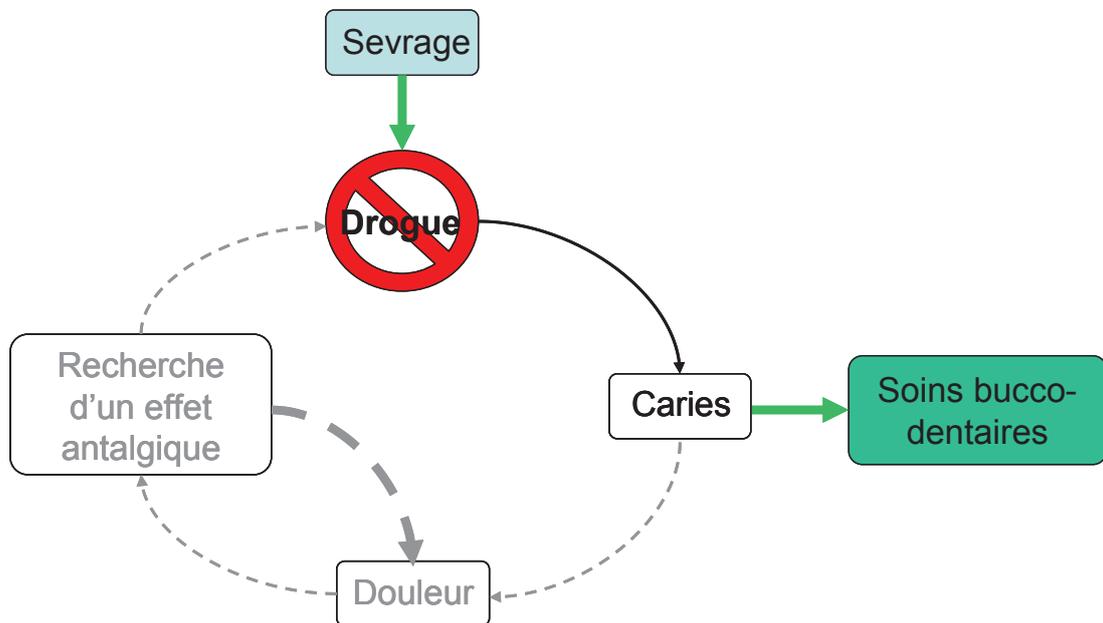
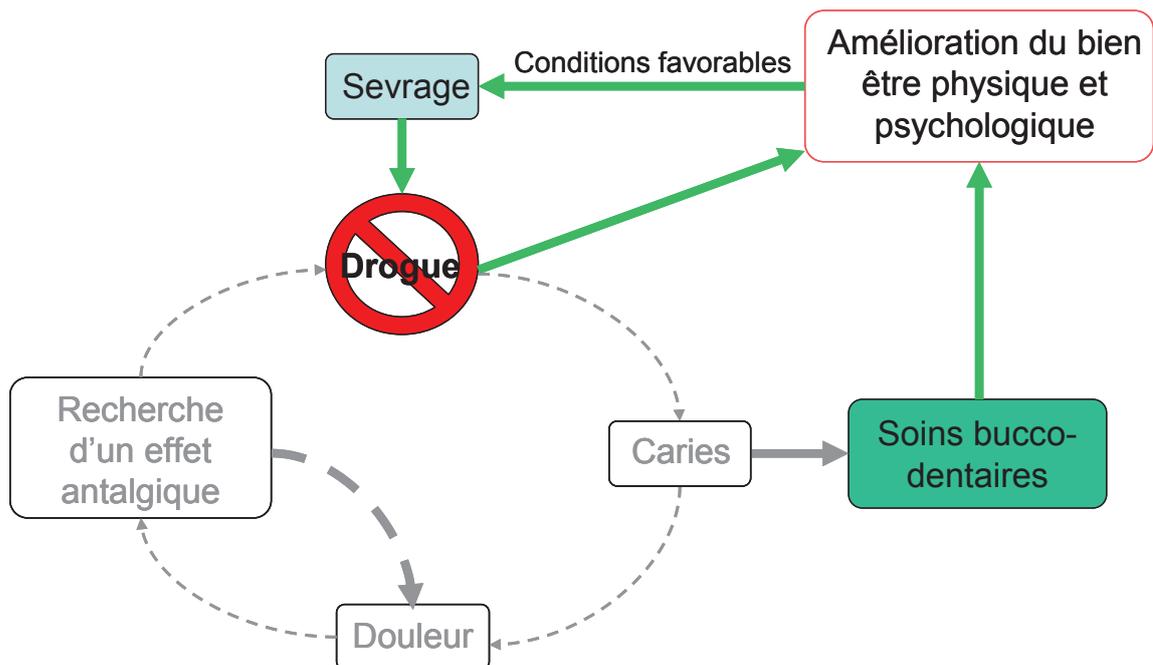


Figure 45. L'intervention d'un chirurgien-dentiste lors de la cure de sevrage va améliorer le bien-être physique et psychologique du patient, et favoriser le bon déroulement du sevrage et le maintien de l'abstinence une fois la cure terminée.



De plus, il faut éduquer les patients sur les origines des douleurs bucco-dentaires qui représentent des signaux d'alarme d'une pathologie débutante ou avancée. Il ne faut pas en masquer les symptômes en tentant de s'automédiquer. Les pathologies bucco-dentaires (carie, pulpite, abcès, parodontite) ne guérissent jamais seules et nécessitent toujours l'intervention d'un chirurgien-dentiste, avec un geste technique associé. Plus le patient diffère l'intervention du chirurgien-dentiste, plus la pathologie progresse et la sanction thérapeutique sera lourde (extraction à la place d'un soin conservateur).

5.3.2. *L'envie*

Il faut mettre en valeur l'intérêt esthétique et hygiénique des soins : détartrage, polissage, restauration des angles incisifs fracturés, prothèses esthétiques. De nombreux patients s'intéressent à leur poids et se pèsent volontiers pendant la consultation. Ils portent un intérêt à leur apparence et cela peut être un moteur dans leur traitement. Le patient doit être encouragé dans sa démarche pour avoir envie de revenir chez le chirurgien-dentiste. Ils doivent commencer par recevoir un assainissement simple : détartrage et extractions des dents non conservables ; puis réalisation des prothèses amovibles provisoires ou définitives. Le but est d'expliquer à ces patients que même une bouche douloureuse, édentée et sale peut être assainie et soignée.

5.3.3. *La confiance*

Ces patients sont fragiles psychologiquement, souvent phobiques ou traumatisés par les soins dentaires. Les dentistes doivent user de psychologie et de communication. L'approche doit être douce, sans précipitation, à l'écoute, compréhensive, et sans jugement afin d'établir une relation de confiance. Le patient a peur de ce qu'il ne connaît pas. Face à un refus ou une crainte, une simple explication du diagnostic et du traitement qui en découle peut permettre l'acceptation de la thérapeutique par le patient. Par exemple, lors d'extractions multiples, il faut prévenir le patient du nombre exact de dents à extraire et ne pas le prévenir au fur et à mesure alors que la chirurgie a déjà débuté. Il aura l'impression d'avoir été trompé.

5.3.4. Avoir le choix

Il faut savoir écouter les doléances du patient, le comprendre et ne pas lui donner l'impression que nous lui imposons quelque chose sans tenir compte de son avis. Il faut expliquer ce qui est réalisable, ce qui ne l'est pas et lui montrer que le choix des thérapeutiques est fait dans son intérêt. Une extraction va être vécue comme une expérience traumatisante, mais le patient sera soulagé et reconnaissant une fois l'acte terminé. De même, les patients porteurs de prothèses amovibles témoignaient être très satisfaits malgré une adaptation difficile durant les premiers temps qui ont suivi la pose.

5.3.5. L'accès aux soins

Les patients ont une idée fautive du coût des soins dentaires. Ils sont plus accessibles qu'ils ne le pensent. En effet, les tarifs d'honoraires applicables aux consultations, aux soins conservateurs (traitements de la carie, dévitalisation, détartrage etc.), aux soins chirurgicaux (extractions, etc.), aux actes radiologiques et de prévention (scellement de sillons), ne sont pas libres et sont dits opposables. Les soins dentaires opposables sont remboursés par l'Assurance Maladie sur la base de tarifs conventionnels. La Sécurité sociale rembourse en général 70 % et le ticket modérateur (en général 30 %) est remboursé par l'assurance maladie complémentaire.

Les tarifs d'honoraires des soins prothétiques (couronnes, bridges, appareils amovibles) sont des actes remboursables non opposables. Dans ce cas, le chirurgien-dentiste fixe ses honoraires librement avec tact et mesure. Les actes dentaires avec dépassement sont remboursés par l'Assurance Maladie et la Complémentaire sur la base de tarifs conventionnels. Le remboursement peut être partiel ou total, cela dépend du contrat souscrit auprès de la Mutuelle.

Il est nécessaire d'informer les patients que des solutions existent pour les aider financièrement à accéder aux soins dentaires : demande d'aide financière exceptionnelle individuelle de la Sécurité Sociale, CMU-C, AME, ACS. De plus, une prise en charge à l'hôpital leur permet de bénéficier du tiers payant pour les actes opposables (pas d'avance des frais), et les actes à dépassement comme les prothèses sont moins onéreux au CHU qu'en

cabinet libéral. Enfin, il faut prévenir des inconvénients liés aux soins faits à l'étranger. Bien que les tarifs semblent attractifs, il n'y a aucune garantie des soins réalisés et le suivi est impossible.

Le circuit de soin peut être représenté schématiquement par un plan. Le patient doit se rendre du point A (le service d'Addictologie) au point B (le service Dentaire). Le chemin entre le point A et B doit être le plus direct possible. Plus les procédures sont compliquées, plus le chemin sera long et le risque d'abandon des soins sera important. Auparavant, le transit des patients entre le service d'Addictologie et le service Dentaire était quasiment impossible car le nombre de démarches à faire et d'intermédiaires à contacter était trop élevé (Annexe 11). Dorénavant, grâce à la collaboration établie entre le service d'Addictologie et le service Dentaire, l'accès aux soins dentaires est direct (Annexe 12).

La présence d'un chirurgien-dentiste dans le service une fois par semaine permettait de poser un diagnostic précis et d'entreprendre une thérapeutique rapidement, que cela soit pour une urgence ou pour une prise en charge globale. Le service Dentaire rappelait ensuite le service d'Addictologie afin de fixer les rendez-vous des patients qui avaient été vus en première consultation le jour même. Le patient n'attendait pas, les rendez-vous étaient donnés dans les jours qui suivaient la première consultation (le mardi ou le mercredi en général). Le patient pouvaient obtenir jusqu'à trois ou quatre rendez-vous durant ses deux semaines d'hospitalisation au D1. Il pouvait ensuite continuer les soins bucco-dentaires en tant qu'externe, lorsque la cure était terminée. Ensuite, des radiographies rétro-alvéolaires étaient faites au fauteuil si un cliché panoramique n'avait pas pu être réalisé afin de ne pas perdre de temps à emmener le patient à l'hôpital Pasteur. Des démarches sont actuellement faites afin d'obtenir un panoramique dentaire au sein du service de l'Archet I. Cette alliance pluridisciplinaire a permis une simplification des procédures et ainsi une meilleure prise en charge des patients : elle est plus rapide, plus efficace et a un coût moindre.

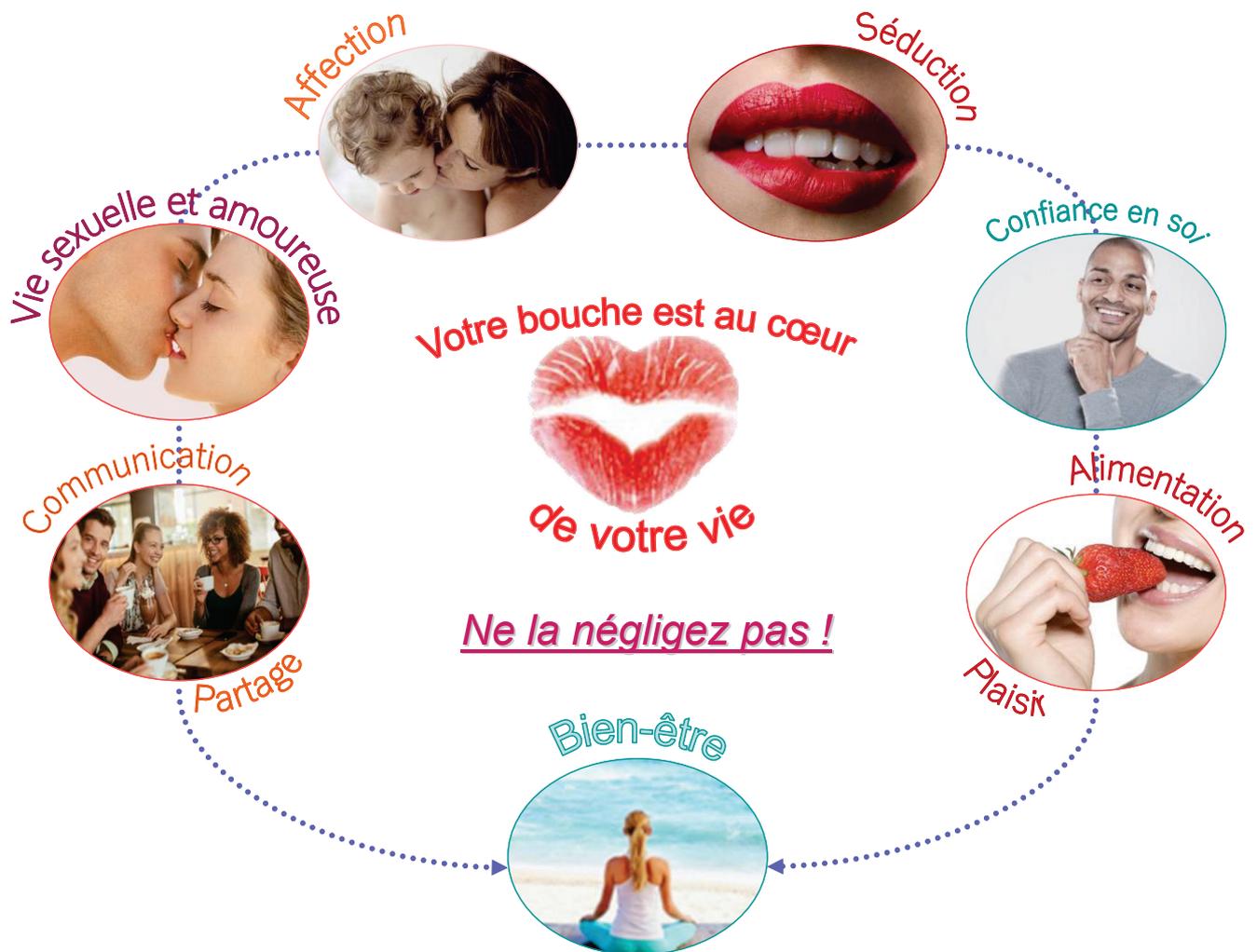
5.4. Actions entreprises pour améliorer la santé bucco-dentaire des patients suivis dans le service d'Addictologie

Cette étude a montré que pour améliorer la santé bucco-dentaire des patients suivis dans le service d'Addictologie, les patients doivent être encouragés grâce à un accès facile et rapide aux soins. Afin d'y parvenir, une collaboration entre les services de soins a été indispensable.

5.4.1. Information collective sur les soins dentaires et les possibilités de prise en charge

Les patients ont presque tous assisté à la présentation. Cependant, ils se sont désintéressés rapidement et leur concentration a flanché. Le vocabulaire employé était scientifique et abstrait et la communication a été rompue. Les patients ne comprenaient pas les termes employés et se contentaient de regarder les photos de bouches sales et repoussantes. Si nous voulons communiquer efficacement avec les patients, il faut avoir un discours accessible à tous. Un diaporama qui s'adresse à des dentistes ne peut pas convenir pour des patients. Il faut supprimer les données trop scientifiques et se focaliser sur des idées claires et simples. Les thèmes abordés porteraient sur l'hygiène bucco-dentaire, le rôle de la bouche dans le cadre de la santé générale et de la vie quotidienne (Figure 46), la description des soins bucco-dentaires de manière simple et démystifiée.

Figure 46. La bouche est omniprésente dans la vie quotidienne du patient. Elle doit être génératrice de plaisir et d'épanouissement personnel. Elle ne doit pas être douloureuse et représenter une source de honte.



Voici des exemples d'idées simples à aborder :

- Addiction = négligence = mauvaise hygiène bucco-dentaire = maladies de la bouche
- Hygiène bucco-dentaire = brosse à dent + dentifrice
- Carie = trou dans une dent fait par des bactéries = la dent est vivante, si elle est attaquée, elle souffre = douleur = signal d'alarme = il faut aller consulter, pas s'automédiquer
- Parodontite = tartre + dents mobiles

- Bouche = manger, sourire, parler, embrasser, sexe = vivre = plaisir =/= souffrance (Figure 46)

D'autre part, les photos cliniques de bouches sales étaient pertinentes mais trop choquantes pour des patients. Le chirurgien-dentiste fait suffisamment peur comme cela, inutile de dégoûter les patients avec des photos horribles. De plus, les patients d'Addictologie n'avaient pas tous une bouche dévastée. Certains étaient suivis par un chirurgien-dentiste et avaient une bonne hygiène. Il pourrait être insultant pour eux de les stigmatiser et de faire un raccourci trop rapide de type : addiction = bouche sale.

Enfin, pour les patients ayant une bouche délabrée, il n'était pas nécessaire de les mettre face à des photos choquantes pour les faire réagir. Ces patients ont déjà honte de leur état bucco-dentaire. Il faut leur donner envie de se soigner, pas de les renvoyer à leur dégoût.

Au total, il faut motiver le patient en lui montrant des bouches saines, propres et souriantes. Il doit voir la consultation dentaire comme un privilège et non pas comme une punition.

5.4.2. Les informations souvent demandées sur les soins dentaires et les possibilités de prise en charge

Blanchiment des dents. Le blanchiment des dents est un soin particulier qui était souvent demandé par les patients. Ce soin qui relève de l'esthétique est présumé (à juste titre) non douloureux par les patients. Mais il ne peut se pratiquer que dans des bouches saines chez des patients ayant une hygiène de vie stricte (bonne hygiène bucco-dentaire, pas de caries, pas de maladie parodontale, pas de tabac, pas d'alcool...). Avant d'envisager un blanchiment, il faut assainir la bouche : détartrage, polissage, soins des dents cariées etc. Il n'est pas nécessaire de faire un blanchiment pour éliminer les colorations tabagiques, un polissage est suffisant et satisfaisant.

Réhabilitation dentaire prothétique. Beaucoup de patients addicts avaient une bouche vieillie prématurément et ils souhaitaient une réhabilitation prothétique fixée (dentaire ou implantaire). Certains patients voulaient tout, tout de suite, sans tenir compte des enjeux

qu'une réhabilitation implantaire représente : « Je vais me faire poser des implants mais je ne veux pas qu'on m'enlève mes racines, elles ne me dérangent pas ». Il y a un décalage chez ces patients entre leur état bucco-dentaire et l'idée qu'ils ont des soins bucco-dentaires. Une réhabilitation avec des prothèses de transition et des bridges sur implants peut s'élever jusqu'à 20.000 € à charge du patient, parce que ces traitements ne sont pas intégralement pris en charge par l'Assurance maladie et les mutuelles. Mais en dehors des coûts implantaires, il faut d'abord assainir la bouche, en général avec des extractions dentaires multiples, des détartrages, des traitements parodontaux et des soins de caries.

Sécheresse buccale. Enfin, nous avons constaté que la quasi-totalité des patients addicts avaient un traitement médicamenteux dont des médicaments psychotropes. Il est reconnu que ces médicaments provoquent une sécheresse buccale. Dans cette étude sur cinq mois, 34 % (12/35) des patients avaient une doléance de sécheresse buccale. C'est pourquoi les patients devraient être informés de cet effet secondaire et des possibilités de traitement (importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire, consultation dentaire annuelle sans attendre d'avoir mal, chewing-gums sans sucre, substituts salivaires).

Cette étude a montré que le chirurgien-dentiste devait consacrer beaucoup de temps pour expliquer aux patients addicts ce qui est bon pour leur santé bucco-dentaire, ce qui est réalisable et ce qui ne l'est pas. Les plans de traitements proposés doivent être faciles à expliquer, peu onéreux et rapides à mettre en œuvre avec peu de séances. Le but premier est d'assainir et de soulager la douleur : motivation à l'hygiène, extraction des dents très délabrées, détartrages, soins des dents cariées. Les résultats de cette thérapeutique sont immédiats. Les douleurs sont supprimées et l'halitose diminuée. Le sourire est plus esthétique grâce aux soins des caries des dents antérieures et à la suppression des colorations d'origine exogène. Ces résultats facilement accessibles sont encourageants pour le patient et le pousseront à poursuivre les soins. Une fois le patient mis en confiance, une réhabilitation prothétique peut être envisagée. Le psychiatre et son équipe pourraient systématiquement proposer une consultation dentaire aux patients hospitalisés et nous aider à motiver le patient pour qu'il accepte cette première consultation.

5.4.3. Information individuelle sur les soins dentaires et les possibilités de prise en charge

Ce travail a montré que, en lien avec les multiples addictions qui peuvent être associées, les patients addicts pouvaient avoir un état de santé bucco-dentaire allant d'une bouche saine, avec une bonne hygiène bucco-dentaire et un suivi régulier chez un chirurgien-dentiste libéral, à une bouche totalement délabrée sans aucune hygiène ni suivi bucco-dentaire. C'est pourquoi une information collective n'était pas adaptée. L'information doit être individuelle et faire suite à un examen bucco-dentaire, afin de pouvoir présenter à chaque patient son plan de traitement et pouvoir répondre à ses questions en toute confidentialité.

Cette démarche a permis de réinsérer dans le circuit des soins dentaires 0 (0/15) à 27 % (4/15) des patients, sur des groupes de 15 personnes hospitalisées dans une unité d'Addictologie pour une cure de sevrage. Nous avons observé une limite à cette démarche : si les détartrages sont très bien acceptés par les patients, les extractions peuvent être inappropriées quand elles sont réalisées pendant les deux semaines de la cure de sevrage. En effet, le « risque d'extraction » ou d' « avoir un trou dans le sourire » en attendant la prothèse amovible peut en effrayer certains.

5.4.3.1. Présentation du patient et addiction

La majorité de la population étudiée était alcoolo-tabagique. La consommation de drogues illicites ne concernait qu'un tiers de la patientèle (11/34). Cependant, l'évaluation des substances consommées pouvait être faussée car le patient ne va pas tout nous confier, il va uniquement parler de la substance pour laquelle il est en cure de sevrage. Il ne va pas forcément parler de toutes ses expériences et consommations antérieures. Or, la consommation de certaines drogues comme l'héroïne peut continuer à avoir un impact sur la santé bucco-dentaire bien que le patient soit sevré. Le délabrement bucco-dentaire ne sera pas dû à une seule substance mais à la succession des différentes expériences au cours de la vie du patient. Lors de la prise en charge, il faudra se soucier de l'addiction actuelle mais aussi des diverses consommations passées.

5.4.3.2. *Examen bucco-dentaire*

Tous les patients ayant consulté présentaient des doléances bucco-dentaires (douleurs, édentation...). Le but de la prise en charge est donc de répondre à ces doléances. Cependant, il est également important de faire prendre conscience aux patients qu'un suivi par un chirurgien-dentiste permet le dépistage de pathologies asymptomatiques. Les patients sont souvent atteints de problèmes bucco-dentaires qu'ils ne soupçonnent pas. Par exemple, un patient consultant car il est gêné par un manque de salive, peut se révéler être polycarié. De plus, 34 % de l'échantillon était concerné par la maladie parodontale. Or, l'examen clinique réalisé est sommaire et ne comporte pas de *charting* (sondage et mesure de la profondeur des poches parodontales et du niveau d'attache gingivale). Le pourcentage de patients souffrant de problèmes parodontaux était donc probablement plus élevé en réalité que ne l'a révélé l'étude. Il serait intéressant de comparer la proportion de patients atteints de parodontite dans l'échantillon par rapport à la population française. Il semblerait logique que ce pourcentage soit plus élevé au sein de l'échantillon car il regroupe une patientèle majoritairement fumeuse et ayant une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

Seulement 35 patients ont été examinés en première consultation au cours des trois mois de l'étude. Il serait intéressant de savoir pourquoi les autres patients n'ont pas souhaité voir un chirurgien-dentiste. Est-ce parce qu'ils n'ont pas de problèmes bucco-dentaires ou qu'ils considèrent ne pas en avoir ? Est-ce par crainte ? Par désintérêt ? Devons-nous rendre la première consultation dentaire obligatoire ? Ou est-ce que cela serait trop brusque et intrusif pour certains patients ? Tous les patients nécessiteraient d'être auscultés par un chirurgien-dentiste, que cela soit pour soigner une pathologie ou pour réaliser une visite de contrôle dans un but de prévention.

5.4.3.3. *Examen nutritionnel*

La proportion de patients obèses était plus grande dans l'échantillon que dans la population française. Cela peut refléter la mauvaise hygiène alimentaire des patients atteints d'addiction. En effet, un régime alimentaire déséquilibré et malsain concorde avec le cadre de vie instable de ce type de patientèle. De plus, la cure de sevrage de certains produits peut entraîner une compensation alimentaire engendrant une prise de poids. Au contraire, le

sevrage à l'alcool est souvent synonyme de perte de poids car l'éthanol contient 700 kcal pour 100 g et les boissons alcoolisées sont souvent riches en glucides.

L'apprentissage de l'hygiène alimentaire est donc indispensable car elle va impacter la santé générale et bucco-dentaire du patient. Elle a aussi une influence psychologique car l'image que le patient a de son corps intervient dans l'acceptation de soi et donc dans l'accès au bien-être.

5.4.3.4. *Réhabilitation bucco-dentaire*

Tous les patients reçus en première consultation nécessitaient une prise en charge bucco-dentaire. Cependant, la demande de soins n'était pas homogène. Certains avaient des bouches très délabrées et nécessitaient des extractions multiples, alors que d'autres avaient besoin d'un détartrage et de soins conservateurs. Plus des deux tiers des patients vus en première consultation dans le service d'Addictologie ont ensuite été soignés dans le service Dentaire de l'Archet I. Selon les semaines, entre 0 et 4 patients des 15 patients hospitalisés en cure de sevrage (0 à 27 %) ont accepté de venir à la consultation dentaire qui leur était proposée. Cette étude montre qu'un premier contact avec un chirurgien-dentiste dans un environnement familial et sécurisant, sans fauteuil dentaire, peut favoriser le retour dans le circuit des soins dentaires. La présence d'un chirurgien-dentiste dans le service d'Addictologie encourageait les patients à venir poser leurs questions et à être pris en charge. Une première consultation au sein du service « n'engage » à rien, le patient était libre de venir se faire examiner et de choisir s'il voulait continuer ou non les soins. Il serait intéressant de savoir pourquoi le dernier quart des patients n'a pas été suivis par la suite. Pourquoi le circuit de soins a-t-il été rompu ? Est-ce que le patient est sorti du service d'Addictologie avant d'avoir pu venir dans le service Dentaire ? Est-ce que le service Dentaire possède un plateau technique suffisant ou le patient a-t-il dû être adressé ailleurs, par exemple pour voir un spécialiste du bruxisme, ou un implantologiste au Pôle Odontologie de l'hôpital Saint Roch ?

Ensuite, seulement 23 % (35/150) des patients hospitalisés dans le service d'Addictologie ont été vus en première consultation. Il faudrait étudier les raisons pour lesquelles tous les patients ne souhaitent pas être vus par le chirurgien-dentiste. Presque la moitié des patients ont été auscultés le premier mois de l'étude. Pourquoi le nombre de

patients vu par mois a-t-il diminué par la suite ? La motivation du personnel soignant du service d'Addictologie a-t-elle diminué pour informer les patients de la présence d'un dentiste ? Le changement d'interne en novembre dans le service a-t-il eu un impact sur le nombre de consultations ? Comment pouvons-nous encourager la patientèle à être plus nombreuse aux premières consultations ? La première consultation dentaire doit-elle devenir systématique pour chaque patient entrant dans le service d'Addictologie ?

Un tiers des rendez-vous réalisés sur le fauteuil ont eu lieu alors que les patients étaient encore hospitalisés. 40 % (14/35) des patients sont revenus en tant qu'externe. Il est difficile de motiver le patient afin qu'il poursuive les soins à la fin de sa cure. Peut-être que la programmation de rendez-vous avant la sortie du patient l'encouragerait à venir. Devoir téléphoner au service Dentaire pour prendre lui-même un rendez-vous est un obstacle supplémentaire que le patient ne franchira pas toujours. La majorité des patients sont venus pour un détartrage, c'est le soin qui est le mieux accepté par les patients car il est peu invasif. Beaucoup de plans de traitement restent inachevés et s'arrêtent à l'étape des extractions et des prothèses immédiates. Au total, grâce à ce travail, sur un effectif théorique d'environ 150 patients hospitalisés au D1 pendant la durée de l'étude, 23 % (35/150) des patients hospitalisés ont bénéficié d'une consultation dentaire, 69 % (24/35) de ces patients d'une prise en charge dentaire pour les premiers soins, et 14 % (5/35) des patients d'une réhabilitation prothétique.

Cette étude a montré que venir à la rencontre des patients addicts et leur proposer une consultation dentaire dans le service permettait parfois de leur faire accepter les soins et de les remettre dans un parcours de réhabilitation bucco-dentaire. L'hospitalisation était un moment favorable pour le retour des patients addicts dans le circuit des soins dentaires pour trois raisons :

- d'un point de vue administratif il est possible de coter une consultation dentaire CDO aux patients hospitalisés, contrairement aux patients du CSAPA,
- le D1 est une unité fermée mais le chirurgien-dentiste peut venir faire une consultation « au lit du patient », en pratique dans la salle de soins infirmiers,
- une première consultation dentaire en dehors d'un cabinet dentaire est beaucoup moins anxiogène qu'une consultation classique sur un fauteuil dentaire.

5.4.4. Actions entreprises et pérennisées pour améliorer la santé bucco-dentaire des patients suivis dans le service d'Addictologie

L'information collective des patients hospitalisés sous forme de diaporama n'était pas un mode de communication adapté. L'information collective doit être en libre accès, par exemple, sous forme de posters ou de plaquettes. Cette information a un but éducatif et préventif, elle doit susciter de l'intérêt et des questionnements chez les patients.

Au niveau de l'état de santé bucco-dentaire, il y avait de grandes différences interindividuelles au sein de la patientèle. Une information collective et globale qui « lisse » ces différences était donc insuffisante. Elle doit être complétée par une information personnalisée et adaptée à la situation du patient.

L'équipe d'Addictologie a facilité la collaboration avec le pôle Odontologie :

- en informant systématiquement les nouveaux entrants de la possibilité de faire venir un chirurgien-dentiste pour une consultation initiale au D1,
- en mettant à disposition la salle de soins infirmiers pour faire les consultations dentaires, sur le fauteuil de prélèvements sanguin (avec une lampe frontale),
- en déléguant chaque fois que nécessaire un aide-soignant pour accompagner un patient du D1 à la consultation dentaire de l'Archet.

Maintenant, pour les patients suivis au CSAPA, il faudrait faire une plaquette d'information sur la santé bucco-dentaire, l'hygiène et la prévention, ainsi que les possibilités de traitement et les coordonnées du pôle Odontologie.

6. CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude descriptive était d'écouter les doléances bucco-dentaires des patients addicts et des soignants du CSAPA ainsi que du service d'Addictologie du CHU de Nice.

Le groupe de patients que nous avons observé au CSAPA comportait 55 patients, 24 % (13/55) de femmes et 76 % (42/55) d'hommes. Le groupe de patients du D1 comportait 24 patients, avec 21 % (5/24) de femmes et 79 % (19/24) d'hommes. Au CSAPA et au D1, l'âge médian était respectivement de 46 ans et de 57 ans.

Les patients suivis avaient une demande esthétique et hygiénique, les patients complètement édentés étaient satisfaits de leurs prothèses et les patients sans suivi l'étaient pour de multiples raisons : manque de motivation, d'information, de moyens financiers, phobie du dentiste. Les médecins et les psychiatres ne sont pas formés pour dépister des pathologies bucco-dentaires et les prendre en charge. Ils souhaitent établir une prise en charge pluridisciplinaire avec des chirurgiens-dentistes mais les procédures d'accès aux soins bucco-dentaires étaient complexes et n'aboutissaient pas. Afin, d'encourager les patients et les soignants, l'accès aux soins dentaires doit être facile et rapide. Pour y parvenir, une coopération entre les services de soins est indispensable. En effet, les doléances bucco-dentaires des patients n'étaient pas exprimées spontanément et les patients ne se manifestaient auprès du personnel uniquement qu'en cas de douleurs. En revanche, lorsque le chirurgien-dentiste était présent au sein du service d'Addictologie, les patients étaient informés de sa venue et venaient alors manifester leur intérêt pour leur santé bucco-dentaire

Grâce à cette collaboration entre les services de soins, durant une période de cinq mois, 23 % (35/150) des patients hospitalisés ont bénéficié d'une consultation dentaire, 69 % (24/35) de ces patients d'une prise en charge dentaire pour les premiers soins, et 14 % (5/35) des patients d'une réhabilitation prothétique.

Les objectifs secondaires de ce travail étaient de faire des propositions pour améliorer le parcours de soins dentaires des patients addicts et d'aider à prévenir les maladies bucco-

dentaires dans cette population de patients. Pour que l'accès aux soins soit direct, la période d'hospitalisation lors du sevrage a été utilisée pour réinsérer le patient dans le circuit des soins dentaires grâce aux consultations initiales faites dans le service d'Addictologie. Afin de prévenir les maladies bucco-dentaires chez les patients addicts, il faudrait dispenser une information individuelle en leur présentant un plan de traitement personnalisé et en répondant à leurs questions. Enfin, pour les patients suivis au CSAPA, il faudrait faire une plaquette d'information sur la santé bucco-dentaire, l'hygiène et la prévention, ainsi que les possibilités de traitement et les coordonnées du pôle Odontologie.

7. BIBLIOGRAPHIE

- Association Dentaire Française (ADF). Risques médicaux. Guide de prise en charge par le chirurgien-dentiste. 2013. 86-87. www.adf.asso.fr.
- Assurance Maladie en Ligne. 2017. www.ameli.fr/
- Brown, C., Krishnan, S., Hursh, K., Yu, M., Johnson, P., Page, K., Shiboski, C.H., 2012. Dental disease prevalence among methamphetamine and heroin users in an urban setting: a pilot study. *J. Am. Dent. Assoc.* 143, 992–1001.
- Chevalier, M., Prêcheur, I., 2014. La bouche sèche. *AFGS Bulletin n°90*.
- Cho, C.M., Hirsch, R., Johnstone, S., 2005. General and oral health implications of cannabis use. *Aust. Dent. J.* 50, 70–74.
- D'Amore, M.M., Cheng, D.M., Kressin, N.R., Jones, J., Samet, J.H., Winter, M., Kim, T.W., Saitz, R., 2011. Oral health of substance-dependent individuals: impact of specific substances. *J. Subst. Abuse Treat.* 41, 179–185. doi:10.1016/j.jsat.2011.02.005
- Darling, M.R., Arendorf, T.M., 1993. Effects of cannabis smoking on oral soft tissues. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 21, 78–81.
- De-Carolis, C., Boyd, G.-A., Mancinelli, L., Pagano, S., Eramo, S., 2015. Methamphetamine abuse and “meth mouth” in Europe. *Med. Oral Patol. Oral Cirurgia Bucal* 20, e205-210.
- Dopamine. Effet de la dopamine. 2017. www.dopamine.fr/effet-de-la-dopamine.php
- Drogue Dépendance. Substance psychoactive : qu'est-ce que c'est ?. 2017. www.drogues-dependance.fr/s_informer-substance_pschoactive.html
- Drogue Info Service. Le dico des drogues - Cocaïne. 2017. www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues
- E Santé. Tabac, cigarette et nicotine. 2012. www.e-sante.fr/nicotine-demelez-vrai-faux/actualite/1615#paragraphe1
- Hamamoto, D.T., Rhodus, N.L., 2009. Methamphetamine abuse and dentistry. *Oral Dis.* 15, 27–37. doi:10.1111/j.1601-0825.2008.01459.x
- Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques : Prise en charge des consommateurs de cocaïne. 2010. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-05/consommation_de_cocaine_-_argumentaire.pdf

- Hilt, A., Rybarczyk-Townsend, E., 2014. [Influence of smoking intoxicants on dental status. Literature search and own experience]. *Dev. Period Med.* 18, 400–404.
- Hubert-Grossin, K., George, Y., Laboux, O., 2003. Illicit drug-addiction : oral manifestations and dental management. *Rev. Odonto Stomatol.*
- Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. Addictions. 2014. www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions
- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. 2017. www.insee.fr
- Johnson, G.K., Slach, N.A., 2001. Impact of tobacco use on periodontal status. *J. Dent. Educ.* 65, 313–321.
- Kasat, V., Ladda, R., 2012. Smoking and dental implants. *J. Int. Soc. Prev. Community Dent.* 2, 38–41. doi:10.4103/2231-0762.109358
- Khocht, A., Schleifer, S.J., Janal, M.N., Keller, S., 2009. Dental care and oral disease in alcohol-dependent persons. *J. Subst. Abuse Treat.* 37, 214–218. doi:10.1016/j.jsat.2008.11.009
- Laslett, A.-M., Dietze, P., Dwyer, R., 2008. The oral health of street-recruited injecting drug users: prevalence and correlates of problems. *Addict.* Abingdon Engl. 103, 1821–1825. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02339.x
- Le cerveau à tous les niveaux ! Les neurotransmetteurs affectés par les drogues. 2002. www.lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_m/i_03_m_par/i_03_m_par_cocaine.html
- Lussi, A., Jaeggi, T., 2008. Erosion--diagnosis and risk factors. *Clin. Oral Investig.* 12 Suppl 1, S5-13. doi:10.1007/s00784-007-0179-z
- Ma, H., Shi, X., Hu, D., Li, X., 2012. The poor oral health status of former heroin users treated with methadone in a Chinese city. *Med. Sci. Monit. Int. Med. J. Exp. Clin. Res.* 18, PH51-55.
- Madinier, I., Harrosch, J., Dugourd, M., Giraud-Morin, C., Fosse, T., 2003. [The buccal-dental health of drug addicts treated in the University hospital centre in Nice]. *Presse Medicale Paris Fr.* 1983 32, 919–923.
- Madinier, I., Starita-Geribaldi, M., Berthier, F., Pesci-Bardon, C., Brocker, P., 2009. Detection of mild hyposalivation in elderly people based on the chewing time of specifically designed disc tests: diagnostic accuracy. *J. Am. Geriatr. Soc.* 57, 691–696. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02179.x
- Maloney, W.J., 2011. Significance of cannabis use to dental practice. *N. Y. State Dent. J.* 77, 36–39.
- Matta, J., Zins, M., Feral-Pierssens, A.L., Carette, C., Ozguler, A., Goldberg, M., Czernichow, S., 2016. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. *Bull. Épidémiologique Hebd.*

- Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Drogues et toxicomanies en France - Données, études, enquêtes. 2017. www.ofdt.fr/
- Östberg, A.-L., Bengtsson, C., Lissner, L., Hakeberg, M., 2012. Oral health and obesity indicators. *BMC Oral Health* 12, 50. doi:10.1186/1472-6831-12-50
- Pesci-Bardon, C., Prêcheur, I., 2013. L'alcool : une drogue licite aux conséquences bucco-dentaires non négligeables Alcohol: a licenced drug with significant oral consequences.
- Pesci-Bardon, C., Prêcheur, I., 2010. Conduites addictives : tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé buccodentaire. [Httpwwwem-Premiumcomdatatraitesmb28-54426](http://www.em-premium.com/data/traitemb28-54426).
- Pouyssegur, V., Brocker, P., Schneider, S.M., Philip, J.L., Barat, P., Reichert, E., Breugnon, F., Brunet, D., Civalleri, B., Solere, J.P., Bensussan, L., Lupi-Pegurier, L., 2015. An innovative solid oral nutritional supplement to fight weight loss and anorexia: open, randomised controlled trial of efficacy in institutionalised, malnourished older adults. *Age Ageing* 44, 245–251. doi:10.1093/ageing/afu150
- Pouysségur, V., Jean, C., Prêcheur, I., n.d. La dénutrition lors des réhabilitations dentaires prothétiques chez les patients âgés [WWW Document]. *Inf. Dent.* URL <http://www.information-dentaire.fr/Bibliographies/011025-23416-La-denuitrition-lors-des-rehabilitations-dentaires-prothetiques-chez-les-patients-ages.html> (accessed 11.12.16).
- Reece, A.S., 2007. Dentition of addiction in Queensland: poor dental status and major contributing drugs. *Aust. Dent. J.* 52, 144–149.
- Riemer, L., Holmes, R., 2014. Under the influence: informing oral health care providers about substance abuse. *J. Evid.-Based Dent. Pract.* 14 Suppl, 127–135.e1. doi:10.1016/j.jebdp.2014.04.007
- Roche. ObEpi-Roche 2012 : enquête nationale sur l'obésité et le surpoids. 2012. www.roche.fr/innovation-recherche-medicale/decouverte-scientifique-medicale/cardio-metabolisme/enquete-nationale-obepi-2012.html
- Sánchez-Ayala, A., Campanha, N.H., Garcia, R.C.M.R., 2013. Relationship between body fat and masticatory function. *J. Prosthodont. Off. J. Am. Coll. Prosthodont.* 22, 120–125. doi:10.1111/j.1532-849X.2012.00937.x
- Service Public. Le site officiel de l'administration française. 2017. www.service-public.fr/
- Sham, A.S.K., Cheung, L.K., Jin, L.J., Corbet, E.F., 2003. The effects of tobacco use on oral health. *Hong Kong Med. J. Xianggang Yi Xue Za Zhi* 9, 271–277.
- Shekarchizadeh, H., Khami, M.R., Mohebbi, S.Z., Ekhtiari, H., Virtanen, J.I., 2013. Oral Health of Drug Abusers: A Review of Health Effects and Care. *Iran. J. Public Health* 42, 929–940.

- Sheridan, J., Aggleton, M., Carson, T., 2001. Dental health and access to dental treatment: a comparison of drug users and non-drug users attending community pharmacies. *Br. Dent. J.* 191, 453–457. doi:10.1038/sj.bdj.4801206a
- Shetty, V., Mooney, L.J., Zigler, C.M., Belin, T.R., Murphy, D., Rawson, R., 2010. The relationship between methamphetamine use and increased dental disease. *J. Am. Dent. Assoc.* 141, 307–318.
- Stop Tabac. Alcool et tabac, les conséquences conjointes. 2013. www.stop-tabac.ch/fr/les-effets-du-tabagisme-sur-la-sante/alcool-et-tabac-les-consequences-conjointes
- Strietzel, F.P., Reichart, P.A., Kale, A., Kulkarni, M., Wegner, B., Kuchler, I., 2007. Smoking interferes with the prognosis of dental implant treatment: a systematic review and meta-analysis. *J. Clin. Periodontol.* 34, 523–544. doi:10.1111/j.1600-051X.2007.01083.x
- Supic, Z.T., Petrovic, R., Milicevic, M.S., Trajkovic, G., Bukumiric, Z., 2013. The oral health of heroin drug users: case study in Bosnia and Herzegovina. *BMC Public Health* 13, 1202. doi:10.1186/1471-2458-13-1202
- Titsas, A., Ferguson, M.M., 2002. Impact of opioid use on dentistry. *Aust. Dent. J.* 47, 94–98.
- Toxquebec. Amphétamine, Méthamphétamine et cristal meth. 2008. www.toxquebec.com/livre_drogues2/07-amphetamines.htm
- Versteeg, P.A., Slot, D.E., van der Velden, U., van der Weijden, G.A., 2008. Effect of cannabis usage on the oral environment: a review. *Int. J. Dent. Hyg.* 6, 315–320. doi:10.1111/j.1601-5037.2008.00301.x
- Vidal. Dictionnaire Vidal des médicaments. Vidal Ed. Paris 2017. www.vidal.fr/
- Walsh, P.M., Epstein, J.B., 2000. The oral effects of smokeless tobacco. *J. Can. Dent. Assoc.* 66, 22–25.
- Wang, P., Chen, X., Zheng, L., Guo, L., Li, X., Shen, S., 2014. Comprehensive dental treatment for “meth mouth”: a case report and literature review. *J. Formos. Med. Assoc. Taiwan Yi Zhi* 113, 867–871. doi:10.1016/j.jfma.2012.01.016
- Warnakulasuriya, S., Dietrich, T., Bornstein, M.M., Casals Peidró, E., Preshaw, P.M., Walter, C., Wennström, J.L., Bergström, J., 2010. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *Int. Dent. J.* 60, 7–30.
- Winn, D.M., 2001. Tobacco use and oral disease. *J. Dent. Educ.* 65, 306–312.

8. LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Un sujet est considéré comme souffrant d'une addiction quand il présente ou a présenté, au cours des douze derniers mois, au moins deux des onze critères suivants (d'après l'INSERM, 2014).....9

Tableau 2. Calcul du coefficient masticatoire en fonction de la valeur fonctionnelle de chaque dent (%) (d'après Madinier et al., 2009).....50

9. LISTE DES FIGURES

Figure 1. Transmission de l'influx nerveux entre les neurones grâce aux neurotransmetteurs. (Dopamine, 2017).....	10
Figure 2. Etat bucco-dentaire d'une femme de 56 ans ayant une addiction à l'alcool, au tabac et aux médicaments psychotropes. La patiente présente une gingivite, des lésions carieuses et des dents à l'état de racines (Cliché I. Prêcheur).....	13
Figure 3. Etat bucco-dentaire d'un homme de 38 ans ayant une addiction au tabac et au cannabis. Le patient présente une parodontite agressive localement sévère sur les secteurs incisif et molaire, des lésions cervicales d'usure, des colorations dentaires liées à la fumée.....	15
Figure 4. Radiographie panoramique du patient de la photographie clinique de la figure 3.....	15
Figure 5. Etat bucco-dentaire d'un homme de 24 ans ayant une addiction au tabac et au cannabis. Le patient présente une candidose aigüe pseudomembraneuse en regard de 11 et 21 et une perlèche rétro-commissurale associée à une leucoplasie tabagique.....	16
Figure 6. Etat bucco-dentaire de deux hommes de 45 ans ayant une addiction à l'alcool, au tabac, au cannabis et à l'héroïne. Les patients présentent des caries serpentineuses sur toutes leurs dents (Clichés I. Prêcheur).....	19
Figure 7. Homme de 47 ans ayant une addiction à l'alcool et un antécédent d'addiction à l'héroïne. Le patient présente un état cachectique, il est atteint du virus de l'hépatite C (VHC) et d'un cancer de la parotide.....	21
Figure 8. Sexe ratio de la population dans les échantillons de patients du CSAPA et du D1 (%).....	27
Figure 9. Age médian de la population dans les échantillons de patients du CSAPA et du D1 (ans).....	28
Figure 10. Chambre du service d'Addictologie.....	31

Figure 11. Les patients pratiquent de nombreuses activités artistiques et décorent le service.....	32
Figure 12. Illustration de Don Quichotte de la Manche présente dans le bureau de l'assistante sociale du CSAPA.....	37
Figure 13. Sexe ratio de l'échantillon de patients ayant bénéficié d'une première consultation dans le cadre de l'étude observationnelle pilote sur 35 patients addicts (%).....	45
Figure 14. Age médian de l'échantillon étudié (ans).....	45
Figure 15. Répartition de la consommation des produits dans l'échantillon étudié.....	46
Figure 16. Nombre de produits consommés simultanément par les patients de l'échantillon étudié.....	47
Figure 17. Proportions des patients souffrant de douleurs d'origine bucco-dentaire et de sécheresse buccale dans l'échantillon étudié (%).....	48
Figure 18. Proportions des patients témoignant de problème d'édentation pour manger dans l'échantillon étudié (%).....	48
Figure 19. Nombre médian de dents absentes chez chaque patient de l'échantillon étudié.....	49
Figure 20. Répartition des patients de l'échantillon en fonction du nombre de dents absentes.....	49
Figure 21. Coefficient masticatoire médian de l'échantillon étudié (%).....	50
Figure 22. Nombre médian de dents cariées ou à l'état de racines dans l'échantillon étudié.....	51
Figure 23. Pourcentage médian de dents cariées ou à l'état de racines par rapport au nombre de dents restantes chez chaque patient de l'échantillon étudié (%).....	51

Figure 24. Répartition de la population en fonction du pourcentage de dents cariées ou à l'état de racines par rapport au nombre de dents restantes (%).....	52
Figure 25. Nombre médian de dents à l'état de racines dans l'échantillon étudié.....	53
Figure 26. Répartition de l'échantillon étudié en fonction du statut parodontal de chaque patient (%).....	53
Figure 27. Indice de masse corporelle médian de l'échantillon étudié (kg/m ²).....	55
Figure 28. Répartition en classes de l'échantillon étudié en fonction de l'IMC (%).....	55
Figure 29. Répartition de la population de l'échantillon étudié et de la population française en fonction de l'IMC (%).....	56
Figure 30. Répartition de l'échantillon étudié en fonction de l'autoévaluation de l'appétit.....	56
Figure 31. Pourcentage de patients témoignant d'un problème d'édentation pour manger (%) en fonction de leur coefficient masticatoire (%).....	57
Figure 32. Nombre médian de dents à extraire chez chaque patient de l'échantillon étudié.....	58
Figure 33. Répartition de l'échantillon étudié en fonction du nombre de dents à extraire.....	59
Figure 34. Pourcentage médian de dents à extraire par rapport au nombre de dents restantes chez chaque patient de l'échantillon étudié (%).....	59
Figure 35. Proportions des patients nécessitant une réhabilitation par prothèses amovibles dans l'échantillon étudié (%).....	60
Figure 36. Nombre de patients vus en consultation dentaire initiale en fonction du mois de l'étude.....	60
Figure 37. Proportions de patients de l'échantillon étudié ayant poursuivis les soins sur le fauteuil dentaire suite à la consultation dentaire initiale (%).....	61

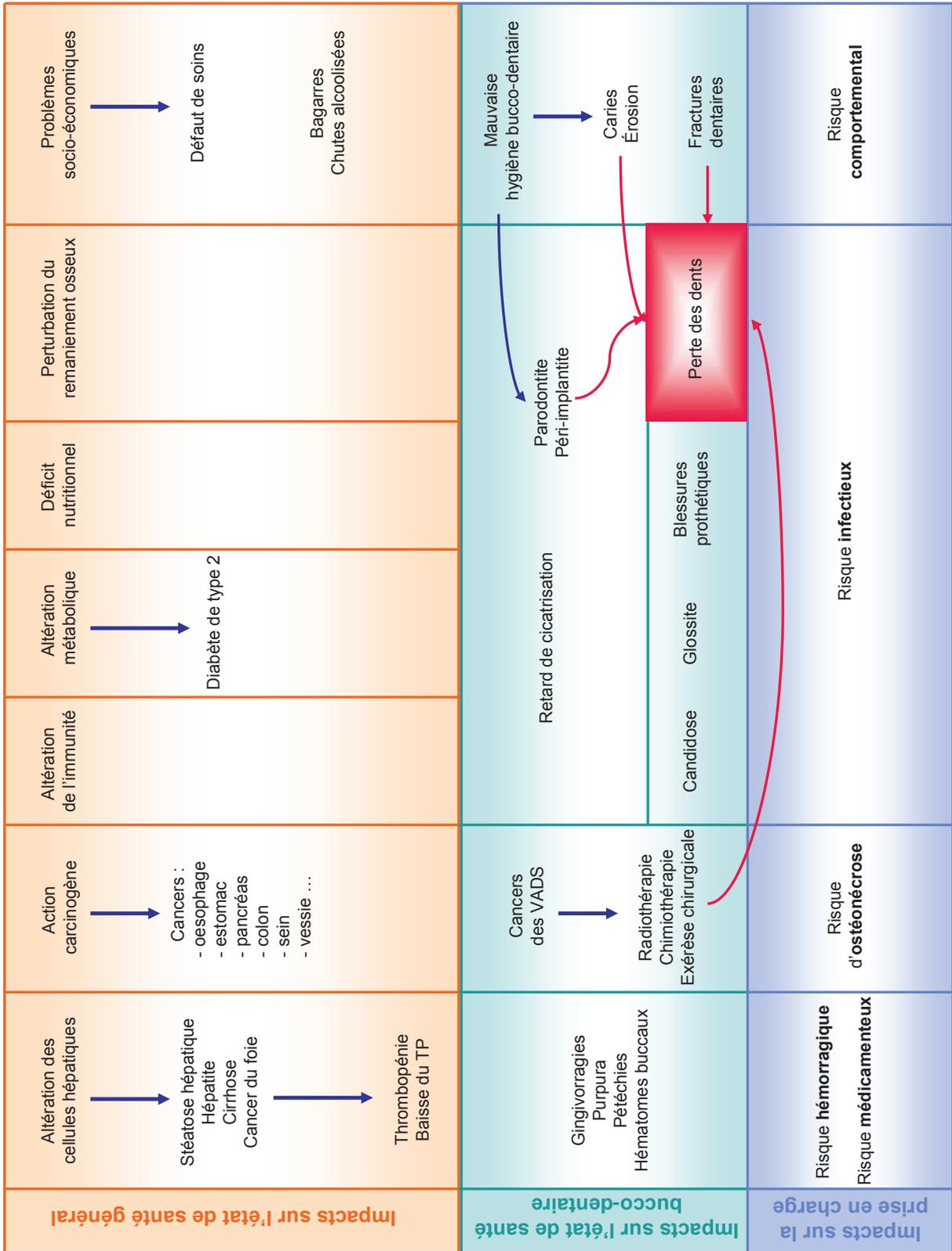
Figure 38. Nombre médian de rendez-vous réalisés au fauteuil dans le service Dentaire suite à la première consultation.....	62
Figure 39. Proportions de rendez-vous ayant eu lieu pendant que les patients étaient hospitalisés et quand ils étaient externes.	62
Figure 40. Répartitions des patients de l'échantillon étudié en fonction des types d'actes réalisés au fauteuil.....	63
Figure 41. Rôle fonctionnel et impact psychologique de la bouche et de la santé bucco-dentaire dans la vie quotidienne.....	67
Figure 42. Les patients addicts sont en proie au cercle vicieux de la douleur dentaire. Les drogues sont utilisées à des fins antalgiques.....	71
Figure 43. Lors de la cure de sevrage, les patients souffrent de douleurs bucco-dentaires car « les dents se réveillent ».....	71
Figure 44. L'intervention d'un chirurgien-dentiste lors de la cure de sevrage est indispensable afin de « casser » ce cercle vicieux et de soulager les douleurs bucco-dentaires.....	72
Figure 45. L'intervention d'un chirurgien-dentiste lors de la cure de sevrage va améliorer le bien être physique et psychologique du patient, et favoriser le bon déroulement du sevrage et le maintien de l'abstinence une fois la cure terminée.....	72
Figure 46. La bouche est omniprésente dans la vie quotidienne du patient. Elle doit être génératrice de plaisir et d'épanouissement personnel. Elle ne doit pas être douloureuse et représenter une source de honte.....	77

10. LISTE DES ANNEXES

Annexe 1. Impacts de l’addiction à l’alcool sur l’état de santé général, l’état bucco-dentaire et la prise en charge médicale.....	97
Annexe 2. Témoignages des 55 patients rencontrés au CSAPA.....	98
Annexe 3. Témoignages des 24 patients rencontrés au D1.....	115
Annexe 4. Questionnaire interactif axé sur la douleur, la sécheresse buccale, l’édentation et le besoin de réhabilitation prothétique utilisé lors des consultations dentaires initiales faites au D1.....	122
Annexe 5. Présentation du patient et addiction.....	123
Annexe 6. Examen bucco-dentaire. Partie 1.....	125
Annexe 7. Examen bucco-dentaire. Partie 2.....	127
Annexe 8. Examen nutritionnel.....	129
Annexe 9. Réhabilitation bucco-dentaire. Partie 1.....	131
Annexe 10. Réhabilitation bucco-dentaire. Partie 2.....	133
Annexe 11. Organisation du circuit de soins bucco-dentaires au début de l’étude. Les démarches sont complexes et n’aboutissent pas. Les patients comme les soignants sont découragés et renoncent aux soins.....	135
Annexe 12. Organisation du circuit de soins bucco-dentaires à la fin de l’étude. Le transit entre le service d’Addictologie et le service Dentaire est direct. Tous les intermédiaires ont été supprimés afin de simplifier les procédures et d’optimiser la prise en charge des patients.....	136

11. ANNEXES

Annexe 1. Impacts de l'addiction à l'alcool sur l'état de santé général, l'état bucco-dentaire et la prise en charge médicale.



Annexe 2. Témoignages des 55 patients rencontrés au CSAPA.

Patient : sexe, âge	Type d'addictions	Pathologies et traitement médicamenteux	Environnement relationnel	Activités professionnelles et loisirs	Anamnèse dentaire décrite par le patient ou constatée visuellement	Doléances buccodentaires du patient	Ressentis du patient par rapport aux soins buccodentaires	Remarques supplémentaires
H, 35 ans	Alcool	Dépression, anxiété, bipolarité	- Parents divorcés pendant son adolescence, bricole avec son père, souvent en conflit avec lui lors de grandes discussions - Problème de consommation dans l'entourage : « mes alcoolyles » - Célibataire, fascination et frustration vis-à- vis des femmes	Sans emploi, bricolage, arthérapie, sculpture, mandala, natation	- Fracture d'une cuspidé d'une molaire en décapsulant une bouteille de bière - Carie sur une molaire : « gros trou noir » - Ne se brosse pas les dents car il n'a pas le temps	- Aucune doléance car il n'a pas de douleur - Voudrait soigner uniquement les dents qu'il juge abîmées, alors que les dentistes veulent tout refaire	« C'est de l'arnaque et c'est trop cher »	La consommation d'alcool remonte au divorce des parents
F, 57 ans	Alcool	Dépression	- Père mourant d'un cancer - Frère décédé jeune d'une leucémie. - Relation fusionnelle avec son père et son	Travaillait dans un snack				- Logique d'autodestruction liée à la mort avec sa consommation d'alcool - Souhaite à tout prix conserver son téléphone

									pendant le sevrage à l'Archet, soit disant pour ses enfants, alors que c'est pour contacter son père, « s'il meurt, je meurs aussi »
F	Alcool								- Abusée sexuellement par son père durant l'enfance - Blocage sexuel avec son propre mari car il a atteint l'âge du père à l'époque de l'abus
H	Sexe, cocaïne, cannabis, antécédents (ATCD) héroïne, vol	Accident de deux roues, actuellement en fauteuil roulant							Veut être fidèle car il aime sa copine mais c'est impossible pour lui

H	ATCD héroïne	Buprénorphine, zopiclone, alimémaline, diazépam, loxapine	En train de renouer avec sa famille		- Pas de problèmes - Brossage quotidien - A perdu ses molaires pendant sa prise d'héroïne il y a 20 ans - Avulsions réalisées en prison		- Très satisfait des avulsions réalisées en prison : « dentiste douce et soigneuse » - Peur du bruit, préférait une anesthésie générale	- Incarcéré pendant 5 ans pour braquage - Problème d'argent récurrent abordé plusieurs fois lors de la consultation
H	Tabac	Dénutrition						Réclame du Renutril® (complément alimentaire) car problème financier
H, 45 ans	Alcool	Troubles cognitifs, mnésiques, problème d'orientation corporelle, dépression, anxiété	- Père décédé - Aucun contact avec ses enfants, ne connaît pas leurs dates de naissance, ne savait pas que c'était la fête des pères il y a peu	Artiste, graphiste, dessinateur				Solitaire
H		- VIH (charge virale indétectable) - Méthadone, oxazépam, cyamémazine	Fête de famille prévue	En stage d'adaptation	Soins prévus, prise en charge par un dentiste libéral qui a l'habitude de soigner des patients toxicomanes	Veut tout refaire : doléance esthétique, veut un beau sourire	Peur de la douleur car ATCD d'avulsions difficiles	

H	Alcool, tabac	Diabète de type 2, cirrhose alcoolique non sevrée, VIH, dépression	Frustration car ne trouve pas de compagnie à cause du VIH		Pris en charge à St Roch car incisives mandibulaires absentes, était satisfait mais a eu un problème et a du stopper les soins	Veut reprendre les soins			- Grande agitation due à la Ritaline®, exubérance, vulgarité - Revu sobre un autre jour : lentueur, tristesse, à l'opposé de la consultation précédente
H	Ritaline®, ATCD héroïne	- Dépression - Méthadone			Pris en charge à St Roch mais a manqué son rdv car il ne s'est pas réveillé				
H		- Tremblements mains et tête, schizophrénie - Palipéridone, divalproate de sodium, acamprostate, oxazépam	A reçu des cadeaux pour la fête des pères						
H	ATCD héroïne	- Anhédonie (perte des petits plaisirs de la vie), dépression - Buprénorphine, zolpidem hémitartrate	- Divorcé - 2 filles - Ne fréquente plus ses amis car ce sont tous des toxicomanes	Travaille 14h/jour, pas le temps pour des loisirs et pour lui					Caractère solitaire et pourtant souffre de solitude

H	Cocaïne, ATCD héroïne	Méthadone	Camping avec ses enfants prévu	Chauffeur	11 doit être extraite, PPA prévue avec son dentiste en ville			
H, 40 ans	Alcool, ATCD héroïne	Chute alcoolisée de 9 m : coma, trachéotomie, fractures dentaires multiples - Olanzapine, buprénorphine, cyamémazine, zopiclone, escitalopram, bromazépam		Garagiste mais n'a pas le permis			ATCD d'incarcération	
F	ATCD alcool et héroïne	- HTA - Méthadone, bromazépam, zopiclone, amitriptyline, péridopril	- Mariée - Meilleure qualité de vie familiale depuis le sevrage	Travaille en hôtellerie	- Edentée totale au maxillaire - PAC prévue à St Roch mais n'y va plus car elle a peur - Dents mandibulaires abîmées - Brossage une fois tous les 2 jours car saignement des gencives	Veut tout extraire	Peur car ATCD d'extractions difficiles et problème hémorragique lié à l'HTA	Problèmes judiciaires
F	ATCD héroïne	- Diabète - Méthadone, bromazépam, olanzapine			- PAC bimaxillaire faite à l'Archet - A perdu sa PAC mandibulaire		- Ne veut pas refaire sa PAC car trop cher - Ne sourit pas car honte	Patiente amorphe, regard vide

H, 50 ans	ATCD héroïne	- Cholestérol - Méthadone	- Marié avec une femme de 36 ans - Veulent faire un enfant mais problème de fertilité du sperme à cause des médicaments				Fracture de sa PAC maxillaire, a été malade, n'a pas eu le temps de la faire réparer	- Veut refaire sa PAC car perte d'adaptation - Pas de problèmes financiers, ne veut pas aller à St Roch	- PAC faite en 15 jours au Maroc, très bon travail artisanal - La PAC précédente avait été faite en France, pas satisfait car dents maxillaires trop vestibulées			
H	Cannabis, jeux vidéo	Syndrome myotonique type I sténosaire, problèmes cœur, respiratoire, et déglutition	- Mère vient en consultation sans son fils car il fume dans sa chambre toute la journée en jouant aux jeux vidéo - Mère dépressive, a perdu son Affection Longue Durée, désespérée par sa situation et celle de son fils	A arrêté ses études d'infirmier soit disant à cause de son syndrome	- Dents très délabrées : caries multiples et fluorose - Mère motivée pour prendre rendez-vous à St Roch					La mère réclame une allocation adulte handicapé		
H		Schizophrénie, dépression,	Vit chez sa mère	Problème de logement et d'emploi, aucune motivation						A une allocation adulte handicapé		
H	ATCD héroïne	Méthadone	Reconnu comme SDF mais vit chez sa mère									
H, 20 ans	Lyrice® et		- Père mort - Mère vit en	Formation via la mission locale,								- Est logé à l'hôtel grâce à

H	ATCD héroïne	Buprénorphine	Frère toxicomane	Accident de voiture : arrêt de travail	- Problème ODF car arcades étroites - A de bonnes dents, pas de caries	- A une « petite dentiste mignonne et gentille », ça se passe très bien - N'a pas peur mais déteste les sensations : anesthésie désagréable et la fraise lui donne des frissons dans la colonne vertébrale	- Risque 5 mois de prison ferme - Pas de domicile, vit à l'accueil de nuit - Pas de compte en banque, pas de permis, pas de voiture - 2 accidents de voiture sous alcool
F	Alcool	Hydroxyzine, baclofène		Problèmes pour trouver un emploi	Stellite		
H					- Suivi dentaire - Dent dévitalisée s'est fracturée et a été avulsée	Devis pour implants trop cher	
H	ATCD héroïne, et cannabis	Temgesic		Travail acrobatique et canyoning			

H, 52 ans	ATCD cannabis, cocaïne, alcool			Violoniste dans un groupe de musique orientale et jazz, travaille dans un cabaret de Fréjus	- Problèmes dentaires à cause de l'alcool, du shit, de la cocaïne - Généré car les dents tombaient toutes seules, les extractions l'ont soulagé - N'est pas allé chez le dentiste depuis qu'il a fait sa PAC bimaxillaire il y a 15 ans		- Pas de douleurs sauf au début, c'était difficile - Satisfait, ne met pas de colle - Bonne entente avec le dentiste - Prend soin de ses PAC car elles lui ont coûté cher	
H, 38 ans	Alcool, cocaïne	VHC	- Problème conjugué à cause de l'addiction - Est venu en consultation avec sa mère - Veut se soigner pour sa fille - Amis toxicomanes : relations toxiques	Serveur mais a perdu son travail	- Beau sourire - Pas de plaque visible à l'œil nu, bonne hygiène bucco-dentaire car « ne supporte pas les dents pourries des autres » - Pas de douleurs		- Il a eu un examen des sinus chez l'ORL : « Mais c'est quoi ça, c'est la catastrophe !! » - Ne va plus chez le dentiste ou chez d'autres soignants par peur d'être jugé - Tout le renvoie à son addiction à la cocaïne	Pas de dépendance physique avec la cocaïne mais grosse dépendance psychologique, ne pense qu'à ça : « Je n'ai qu'un coup de fil à passer, c'est à portée de main »
F	ATCD héroïne et cocaïne	Méthadone	Son compagnon est alcoolique		- Dents abîmées - Venue en urgence pour une pulpite puis traitement	Problème pour manger, veut remplacer les dents absentes	Prête à investir son temps et son argent	

H	ATCD héroïne												
F	Tabac, ATCD alcool												
H	ATCD héroïne												

endodontique
- Rdv 1 fois par semaine pendant 1 mois, encore 4 rdv de prévus : avulsions, beaucoup de soins, détartrage, nombreuses dents absentes

Prend rdv quand douleurs, mais si la douleur passe, il ne va pas au rdv

- Fracture dents antérieures car violence conjugale de son ex-mari
- Dents post absentes creusent les joues : inesthétique
- Va dans un centre mutualiste et s'est inscrite à St Roch

- Content de ses belles dents, pas de caries
- Ne va

Pas de peur des piqûres (ATCD héroïne en IV) mais n'aime pas le dentiste

Voudrait tout arracher pour tout refaire, avoir un dentier esthétique

« Ils ne finissent pas le travail, ça prend trop de temps »

Satisfaite de sa perte de poids, parle de son visage, ses joues creuses, ses rides

Pas de permis

F	Alcool, tabac	Dépression	- Mariée - 1 fille	Pas de projets	- Traitement de la parodontite chez le dentiste : diminution des douleurs et des mobilités - ATCD gingivite gravidique				
H	Alcool, tabac	Nalméfène	Marié	Employé de banque	- A un dentiste à Cannes - Réhabilitation globale : couronnes et implants pendant 1 an et demi		Problème de rechute dans l'alcoolisme car l'anesthésie dentaire contenait de l'alcool		
H		Risperidone			Suivi par un dentiste dans son quartier				Stress, agitation des membres, regard dans le vide
H	Alcool, tabac, ATCD héroïne	Méthadone, traitement antidépresseur			- Mobilité et douleurs - PAPIM 5 dents mandibulaire depuis 5 ans - Couronnes au maxillaire car caries dents antérieures, se cassaient en prison	- Couronnes inesthétiques, pas de respect du plan d'occlusion, fuite d'air, bords libres trop courts - PAPIM gênante au niveau du palais, altère le goût	- Importance des dents : son fils a eu un traitement ODF. - S'est renseigné sur une réhabilitation implantaire, a trouvé cela très sanglant mais ne pas avoir de faux palais serait un réel bénéfice.		ATCD de prison

H	Alcool, cannabis, cocaïne	- Dépression, ATCD hépatite B - Zolpidem tartrate, escitalopram						ATCD de prison
H	Ritaline®, Skenan®, ATCD héroïne	VIH						
- H, 26 ans - F	Héroïne, cocaïne, tabac	Benzodiazépines	- En concubinage, venu consulter en couple - Sa compagne vient d'accoucher, elle a déjà eu 4 enfants qui ont été placés	- Lui a un beau sourire - Il ne reste qu'une seule dent maxillaire chez sa compagne, les autres dents sont à l'état de racines			- SDF - Sa femme est venue accoucher en France plutôt qu'en Italie car les patients sous méthadone voient leurs enfants placés à la naissance	
H	Héroïne	- ATCD d'endocardite infectieuse - Traitement anticoagulant		A besoin d'un certificat médical pour trouver un emploi adapté à l'aide des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)	- Dents très abîmées - Risques infectieux et hémorragique - Nécessité de supprimer tous les foyers infectieux à cause de l'endocardite	Voudrait aller à St Roch	- Pas de motivation - Pas de moyens financiers	- ATCD de prison - N'a pas de mutuelle - Bénéficiaire d'une AAH (Allocation Adulte Handicapé)

F	Alcool, tabac	ATCD de crise d'épilepsie lié au sevrage alcoolique	Infirmière au bloc puis en libéral	Traumatisme 21 et hémorragie pulpaire à cause de la crise d'épilepsie	Ne va pas chez le dentiste car le tabac laisse des colorations sur les dents et « le dentiste l'engueule à chaque fois »	
---	---------------	---	------------------------------------	---	--	--

Annexe 3. Témoignages des 24 patients rencontrés au DI.

Patient : sexe, âge	Type d'addictions	Pathologies et traitement médicamenteux	Environnement relationnel	Activités professionnelles et loisirs	Anamnèse dentaire décrite par le patient ou constatée visuellement	Doléances buccodentaires du patient	Ressentis du patient par rapport aux soins buccodentaires	Remarques supplémentaires
H, 57 ans	Alcool, ATCD héroïne et codéine	Dépression, hépatite C	- Ses parents l'ont couvé, il n'a pas eu une enfance difficile, ils ont beaucoup souffert quand ils ont appris pour son addiction à l'héroïne - Soeur dépressive - Frère toxicomane et dealer - Vitait avec sa femme depuis 15 ans, ils s'étaient rencontrés pendant une cure de sevrage (addiction au Lexomil, Seresta et Riprol)	Peintre dans le bâtiment (adore son métier)	- Plus de dents depuis l'âge de 29 ans - PAC bimaxillaire		Très content de ses prothèses, les trouve bien faites	
H, 60 ans	Cocaïne, ATCD héroïne et	Hépatite C, VIH	Marié	Sport, balade, loisirs avec sa femme	Stellite fait lors d'un voyage en Thaïlande, 10		Très satisfait de sa prothèse	

				à cause d'une tendinite : perte d'emploi, perte de compagnie, alcoolisme - Projet : chauffeur poids lourds. Mais nécessité de 2 ans d'expérience pour être embauché et problèmes d'alcool donc ne travaille pas - Bière et télévision toute la journée chez lui, aucun centre d'intérêts	n'a pas de problèmes			d'injustice vis-à-vis des autres : « A Noël ils se saoulaient tous et moi si je bois un verre tout le monde me regarde de travers »
H	Alcool			Ancien guide de montagne au Maroc				- SDF - Solidarité entre patients : don de vêtements et de cigarettes
H	Alcool							
H	Cannabis, cocaïne, alcool	- ATCD fracture auriculaire due à une chute alcoolisée - Thymorégulateur	ATCD violence envers son père		Gros problèmes dentaire : rendez-vous à St Roch avant l'hospitalisation pour des extractions multiples			
H	Alcool	Cyamémazine, anétholtrithione			Problème de bouche sèche à cause du Tercian®			Problème judiciaire : alcool au volant, interdiction de sortie du territoire

H	Alcool	Thrombopénie, pancréatite					au D1, pas de prise en charge de l'urgence, en attente d'une radio panoramique				
F	Achats compulsifs, alcool, sucre	Foie en pré-cirrhose, 4 fois la taille d'un foie normal, va mourir si n'arrête pas de boire	Ne veut pas mourir car elle a une fille de 11 ans				- Plusieurs bridges - « A de mauvaises dents depuis toute petite »	- Pas de plainte - A besoin d'un détartrage - Sait qu'avec son diabète, il faut soigner les dents		A besoin de freins vis-à-vis de ses addictions : plafond de la carte bleue pour les achats, le diabète pour l'alcool et le sucre	
H	Alcool	- Chute alcoolisée : trauma cervical et paralysie des jambes, coma artificiel - Pancréatite aiguë	- Mauvaise entente avec son père car musulman, ne boit pas, très strict - 11 frères et sœurs - Entourage boit - Son fils est homosexuel et va se marier : déception, dégoût, lui a pardonné mais il y a toujours un blocage - Son autre fils est dans l'armée : il s'inquiète pour lui				Incisives maxillaires absentes			- « Les médecins m'ont dit : si vous buvez encore un verre, vous allez mourir ; j'ai voulu voir si c'était vrai » - Boit pour oublier quand il est énervé et inquiet, mais quand il dessaoule, le problème est toujours là	

F, 68 ans	Nourriture	Obésité	- Relation fusionnelle avec sa mère décédée, la considère comme son dieu - Célibataire et sans enfants - Manque affectif, pas d'amis	Courses, yam's, cartes avec sa mère				- « Quand je suis heureuse, je mange, si je suis malheureuse, je mange, si je suis angoissée, je mange aussi. » - Adore manger : grand plaisir, joie, récompense, exaltation, parfois de la colère	
H	Cannabis, alcool, casino	- Dépression, diabète, phlébite - Buprénorphine, cyamémazine, bromazépam	- Vit seul - Aimerais avoir un chien. - « Les humains ont trop de problèmes et moi j'ai déjà mes problèmes »	Voudrait travailler en bénévolat avec des animaux mais ne peut pas prendre sa voiture car il a peur de tomber en panne et ne veut pas de transports en communs car il est agoraphobe		S'est fait extraire 4 dents au lieu de 3 à l'Archet car elles étaient mobiles - Les autres dents, ils les avaient arrachées lui-même avec une pince	Voudrait des prothèses	A une mutuelle mais n'a pas d'argent pour faire l'avance des frais	- Pendant la séance de groupe : trépigne, n'écoute pas, nerveux et ailleurs - Très ouvert à la conversation en comité restreint
H	Alcool ATCD cocaïne, héroïne, cannabis	Méthadone	Séparé de sa femme il y a 3 ans					- Attouchements à l'âge de 14 ans - Alcool lié à sa honte, augmentation de sa consommation lors de sa rupture - ATCD de prison pour trafic de drogues	

H	Cigarette électronique, ATCD cannabis et tabac		- Rupture avec sa femme à cause de son addiction - Lien fusionnel avec sa mère malade, problématique abandonnique	Sport, foot				
---	--	--	--	-------------	--	--	--	--

Annexe 5. Présentation du patient et addiction.

Numéro patient	Age	Sexe 0 = Femme 1 = Homme	Produits consommés												Commentaires		
			0 = Ne consomme pas						1 = Consomme							2 = ATCD de consommation	
			Tabac	Cigarette électronique	Alcool	Cannabis	Cocaïne	Héroïne	Méthadone	Médicaments	Nourriture						
1	51	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2	38	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0		
3	27	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0		
4	55	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
5	36	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
6	44	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
7	39	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0		
8	30	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0		
9	52	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
10	50	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
11	41	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
12	43	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Infirmière au CHU	
13	39	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
14	53	1	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0		
15	49	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0		
16	56	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
17	61	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
18	45	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	ATCD de comas éthyliques	
19	49	1	2	1	2	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0		
20	39	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
21	49	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
22	65	1															
23	54	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

Annexe 6. Examen bucco-dentaire. Partie 1.

Numéro patient	Douleurs dentaires 0 = Aucune 1 = Moyenne 2 = Importante	Sécheresse buccale 0 = Aucune 1 = Moyenne 2 = Importante	Problème d'édentation pour manger 0 = Non 1 = Oui	Nombre de dents absentes	Nombre de dents restantes	Coefficient masticatorie	Commentaires
1	0	2	0	5	32	78	Sécheresse buccale liée aux médicaments
2	1	2	1	10	32	30	Caries du toxicomane ; Sécheresse buccale liée aux médicaments
3	1	0	0	4	32	90	
4	2	0	1	9	27	66	
5	1	1	1	5	22	80	
6	0	1	1	14	28	30	Cas complexe : attrition sévère de toutes les dents restantes
7	0	1	1	32	23	0	Sécheresse buccale liée au cannabis
8	0	2	0	2	27	95	Sécheresse buccale liée aux médicaments
9	2	0	0	8	18	48	
10	0	0	0	6	0	45	ATCD fracture de la mâchoire pendant une bagarre
11	2	0	0	18	30	13	
12	0	0	1	7	24	53	
13	2	0	1	8	26	50	Leucoedème rétro-commissural, caries du toxicomane
14	0	1	1	8	14	34	Caries du toxicomane
15	0	0	1	17	25	0	
16	0	1	0	11	24	18	
17	1	0	1	16	24	21	
18	0	0	0	3	15	87	
19	0	0	1	6	21	88	
20	0	1	0	1	16	90	
21	1	0	1	13	29	26	
22	0	0	0	8	26	80	

23	0	1	0	2	31	100	Boit de l'eau pour soulager sa sécheresse buccale ; suivi tous les 6 mois chez le dentiste
24	0	0	1	14	19	68	
25	1	0	1	12	24	17	N'a jamais été chez le dentiste
26	0	0	0	14	30	32	
27	1	0	1	15	18	36	
28	0	0	0	2	20	90	
29	0	0	1	29	18	0	
30	1	0	0	6	17	60	
31	0	0	0	14	30	36	Suivi en ville
32	1	1	1	15	3	24	Attrition des dents antérieures
33	2	0	1	5	26	38	Attrition des dents antérieures
34	0	0	1	18	18	0	Perte de ses incisives maxillaires suite à une chute alcoolisée
35	0	1	1	5	17	56	

Annexe 7. Examen bucco-dentaire. Partie 2.

Numéro patient	Nombre de dents cariées	Pourcentage de dents cariées par rapport aux dents restantes	Nombre de dents cariées à l'état de racine	Pourcentage de racines par rapport aux dents restantes	Nombre de dents fracturées	Nombre de dents restaurées	Nombre de dents couronnées	Nombre d'implants	Maladie parodontale 0 = Aucune 1 = Gingivite 2 = Parodontite	Port d'une prothèse amovible	
										maxillaire	mandibulaire
1	2	7,4	2	7,4	0	0	0	0	0	0	0
2	8	36,4	1	4,5	0	1	0	0	1	0	0
3	4	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
5	1	3,7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	5	27,8	1	5,6	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	4	13,3	0	0	0	0	2	0	0	0	0
9	3	12,5	2	8,3	1	6	0	0	2	0	0
10	3	11,5	1	3,8	0	0	0	0	2	0	0
11	8	57,1	4	28,6	0	0	2	0	1	1	1
12	1	4,0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
13	5	20,8	1	4,2	4	0	0	0	0	0	0
14	21	87,5	10	41,7	0	1	0	0	0	0	0
15	8	53,3	8	53,3	0	0	0	0	2	0	0
16	3	14,3	1	4,8	0	3	3	0	2	0	0
17	1	6,3	1	6,3	0	1	5	0	0	0	0
18	2	6,9	0	0	0	0	2	0	0	0	0
19	1	3,8	0	0	0	5	6	0	0	0	0
20	0	0,0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
21	4	21,1	4	21,1	0	0	0	0	2	0	0

Annexe 8. Examen nutritionnel.

Numéro patient	Coefficient masticatoire (%)	Taille (m)	Poids (kg)	IMC (kg/m ²)	Appétit 0 = Aucun 1 = Moyen 2 = Important	Commentaires
1	0	1,77	76	24,3	1	Ne fait qu'un repas par jour
2	0	1,9	77	21,3	1	
3	0	1,78	68	21,5	1	
4	0	1,8	93	28,7	0	Pas d'appétit car la prothèse mandibulaire est trop douloureuse
5	13	1,77	85	27,1	2	
6	17	1,71	70	23,9	2	
7	18	1,74	90	29,7	0	
8	21	1,8	75	23,1	2	Mange énormément car ne prend plus de cocaïne
9	24					
10	26	1,75	92	30,0	1	Pense avoir perdu du poids car "la bouffe est dégueulasse", travaille en tant que second de cuisine
11	30	1,68	58	20,5	0	Ne mange que des yaourts et des biscottes
12	30	1,66	61	22,1	1	A pris 5 kg
13	32	1,82	103	31,1	1	
14	34	1,82	92	27,8	1	Dort mal, ne fais qu'un repas par jour
15	36	1,75	125	40,8	2	A perdu du poids, mange plus équilibré à l'hôpital
16	36	1,62	92	35,1	1	Les repas sont copieux et bons
17	38	1,74	94	31,0	1	A pris 20 kg en un an car a été hospitalisé suite à un accident de voiture, a arrêté le sport
18	45	1,77	61	19,5	1	
19	48	1,82	90	27,2	1	A pris du poids depuis qu'il prend de la Ritaline®
20	50	1,81	85	25,9	2	A grossi depuis son arrivée à l'hôpital, "se goinfre à cause du Tercian®"
21	53	1,87	85	24,3	1	
22	56	1,79	111	34,6	1	Pense avoir perdu du poids depuis son hospitalisation
23	60	1,68	51	18,1	2	Dort bien, mange bien : "c'est bon, c'est varié, il y a plein de légumes, c'est bien cuisiné, c'est un moment où on peut prendre du temps"

24	66	1,8	98	30,2	1	1	
25	68	1,85	103	30,1	1	1	Pas trop faim car dépression, préfère boire et ne pas manger
26	78	1,83	107	32,0			
27	80						A pris 20 kg en un an à cause de l'alcool et des médicaments
28	80	1,82	80	24,2	2	2	
29	87	1,72	78	26,4	2	2	
30	88	1,68	71	25,2	2	2	
31	90	1,8	85	26,2	1	1	
32	90	1,9	130	36,0	1	1	
33	90	1,79	87	27,2	1	1	
34	95	1,53	61	26,1	2	2	
35	100	1,65	77	28,3	0	0	

Annexe 9. Réhabilitation bucco-dentaire. Partie 1.

Numéro patient	Nombre de dents à extraire	Pourcentage de dents à extraire par rapport au nombre de dents restantes (%)	Besoin de prothèses amovibles 0 = Non 1 = Oui	Commentaires
1	2	7,4	1	Aimerait extraire la 13 saine car elle est malpositionnée
2	1	4,5	1	Souhaite soigner ses incisives maxillaires (caries du toxicomane)
3	0	0	0	
4	0	0	0	
5	0	0	0	
6	1	5,5	1	Va continuer les soins chez son dentiste libéral
7	0	0	1	Souhaiterait une PAC bimaxillaire mais n'en a pas les moyens financiers
8	1	3,3	0	Va finir les soins chez sa dentiste en ville
9	3	12,5	0	
10	3	11,5	1	
11	8	57,1	1	
12	2	8	1	A été adressée à l'hôpital St Roch pour prise en charge parodontite et traitement endodontique 21, mais n'y est pas allée
13	2	8,3	1	Veut faire l'extraction des racines en ville (excuse ?)
14	11	45,8	1	A été vu quatre fois en consultation à plusieurs mois d'intervalle sans jamais commencer les soins (besoin d'une transfusion de plaquettes, courriers au médecin... = perte de temps)
15	12	80	1	
16	3	14,2	1	
17	0	0	1	Travaille à l'accueil, voit du public, est complexé vis-à-vis de ses dents (coloration café et vin rouge)
18	1	3,4	1	Souhaite un détartrage
19	0	0	1	
20	0	0	0	N'est pas venu à trois des rendez-vous programmés en tant qu'externe
21	7	36,8	1	
22	0	0	0	
23	0	0	0	
24	0	0	1	
25	14	70	1	
26	3	16,6	1	

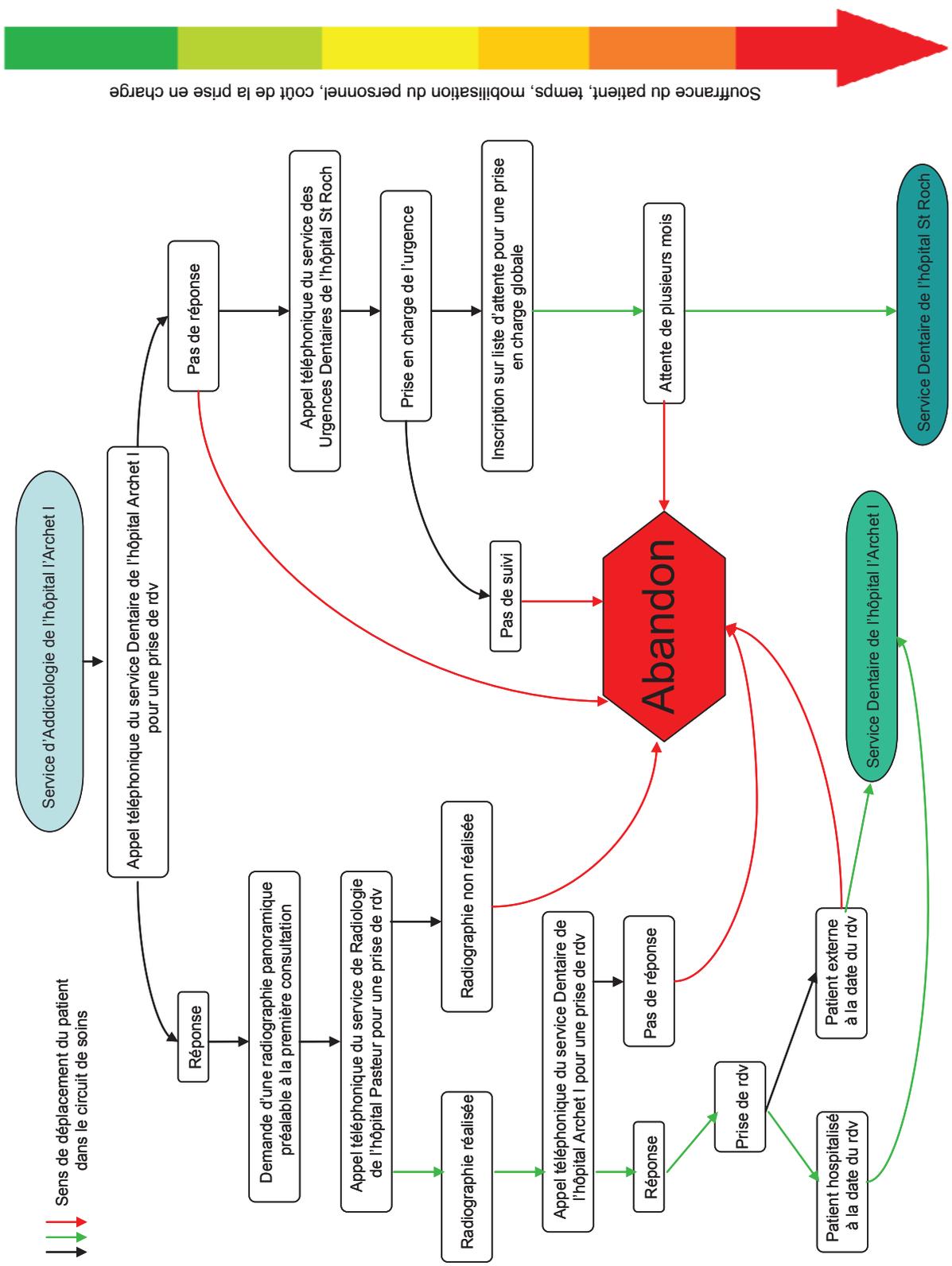
27	13	76,4	1	
28	0	0	0	Devait revenir en tant qu'externe
29	3	100	1	
30	2	7,7	0	
31	0	0	0	Va continuer les soins chez son dentiste libéral
32	0	0	1	
33	16	59,2	1	Voudrait faire une panoramique dentaire et un bilan pendant son hospitalisation et aller voir sa dentiste à sa sortie ; adressé CHU Antibes
34	0	0	1	Réhabilitation complète du maxillaire implantoportée en cours en Italie suite à la perte de toutes les incisives à cause d'une chute alcoolisée
35	0	0	1	

Annexe 10. Réhabilitation bucco-dentaire. Partie 2.

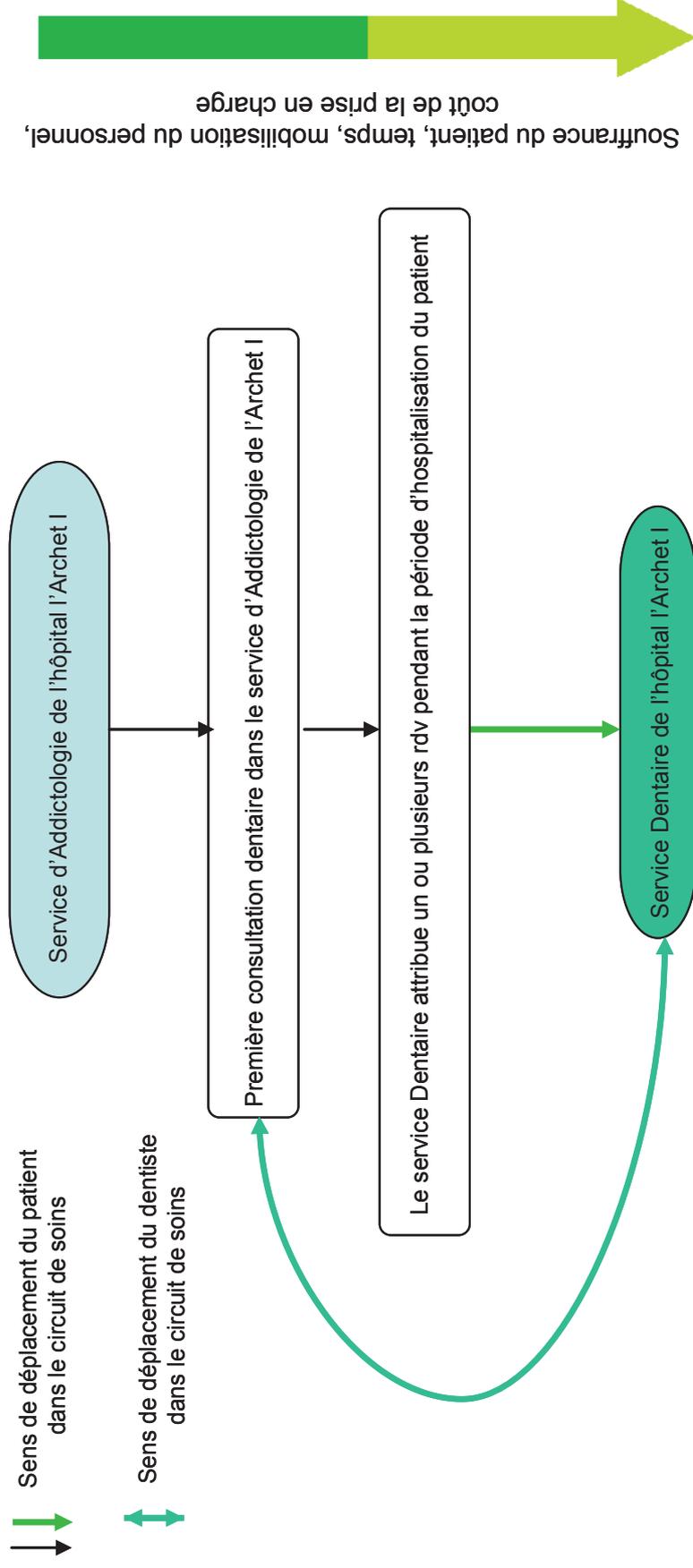
Numéro patient	Date de la 1ère consultation dans le service d'Addictologie	Nombre de rendez-vous réalisés au fauteuil suite à la 1ère consultation	Nombre de rendez-vous réalisés en tant que patient hospitalisé	Nombre de rendez-vous réalisés en tant que patient externe	Actes réalisés lors du rendez-vous au fauteuil	Le plan de traitement a-t-il été terminé ? 0 = Non 1 = Oui	Soins n'ayant pas été réalisés
1	23/01/2017	3	3	0	Extractions, détartrage	0	
2	16/01/2017	0	0	0		0	
3	09/01/2017	1	1	0	Soins de caries	0	Soins de caries
4	09/01/2017	1	1	0	Réglage prothèses	1	Prothèse définitive
5	09/01/2017	0	0	0		0	
6	09/01/2017	0	0	0		0	
7	07/12/2016	0	0	0		0	
8	05/12/2016	1	1	0	Consultation	0	
9	30/11/2016	2	2	0	Extractions	0	Soins de caries détartrage
10	23/11/2016	1	1	0	Détartrage	0	
11	23/11/2016	4	4	0	Extractions et adjonction de dents sur les prothèses existantes	0	Prothèses
12	23/11/2016	2	2	0	Extraction, détartrage, soins dents antérieures	0	Parodontite, traitements endodontiques, prothèses
13	23/11/2016	1	1	0	Ordonnance	0	Extractions, soins caries, détartrage, prothèses
14	16/11/2016	3	1	2	Consultation, ordonnance	0	Extractions, prothèses
15	05/10/2016	10	0	10	Extractions, prothèses totales provisoires	1	Prothèses définitives
16	05/10/2016	6	1	5	Extractions, détartrage, prothèse immédiate maxillaire	0	Prothèse immédiate mandibulaire

17	26/10/2016	1	0	1	Détartrage, radios	0	Extractions, prothèses
18	26/10/2016	0	0	0		0	
19	26/10/2016	0	0	0		0	
20	25/10/2016	1	0	1	Détartrage	0	
21	24/10/2016	10	2	8	Extractions et prothèses partielles provisoires	1	Prothèses définitives
22	24/10/2016	1	1	0	Détartrage	1	Prothèse définitive
23	19/10/2016	2	1	1	Détartrage	1	
24	17/10/2016	6	3	3	Extraction, détartrage, prothèse immédiate	1	Prothèse définitive
25	31/10/2016	0	0	0		0	Extractions, prothèses
26	17/10/2016	0	0	0		0	Extractions, prothèses
27	10/10/2016	4	0	4	Extractions, détartrage, prothèse immédiate	1	Prothèse définitive
28	10/10/2016	1	0	1	Détartrage	0	
29	03/10/2016	2	0	2	Extractions	0	
30	03/10/2016	4	0	4	Extractions, détartrage	0	
31	20/02/2017	0	0	0		0	
32	06/02/2017	0	0	0		0	
33	06/02/2017	1	0	1	Consultation	0	Extractions, soins de caries, prothèses
34	27/02/2017	0	0	0		0	
35	27/02/2017	3	2	1	Détartrage, extractions	0	Prothèses

Annexe 11. Organisation du circuit de soins bucco-dentaires au début de l'étude. Les démarches sont complexes et n'aboutissent pas. Les patients comme les soignants sont découragés et renoncent aux soins.



Annexe 12. Organisation du circuit de soins bucco-dentaires à la fin de l'étude. Le transit entre le service d'Addictologie et le service Dentaire est direct. Tous les intermédiaires ont été supprimés afin de simplifier les procédures et d'optimiser la prise en charge des patients.





Approbation – Improbation

Les opinions émises par les dissertations présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ou improbation de la Faculté de Chirurgie dentaire (1).

Lu et approuvé, à Nice, le

Le Président du jury, Professeur Marc Bolla

Le Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'UNS, Professeur Armelle MANIERE

(1) Les exemplaires destinés à la bibliothèque doivent être obligatoirement signés par le Doyen et par le Président du Jury.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la probité dans l'exercice de La Médecine Dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon Devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueux et reconnaissant envers les Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Marie FREUDO

**DOLEANCES BUCCO-DENTAIRES DES PATIENTS
SOUFFRANT D'ADDICTION : ETUDE
OBSERVATIONNELLE ET PROPOSITIONS POUR
AMELIORER LEUR PARCOURS DE SOINS**

Thèse : Chirurgie Dentaire, Nice, 2017, n°42-57-17-28

Directeur de thèse : Pr Isabelle Prêcheur

Mots-clés : Addictologie, santé bucco-dentaire, drogues, soins bucco-dentaires, parcours de soins.

Résumé :

Le lien de causalité entre addictions et maladies bucco-dentaires est bien connu, pourtant la prise en charge des patients addicts demeure insuffisante.

L'objectif principal de ce travail était de comprendre la réticence des patients addicts et des équipes médicales à l'égard des soins dentaires. Dans le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et le service d'Addictologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice, nous avons écouté les témoignages des patients addicts et des soignants. Ces patients ont des problèmes physiques, psychologiques, socio-économiques et renoncent aux soins dentaires par manque de motivation, d'information, de moyens financiers. Les soignants souhaitent une prise en charge bucco-dentaire de leurs patients mais les procédures d'accès aux soins sont complexes et n'aboutissent pas.

Les objectifs secondaires étaient d'améliorer le parcours de soins et d'aider à prévenir les maladies bucco-dentaires chez ces patients. Pour un accès aux soins facile et direct, l'hospitalisation lors du sevrage est utilisée pour réinsérer le patient dans le circuit de soins en réalisant des consultations dentaires dans le service d'Addictologie. Grâce à cette collaboration entre les services, durant cinq mois, 23 % (35/150) des patients hospitalisés ont bénéficié d'une consultation dentaire, 69 % (24/35) de ces patients d'une prise en charge pour des soins, et 14 % (5/35) des patients d'une réhabilitation prothétique.

Pour plus d'efficacité, l'information dispensée doit être individuelle, personnalisée et adaptée à la situation du patient. Il faudrait également faire une plaquette d'information pour le CSAPA sur la santé bucco-dentaire, l'hygiène, la prévention, et les possibilités de traitement.