



HAL
open science

État de santé bucco-dentaire de sujets présentant une addiction aux substances : étude transversale dans le service d'addictologie du CHU de Bordeaux

Hiên-Marie Gobin

► **To cite this version:**

Hiên-Marie Gobin. État de santé bucco-dentaire de sujets présentant une addiction aux substances : étude transversale dans le service d'addictologie du CHU de Bordeaux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03554044

HAL Id: dumas-03554044

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03554044v1>

Submitted on 3 Feb 2022

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.

U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2022

Thèse n°03

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par GOBIN, Hiên-Marie

Née le 08-02-1995 à Bien Hoa, Vietnam

Le 13/01/2022

**ÉTAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE DE SUJETS
PRESENTANT UNE ADDICTION AUX
SUBSTANCES : ETUDE TRANSVERSALE
DANS LE SERVICE D'ADDICTOLOGIE DU CHU DE
BORDEAUX**

Sous la direction de : Sylvain CATROS

Membres du jury :

M. FRICAIN, Jean-Christophe
M. CATROS, Sylvain
Mme ARRIVE, Elise
Mme FATSEAS, Mélina

Professeur des Universités
Professeur des Universités
Maître de conférences des Universités
Professeure des Universités

Président
Directeur
Rapporteur
Assesseur

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ
01/12/21

<i>Président</i>	M. TUNON DE LARA Manuel
<i>Directeur de Collège des Sciences de la Santé</i>	M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

<i>Directrice</i>	Mme BERTRAND Caroline	58-01
<i>Directeur Adjoint à la Pédagogie</i>	Mr DELBOG Yves	56-01
<i>Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche</i>	M. CATROS Sylvain	57-01
<i>Directeur Adjoint – Chargé des Relations internationales</i>	M.SEDARAT Cyril	57-01

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme Marie-José	BOILBAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M Sylvain	CATROS	Chirurgie orale	57-01
M Raphaël	DEVILLARD	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-01
M. Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M. Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme Cécile	BADET	Biologie Orale	57-01
M. Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M. Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M. Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M. Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
M. Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M. Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M. François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M. François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M. Yves	DELBOG	Odontologie pédiatrique	56-01
M. Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
Mme Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
M. Dominique	GILLET	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme Olivia	KEROUREDAN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M. Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M. Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01

M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noëlie	THEBAUD	Biologie Orale	57-01
M.	Eric	VACHEY	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01

AUTRES ENSEIGNANTS

M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01
M	Pierre-Hadrien	DECAUP	Prothèse dentaire	58-01

ASSISTANTS

M.	William	AUMAILLEY	Prothèse dentaire	58-01
M.	Bastien	BERCAULT	Chirurgie Orale	57-01
M.	Baptiste	BERGES	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Virginie	CHUY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Diane	DELADRIERE	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M	Quentin	DESPERIEZ	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Laura	DONNET	Biologie Orale	57-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Laurie	FUCHS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Paul	GIRARDEAU	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mr	Pierre-André	GUILLAUD	Parodontologie	57-01
Mme	Jane	GOURGUES	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mr	Louis	HUAULT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme	Mathilde	JACQUEMONT	Parodontologie	57-01
Mr	Aymeric	JOUBERT DU CELLIER	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mr	Jean-Baptiste	IRIBARREN	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Claudine	KHOURY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Camille	LACAULE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Antoine	LAFITTE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Xavier	LAGARDE	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Mathilde	LEVRIER	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Léa	MASSE	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Chiara	PASCALI	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
Mme	Florianne	VILLAT	Dentisterie restauratrice et endodontie	58-01
M.	Clément	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur Jean-Christophe FRICAIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Chirurgie-orale – Pathologie et thérapeutique 57-01

Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse, représentant le point final d'un travail initié avec votre concours. Avoir pu bénéficier de vos enseignements fût une grande chance et inscrit ma future pratique dans la continuité de votre réflexion.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma gratitude

A notre Directeur de thèse

Monsieur le Professeur Sylvain CATROS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Chirurgie-orale 57-01

Je vous remercie profondément d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, et de m'avoir accompagné avec bienveillance non seulement pour ce travail mais également tout au long de mon cursus. Votre compétence et votre grande pédagogie sont un modèle pour mon futur exercice, je suis honorée d'avoir pu en bénéficier.

A notre Rapporteur de thèse

Madame le Docteur Elise ARRIVE

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale
56-02

Je vous suis très reconnaissante pour tout le soutien que vous nous avez accordé, votre aide a été fondamentale. Je suis également honorée d'avoir pu bénéficier de la qualité de vos enseignements et vous remercie pour votre précieuse pédagogie envers vos étudiants.

A notre Assesseur

Madame le Docteur Mélina FATSEAS

Professeure des Universités - Praticien hospitalier

Psychiatrie adulte : addictologie 49-03

Je suis honorée d'avoir pu bénéficier de votre investissement et votre soutien tout au long de ce travail. C'est une chance de vous compter dans le jury et d'avoir pu collaborer avec vous et votre équipe médicale. Recevez toute ma gratitude et mon profond respect.

A ma famille :

A mes parents, Yolande et Maurice, à qui je dédie spécialement ce travail, aboutissement d'un long parcours qui n'aurait pas été possible sans vous. Je porte aujourd'hui fièrement les valeurs de travail et de courage que vous m'avez transmis.

A Jonathan et Charly, avec la vie devant nous.

A mes amies

Je vous remercie toutes pour votre soutien et votre bienveillance, nous pourrions toujours compter les unes sur les autres.

Table des matières

I.	Introduction.....	9
II.	Méthodes	11
II.1.	Schéma d'étude.....	11
II.2.	Echantillon	11
II.2.1.	Critères d'inclusion	11
II.2.2.	Critères de non inclusion.....	11
II.3.	Critères d'évaluation	11
II.3.1.	Critère d'évaluation principal.....	11
II.3.2.	Critères d'évaluation secondaires	12
II.3.2.1.	Les indices de santé orale.....	12
II.3.2.2.	Les questionnaires d'auto-évaluation	13
II.3.2.2.1.	Rappel historique et définition du questionnaire OHIP	13
II.3.2.2.3.	Xerostomia Inventory	14
II.3.3.	Autres données recueillies	15
II.3.4.	Calendrier de recherche et aspects éthiques.....	16
II.3.5.	Tableau récapitulatif du suivi patient.....	16
II.3.6.	Information des personnes concernées.....	16
II.3.7.	Déroulement de la recherche.....	16
II.4.	Aspects statistiques	17
II.4.1.	Calcul de la taille de l'échantillon.....	17
II.4.2.	Méthodes statistiques employées	17
III.	Résultats	19
III.1.	Caractéristiques socio-démographiques et médicales.....	19
III.2.	Critère principal : prévalence des lésions à potentiel malin	23
III.3.	Critères de recherche secondaires.....	24
III.3.1.	Indice CAO	24
III.3.2.	L'indice CPITN	25
III.4.	Questionnaire de qualité de vie OHIP	27
III.4.1.	Résultats du score de sévérité.....	27
III.4.2.	Interprétation des résultats en utilisant la mesure de la prévalence	28
III.5.	Questionnaire de xérostomie.....	29

III.5.1.	Résultats du questionnaire.....	29
III.6.	Les statuts addictologiques	30
III.6.1.	En fonction de l'indice CAO	30
III.6.2.	En fonction de l'indice CPITN	31
III.6.3.	En fonction des résultats du questionnaire OHIP	32
IV.	Discussion	33
V.	Conclusion	39
	Bibliographie.....	40
	Annexe	46
	Liste des tableaux	60
	Liste des figures	60

I. Introduction

Le terme « addiction » est relativement courant de nos jours pour évoquer les « troubles de l'usage aux substances », tournure plus scientifique et moins stigmatisante (1). Le DSM-V est un des outils de diagnostic des troubles de l'usage (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders) élaboré par l'American Psychiatric Association dont la dernière version date de 2013. La classification se compose de 11 critères diagnostiques (2, 3). On différencie plusieurs stades et modes de consommation allant de l'expérimentation à l'usage nocif, le patient entrant progressivement dans une spirale de perte de contrôle associé au déclin de sa santé mentale, physique et de sa vie sociale. Pour A. Goodman, le processus addictif résulte de la rencontre entre l'addictivité d'un sujet (sa vulnérabilité aux addictions) et le potentiel addictogène d'un produit ou d'un comportement (1). Une addiction est une psychopathologie évolutive. Les conséquences des pratiques addictives vont varier selon la substance, le risque pour la santé étant présent dès le stade de l'usage simple.

Les addictions aux substances ont un schéma globalement similaire : elles ont une influence sur le système nerveux central, au niveau des neurones du circuit de la récompense coordonné par de nombreuses voies, par libération de neuromédiateurs tels que la dopamine, le GABA, l'adrénaline et noradrénaline, les peptides opioïdes. Un équilibre de neuroadaptation très subtil conduisant à la dépendance se met en place entre la drogue, le médicament et le système de neurotransmission. Lors d'un sevrage, cet équilibre est modifié et le patient est confronté à une envie irrésistible de se procurer la substance, appelée « craving » (4, 5). Selon l'addiction, le médecin se tourne vers une stratégie substitutive (opiacés, tabac), ou une stratégie de sevrage, incluant le recours aux anxiolytiques et antalgiques, ces derniers représentant potentiellement une source d'addiction secondaire.

Les complications organiques amenées par les troubles de l'usage de substances psychoactives sont bien connues : elles dépendent du contexte de procuration de la drogue, du mode d'administration ou encore de la composition intrinsèque des produits (6–9). Outre les overdoses, on retrouve les complications médicales suivantes : complications nutritionnelles (dans l'alcoolisme chronique), déficiences cognitives (cannabis, benzodiazépines notamment), troubles cardiovasculaires (cocaïne, tabac, alcool), troubles uro-néphrologiques (cocaïne). Il existe également des complications liées au mode d'administration : on peut observer des lésions cutanées liées aux agents de coupe (sucre, caféine, médicaments tels que le paracétamol) suite à l'injection, mais également des lésions nasales et palatines lorsque le produit est prisé (voie nasale). On compte également les infections virales : VIH, hépatites (héroïne), les infections (abcès, septicémies, endocardite infectieuse). Par ailleurs, l'augmentation de la prévalence des lésions à potentiel malin secondaire à la consommation d'alcool, de tabac est très documentée (10). Enfin, la santé mentale se trouve aussi largement impactée (troubles cognitifs, anxiété, dépression...).

Les complications les plus fréquemment retrouvées dans la cavité buccale sont en premier lieu la maladie carieuse, causée par l'accumulation de plaque dentaire, un renoncement aux soins et à l'hygiène, à la dégradation de l'alimentation (consommation excessive de sucre) (8). Cela peut

également entrainer des altérations du parodonte avec dans les cas les plus graves une perte précoce des dents (11–13). Il est connu que de nombreuses substances perturbent le débit salivaire, les patients pouvant ressentir une sécheresse buccale (xérostomie) (14). L'écologie de la flore microbienne se trouve grandement perturbée avec pour conséquence des désordres tels que l'halitose. Avec l'usage de certaines drogues (hallucinogènes, stimulants) des crispations musculaires apparaissent. Dans ces conditions bucco-dentaires dégradées, des foyers infectieux se développent, une souffrance dentaire s'installe accompagnée de problèmes invalidants de mastication, des difficultés d'élocution (9), ayant un retentissement général sur l'image de soi et la qualité de vie (15). On connaît aussi le risque de complications pour certains actes médicaux tels que les actes chirurgicaux (avulsion, pose d'implants). Des lésions cutané-muqueuses peuvent également être retrouvées lorsqu'un agent de coupe agressif est ajouté, ou bien à cause du mode d'administration ou de certains comportements (friction sur les gencives, brossages frénétiques chez les usagers de cocaïne) (6). Enfin le lien entre l'abus de certaines drogues comme le cannabis et le développement de lésions à potentiel malin est de plus en plus étudié mais les données restent insuffisantes (16–19). En effet peu d'études sérieuses sur l'état de santé bucco-dentaire des patients dépendants aux drogues existent. Cependant les rares sur lesquelles s'appuyer montrent que la santé buccale de ces patients est relativement dégradée, qu'ils souffrent d'un nombre élevé de caries, de problèmes parodontaux sévères avec dans les cas les plus avancés des complications fonctionnelles : édentements importants, difficultés pour parler ou s'alimenter (11,20–34). Ces études permettent aussi de constater l'importance d'un autre paramètre ajoutant à la complexité de la prise en charge pluridisciplinaire : la polyaddiction (20–23).

Il est donc important de dresser un état des lieux au sein de cette population afin de mieux identifier les besoins en soins dentaires, ce qui permettra d'améliorer les connaissances dans ce domaine et d'améliorer la prise en charge de ces patients. En effet, la santé orale fait partie des éléments à prendre en compte dans le projet de soins global des patients souffrant d'addictions aux substances. Nous partons de l'hypothèse que celle-ci est relativement dégradée, autant au niveau dentaire que parodontal, et qu'elle a un impact négatif sur la qualité de vie du patient.

Ainsi l'objectif principal de cette étude était d'évaluer la prévalence de lésion à potentiel malin dans une population de patients hospitalisés pour un sevrage à diverses substances addictives. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer plus largement l'état bucco-dentaire de ces patients (évaluation clinique de l'atteinte carieuse et parodontale, de la xérostomie et de l'hygiène bucco-dentaire). L'impact et l'éventuelle association entre l'état de santé bucco-dentaire relié à la qualité de vie des patients ont aussi été recherchés (21).

II. Méthodes

Cette étude a d'abord commencé par l'élaboration d'un protocole de recherche (thèse d'exercice pour le D.E. de Chirurgie Dentaire, Dr Laurène Duvanaud 2019), incluant l'utilisation d'indices cliniques facilement utilisables en dépistage, et des questionnaires d'auto-évaluation. Un premier questionnaire généraliste commençait par une série de questions fermées sur le contexte bucco-dentaire et les habitudes du patient. Venait ensuite un examen clinique des muqueuses buccales, un examen dentaire (formule dentaire, présence ou absence de lésions carieuses, de prothèses fixes ou amovibles), une évaluation de l'hygiène (présence ou absence de plaque dentaire), un examen parodontal. Enfin, d'autres questionnaires étaient proposés pour évaluer la xérostomie et la qualité de vie (voir annexes 2,3,4,8,9).

II.1. Schéma d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale monocentrique auprès des patients hospitalisés pour une addiction aux substances dans l'Unité de Soins Complexes en Addictologie (USCA) de l'hôpital Haut Lévêque.

II.2. Echantillon

II.2.1. Critères d'inclusion

- Patients majeurs hospitalisés dans le service d'addictologie de l'hôpital Haut Lévêque pour 1 à 4 semaines en sevrage de toutes substances
- Acceptant de participer au dépistage bucco-dentaire
- Toute substance et association de substance confondue

II.2.2. Critères de non inclusion

- Refus de participer
- Personnes placées sous tutelle ou curatelle.
- Personne présentant un trouble psychiatrique ou cognitif sévère

II.3. Critères d'évaluation

II.3.1. Critère d'évaluation principal

Présence de lésions à potentiel malin : Il s'agit des modifications morphologiques d'un tissu présentant un risque accru de développement d'un cancer. Elles correspondent à différentes affections comprenant les lésions muqueuses blanches, les plus fréquentes (leucoplasie, leucokératose, lichen plan) et les lésions muqueuses rouges ou érythroplasie.

La détection de ces lésions s'est faite au cours d'un examen visuel qualitatif des muqueuses, réalisé par Laurène DUVANAUD et Hiên Marie GOBIN qui ont relevé la présence, la localisation, l'aspect des lésions et ont été formées en cours de D3 (Pr FRICAIN et par le Pr CATROS), spécialiste en chirurgie orale au Pôle d'Odontologie et de Santé buccale du CHU de Bordeaux. Un diagnostic présomptif était alors établi en fonction d'une liste de lésions pertinentes pour notre enquête d'après l'OMS : les leucoplasies (homogène et inhomogène), les érythroplasies, les stomatites nicotiques, le lichen plan, les fibroses orales sous-muqueuses, les chéillites actiniques, ainsi que les ulcérations (herpès gingival, aphtes) la présence de candidoses et de gingivites ulcéro-nécrotiques (35).

II.3.2. Critères d'évaluation secondaires

II.3.2.1. Les indices de santé orale

Les critères d'intérêt secondaires étaient les indices de santé orale suivants :

- **CAO** : indice carieux mesurant le nombre de dents Cariées, Absentes et Obturées en denture permanente sur 32 dents (36).
- **Indice d'hygiène orale simplifié** (OHIS): Cet indice dérivait de l'indice d'hygiène orale mais un nombre inférieur de surfaces dentaires étaient évaluées pour simplifier les mesures. Il comprenait à la fois l'indice de plaque et l'indice de tartre. Un total de six surfaces dentaires réparties sur l'ensemble (4 dents postérieures et 2 dents antérieures) de la denture étaient évaluées. Ensuite, la quantité de plaque dentaire et de tartre était évaluée pour chaque surface dentaire étudiée et un score compris entre 0 (pas de plaque ni de tartre) et 3 (quantité maximale de tartre et de plaque) était attribué à chaque condition (37).
- **L'Index Parodontal Communautaire en Besoin de Soins (Community Periodontal Index in Treatment Needs (CPITN))** a été utilisé pour évaluer les besoins en soins parodontaux de notre population et pour mettre en évidence un besoin de soins. Il utilisait des critères cliniques reconnus dans la prévention et le traitement des maladies parodontales, comme la quantification des poches parodontales, l'inflammation gingivale et la présence de plaque dentaire. Le principe était d'attribuer un score en fonction de l'état parodontal des dents examinées : 6 dents étaient évaluées ; premières et deuxièmes molaires, sur 2 faces pour la présence de tartre, de poches parodontales, de saignement au sondage et de récession gingivale. Les résultats ont été présentés grâce à un système de score qui permettaient de définir le besoin en soins parodontaux (22, 23).

Code 0	Pas de saignement, pas de tartre, pas de poche	Besoin en soins nul
Code 1	Présence de saignement, pas de tartre, pas de poche	Enseignement de l'hygiène orale (EHO)
Code 2	Poche de 3 mm max. avec tartre ou obturation débordante (zone noire de la sonde totalement apparente)	Détartrage, EHO, suppression des obturations débordantes
Code 3	Poche de 4 à 5 mm (zone noire de la sonde partiellement masquée)	Thérapeutique parodontale complexe dont surfaçage
Code 4	Poche de 6 mm minimum (zone noire de la sonde totalement masquée)	Thérapeutique parodontale complexe dont surfaçage chirurgical ou non au besoin
Code 5	Secteur édenté ou 1 dent	Thérapeutique parodontale complexe et réhabilitation prothétique

Tableau 1 : Echelle du CPITN

Au niveau du recueil seule la mesure la plus profonde importait pour chaque sextant. Il fallait ensuite calculer à l'aide du logiciel le score moyen par sextant, quant au score total du patient on choisissait le score le plus élevé de tous les sextants (24-25).

- **La mesure des récessions gingivales** a été faite sur les mêmes dents que l'indice précédant et déterminait un score en fonction de la perte d'attache comme indiqué dans l'annexe 4 (38).

II.3.2.2. Les questionnaires d'auto-évaluation

- **L'indice de qualité de vie en relation avec la santé orale** (Oral Health Impact Profile: OHIP). Le but de cet index fut de donner de façon individuelle une mesure des anomalies, inconfort et handicaps en relation avec la cavité buccale. La version courte du questionnaire a été utilisée dans notre étude et rempli par le patient en auto-évaluation (27-28).
- **Xerostomia inventory** : comportant 11 questions utilisé dans la recherche clinique. Des scores ont été associés aux 11 questions puis additionnés pour donner un score unique représentant la sévérité subjective de la xérostomie (41). Ce questionnaire a été rempli par le patient en auto-évaluation.

II.3.2.2.1. Rappel historique et définition du questionnaire OHIP

L'OHIP ou « Oral Health Impact Profile » est un outil de mesure et d'auto-évaluation du patient sur l'inconfort, l'invalidité, la dysfonction qu'il a pu ressentir dans un contexte oral potentiellement

dégradé et perturbant la vie quotidienne, développé par Slade en 1997. Il s'est inscrit dans le modèle de réflexion clinique actuel bio-psycho-social (*Kleinman, 1988*) où la santé n'est pas simplement réduite à l'absence de maladie mais comme la résultante d'un ensemble de paramètres physiques, psychiques, émotionnel et social. C'est un complément aux indicateurs cliniques classiques. Une série de questions ont été sélectionnées et regroupées en 7 thématiques ou domaines dont le détail est disponible en annexe 8 (impacts sur l'interaction sociale, la mastication et l'alimentation, l'élocution, l'estime de soi, le stress). *G.D Slade* et son équipe en 1997 ont élaboré le questionnaire sur un premier échantillon d'individus de 64 personnes à Adélaïde, en Australie.

- Domaine 1 : limitation fonctionnelle
- Domaine 2 : douleur physique
- Domaine 3 : inconfort psychologique
- Domaine 4 : invalidité physique
- Domaine 5 : invalidité psychologique
- Domaine 6 : invalidité sociale
- Domaine 7 : handicap

Pour chaque item, le patient devait répondre à l'aide d'un score allant de 0 à 4 correspondant aux réponses « jamais 0 » « presque jamais 1 » « occasionnellement 2 » « souvent 3 » « très souvent 4 », méthode appelée échelle de Likert. Les chercheurs ont apporté une subtilité au questionnaire en attribuant un facteur de pondération à chaque question, que nous avons également appliqué au calcul des résultats de notre étude (la grille des facteurs de pondération étant disponible dans l'article de *G.D Slade*). Cela permettait de hiérarchiser les différents impacts buccaux dentaires pris en compte dans le questionnaire. Pour chaque question on devait multiplier le facteur de pondération par le score attribué, et on obtenait un premier score de sévérité. Pour avoir le score de sévérité final d'une thématique entière regroupant plusieurs questions on additionnait les scores de sévérité entre eux.

Deux modes d'interprétation des résultats du questionnaire existent :

- Avec le score de sévérité, on a calculé la moyenne du score OHIP total de l'échantillon, et la moyenne de chaque thématique. Elle permet de refléter le niveau d'insatisfaction et son influence sur la qualité de vie.
- En dichotomisant les réponses : via la fréquence de réponses « souvent » et « très souvent » traduisant la prévalence de l'impact. Dans les diverses études similaires, c'était le moyen d'étudier les corrélations entre les variables cliniques, socio-démographiques et la qualité de vie reliée à l'état bucco-dentaire.

II.3.2.2.3. Xerostomia Inventory

La xérostomie traduit la sensation de sécheresse buccale. Sa prévalence tend à augmenter avec l'âge (diminution de production de salive au niveau des glandes salivaires et modification de sa composition chimique) (46), ainsi qu'avec la polymédication. La xérostomie est dite objective, se diagnostique à l'aide d'un interrogatoire précis et des tests diagnostiques (47). Elle est subjective lorsqu'on ne relève cliniquement aucun signe de manque de salive. Dans le premier cas cela se traduit par un réel inconfort au niveau des fonctions de déglutition, mastication, phonation, perturbation du goût, et peut impacter très négativement la qualité de vie. En conséquence le sujet augmente ses prises de boissons de jour et de nuit, il peut aussi être gêné par une sensation de brûlure et d'halitose. La diminution du flux salivaire peut également exposer le sujet à un risque plus élevé d'infection à *Candida albicans*, surtout s'il y a présence de prothèse amovible. Dans la plupart des études les résultats mettaient en évidence un lien étroit entre port de prothèses dentaires, hyposialie et niveau d'hygiène faible (48).

Dans la diversité des thématiques d'étude du vieillissement de la population (augmentation de la durée de vie, des traitements des maladies chroniques requérant une polymédication) le questionnaire XI (xerostomia inventory annexe 8) est largement retrouvé. Il se présente comme un outil multi-item, et a permis d'évaluer les différents aspects symptomatologiques et comportementaux de la xérostomie, son impact sur la santé orale, simple d'utilisation et validé par la communauté scientifique (44 45). Dans notre étude nous avons choisi la version de 11 questions elles aussi scorées « jamais » à « très souvent » de 0 à 4 (41). Les scores obtenus pouvaient aller de 11 (pas de xérostomie) à 55 (xérostomie sévère).

II.3.3. Autres données recueillies

Nous avons recueilli l'âge, le sexe des participants ainsi que certaines données relatives aux habitudes bucco-dentaires :

- Dernière visite chez un dentiste (en mois)
- Motif de la dernière visite dentaire
- Présence de douleurs dentaires au moment du dépistage
- Présence de prothèses dentaires amovibles maxillaire et mandibulaire
- Fréquence de brossage

La consultation des dossiers médicaux a permis de recueillir la mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré, ainsi que les prescriptions médicamenteuses : dans la prise en charge de ces patients, le traitement médical est systématisé selon l'addiction, l'état émotionnel et psychologique. De ce fait les médicaments psychotropes sont largement retrouvés dans les prescriptions, et ceux-ci sont susceptibles d'avoir des répercussions sur la cavité buccale. Il était donc intéressant de connaître les traitements afin d'établir éventuellement un lien avec les résultats du questionnaire de xérostomie. Nous avons examiné le profil d'addiction du patient : la substance principalement consommée,

traduite en termes de « statut addictologique ». Nous avons également établi une liste de troubles psychologiques et psychiatriques à partir du questionnaire ASI et des dossiers médicaux (51) (troubles anxieux ou anxiété généralisée, troubles de l'humeur ou dysthymie, troubles psychotiques, troubles antisociaux dont phobie sociale, troubles du sommeil et troubles de la mémoire).

II.3.4. Calendrier de recherche et aspects éthiques

L'enquête a débuté après autorisation du Comité de Protection des Personnes et s'est déroulée sur 5 mois en incluant 4 patients par semaine du 13 septembre 2018 au 11 avril 2019. Les patients n'ont été vus qu'une fois au cours de l'enquête (annexe 9).

II.3.5. Tableau récapitulatif du suivi patient

	INCLUSION
Information au patient	✓
Réalisation des questionnaires MINI et ASI par le service	✓
Consentement éclairé	✓
Consultation odontologique	✓

II.3.6. Information des personnes concernées

L'investigateur a proposé aux patients de participer à cette recherche et les a informés :

- De l'objectif
- Du traitement informatisé des données le concernant qui ont été recueillies au cours de cette recherche et qui précisait également ses droits d'accès, d'opposition et de rectification à ces données. L'investigateur (personne qualifiée) vérifiait également les critères d'éligibilité. Si la personne était d'accord pour participer, il donnait oralement son accord et sa non-opposition était documentée dans son dossier médical. Le participant pouvait, à tout moment, s'opposer à l'utilisation de ses données, dans le cadre de la recherche.

II.3.7. Déroulement de la recherche

Réalisation pratique du dépistage :

Les examens cliniques odontologiques avaient lieu les jeudis matin dans le service d'addictologie, entre 9h et 12h30, en présence du Dr FATSEAS dans le service, dans une pièce fermée pour garantir la confidentialité, équipée d'un fauteuil inclinable. Les kits stériles étaient fournis par le service. En moyenne, quatre patients étaient accueillis. Les questionnaires OHIP-14 non réalisés au cours de l'examen étaient mis à disposition dans le dossier médical des patients. Un bilan des observations faites clôturerait la matinée. Au cours de cette visite, l'investigateur :

- 1) Répondait aux questions du patient
- 2) Obtenait la confirmation de son accord de participation
- 3) Réalisait le relevé bucco-dentaire sur une fiche de recueil créée à cet effet qui permettait de calculer les indicateurs cliniques précités
- 4) Remettait aux patients les questionnaires de qualité de vie et de xérostomie
- 5) Invitait, si nécessaire, le participant à prendre rendez-vous avec le chirurgien-dentiste de son choix. Si une prise en charge urgente et/ou spécialisée était nécessaire elle était proposée au patient et organisée par le chirurgien-dentiste qui avait fait le recueil, en relation avec les professionnels de santé du CHU de Bordeaux (Réfèrent Pr Sylvain Catros).

Le relevé bucco-dentaire était réalisé à l'aide d'une lumière frontale de la façon suivante :

- Examen visuel exobuccal (lèvres)
- Examen visuel des muqueuses buccales (face interne des joues, des lèvres, le plancher buccal, les vestibules, la gencive attachée, le palais dur et mou, la langue (faces ventrale, dorsale et latérales) à l'aide de compresses et de miroir
- Observation de la présence de plaque bactérienne visible à l'oeil nu, relevé de la formule dentaire
- Examen des dents et du parodonte au moyen d'un miroir, d'une sonde N°6 et d'une sonde parodontale

Cet examen des dents était réalisé selon les recommandations de l'OMS pour les études épidémiologiques observationnelles et ne comportait aucun risque pour le participant

II.4. Aspects statistiques

II.4.1. Calcul de la taille de l'échantillon

D'après les données de la littérature, pour estimer une prévalence de lésion à potentiel malin de la muqueuse buccale de 15% avec une précision de +/-7%, il était nécessaire d'inclure 100 patients (52–54).

II.4.2. Méthodes statistiques employées

Le logiciel Epi Info 7 nous a permis de calculer les différentes données recueillies dans les questionnaires. Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif, de pourcentage et d'intervalle de confiance à 95% selon la loi binomiale exacte. Les variables quantitatives ont été décrites en termes d'effectif, moyenne, écart-type et intervalle de confiance à 95% de la moyenne, médiane, étendue et étendue interquartile. Après description de la distribution des variables les tests statistiques ANOVA ou Kruskal-Wallis, le χ^2 ou le t-test étaient utilisés (55) pour comparer les différents groupes (tableaux de valeurs croisées par âges, genre, ou par addiction) et pour évaluer l'existence de différences significatives entre les moyennes obtenues.

L'association entre OHIP (variable dépendante) et CAO et CPITN (variables indépendantes) a été explorée, de même que celle entre CAO (variable dépendante) et sévérité de l'addiction, et entre CPITN (variable dépendante) et sévérité de l'addiction.

III. Résultats

III.1. Caractéristiques socio-démographiques et médicales

Dans cette partie nous avons repris les principales données statistiques recueillies à l'aide des questionnaires, calculées avec la totalité de l'échantillon (103 patients). On trouvait 36 femmes pour 67 hommes (34,9% de femmes pour 65,1% d'hommes). L'âge moyen est de 42,7 ans (+/- 10,9), le plus jeune patient ayant à l'époque 18 ans, le plus âgé 71 ans (tableau 2).

Classes d'âge	Fréquence	Pourcentage %
18-35 ans	26	25,3%
36-50 ans	56	54,4%
Plus de 50 ans	21	20,3%
Total	103	100

Tableau 2 Répartition des classes d'âges dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

Le délai moyen de la dernière visite chez le dentiste était de **31,4 mois** (écart type 45,4 mois et pour minimum 1 mois ; max 360 mois). Pour les femmes en moyenne la dernière visite remontait à **18,1 mois** (écart-type 19,8 mois) et pour les hommes **38,6 mois** (écart-type 53,1 mois), cette différence étant significative ($p = 0,046$, test du χ^2).

Motif de la dernière consultation dentaire	Fréquence	Pourcentage %
Contrôle	33	32
Suite de soins	34	33
Urgence	34	33
Autre	2	2
Total	103	100

Tableau 3 Répartition des motifs de consultation dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

Les motifs des dernières visites chez le dentiste étaient « l'urgence », « les suites de soins » et « contrôles » comme le montre le tableau 3.

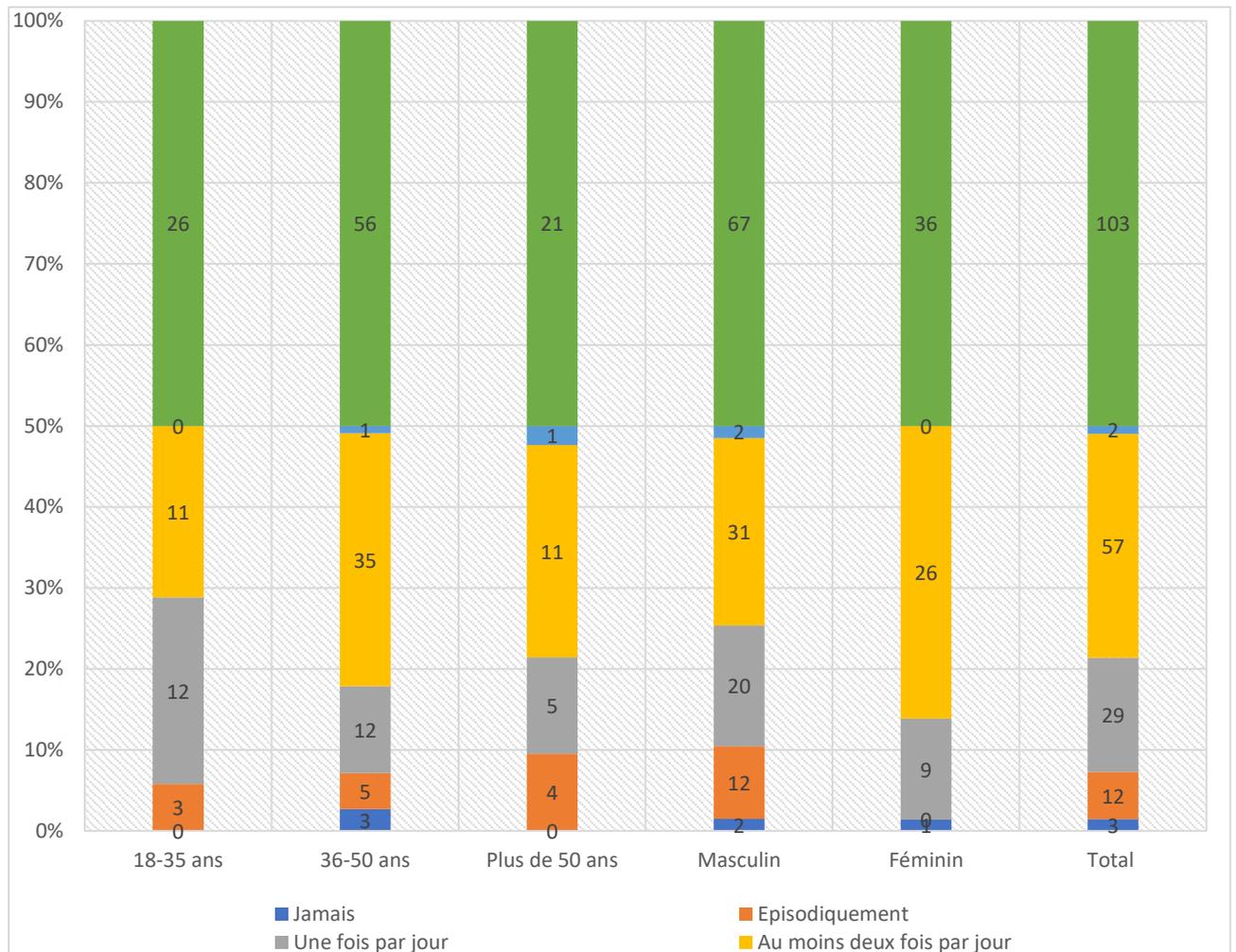


Figure 1 Répartition des fréquences de brossage en fonction de l'âge, du genre dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

Dans l'échantillon **55,3%** des patients tout sexe confondu déclaraient se brosser les dents au moins deux fois par jour, **28,5%** seulement une fois par jour.

Une proportion de **72,2%** de femmes déclaraient se brosser les dents au minimum deux fois par jour, contre **46,3%** des hommes.

Les 36-50 ans se brossaient plus fréquemment les dents : **62,5%**, contre seulement **42,31%** chez les plus jeunes.

Seulement 14 patients sur 103 étaient porteurs de prothèses amovibles tous ayant plus de 35 ans. Sur ce petit échantillon **64 %** avaient plus de 50 ans et **86%** étaient des hommes. Nous avons observé un taux d'édentement non compensé important dans les deux premières tranches d'âge.

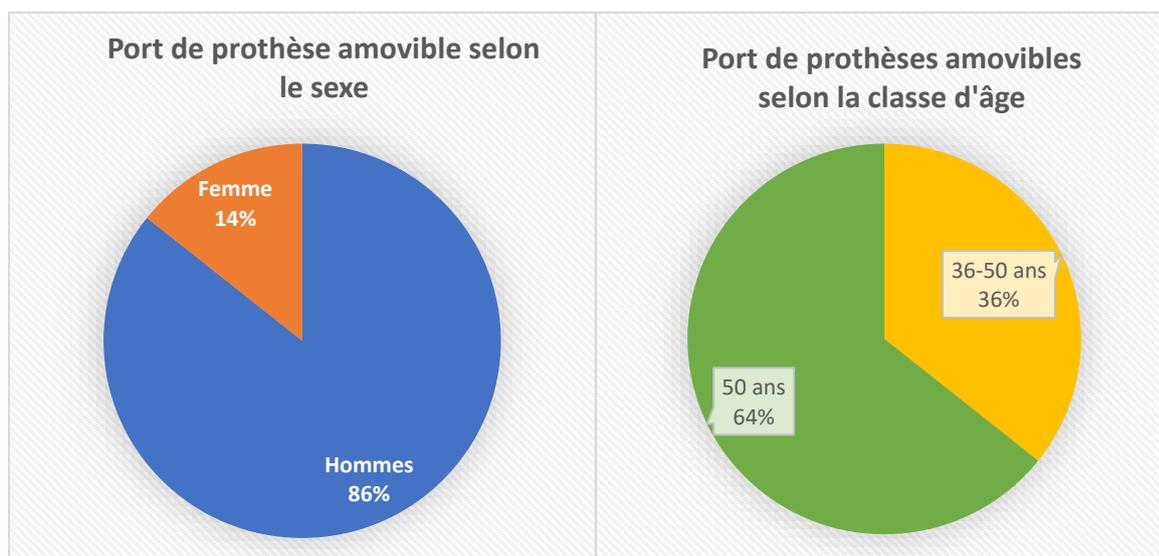


Figure 2 Pourcentage de prothèse amovible selon la classe d'âge et le genre dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

On trouvait également une différence significative entre les hommes et les femmes, (d'après le tableau des valeurs croisées en annexe $p=0,04$) les hommes étant les plus appareillés. Ils étaient en moyenne plus édentés que les femmes comme le montrent les résultats précédents (figure 2).

On a réparti les patients selon leur degré de polymédication (57) (voir tableau 11 pour la liste des principaux traitements rencontrés)

- Moins de 5 médicaments : 17 patients
- Entre 5 et 10 médicaments : 63 patients
- Plus de 10 médicaments : 23 patients

MEDICAMENTS	Nombres de patients
Anti-dépresseurs	95
Nicotine	58
Antipsychotiques	36
Traitements de substitution aux opiacés (TSO)	36
Médicaments addictolytiques (alcool)	25
Anti épileptiques (thymorégulateurs)	21
Varénicline	5
Anticholinergiques	3
Bupropion	2

Tableau 4 Distribution des médicaments dans l'échantillon dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

Les traitements de syndrome de sevrage étaient là pour limiter l'intensité des symptômes liés à l'arrêt de consommation du produit. Les traitements addictolytiques visaient à lutter contre le craving, et les traitements de substitution remplaçaient la substance dont le patient était dépendant.

Les traitements du syndrome de sevrage étaient les antalgiques non opiacés, antispasmodiques, antiémétiques, anti diarrhéiques, anxiolytiques. (57 58 60).

Alcoolisme et tabac étaient les addictions que l'on retrouvait le plus en cure de sevrage. Venaient ensuite la dépendance au cannabis, puis aux opiacés, à la cocaïne et enfin aux médicaments psychotropes.

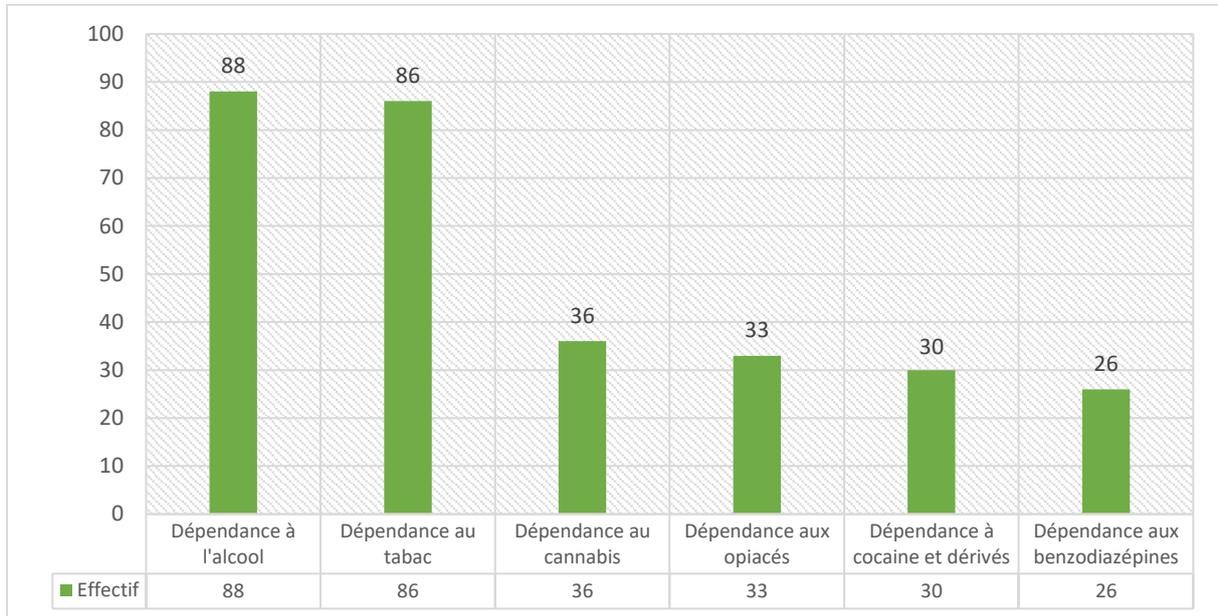


Figure 3 Figure 11 : Répartition de l'effectif en fonction de la ou des dépendances aux substances dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

Pour l'alcool, le tabac, et les médicaments psychotropes la classe d'âge la plus touchée était les 35-50 ans.

Concernant le cannabis, sur les 36 patients présentant un trouble de l'usage, la majorité avaient entre 35 et 50 ans et on trouvait seulement 1 personne de plus de 50 ans.

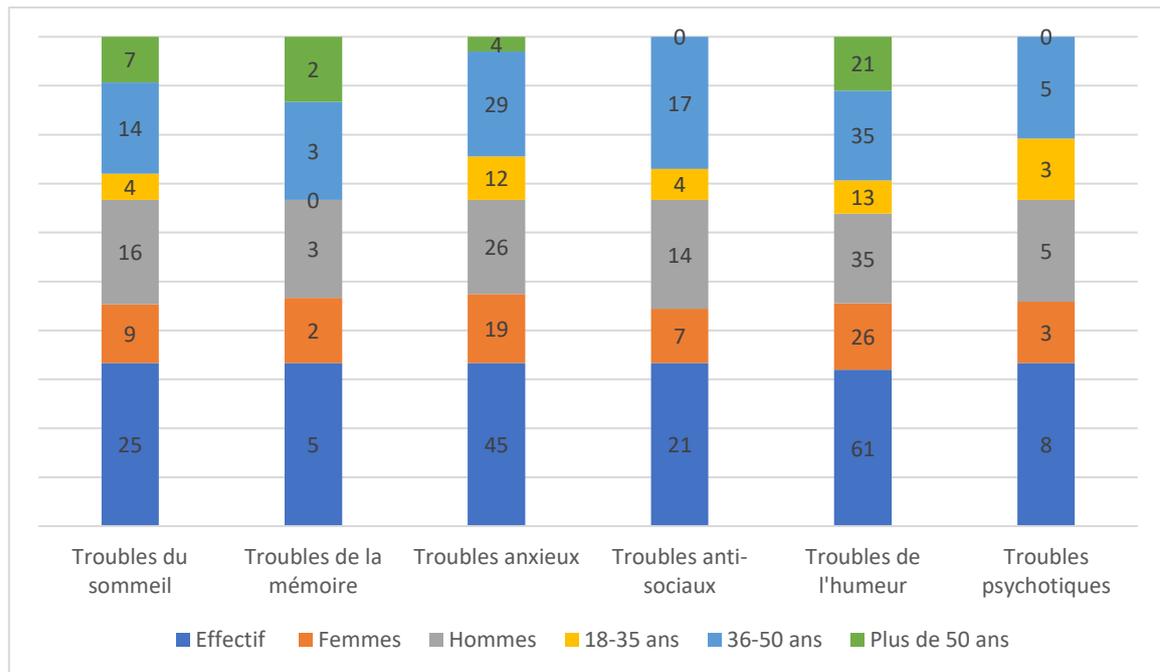


Figure 4 Répartition des troubles psychiatriques dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

Les troubles les plus retrouvés étaient les troubles de l'humeur en effet ils concernaient 61 personnes. Ils étaient généralement traités par les médicaments thymorégulateurs ou normothymiques.

Les troubles anxieux concernaient 45 personnes et étaient généralement traités par les benzodiazépines.

En parcourant les dossiers médicaux on retrouvait souvent mention de troubles du sommeil cela concernait un quart de l'échantillon et pouvait impliquer le recours aux hypnotiques.

On a retrouvé pour une faible partie des troubles psychotiques dont les psychoses aiguës ou chroniques (exemple schizophrénie) ou les délires de type maniaque et les psychoses hallucinatoires : les traitements employés étaient les neuroleptiques à action psycholeptique (61).

III.2. Critère principal : prévalence des lésions à potentiel malin

Sur les 103 patients, nous avons relevé 30 lésions de la muqueuse buccale. Nous avons relevé 7% de lésions blanches kératosiques et 46% de lésions d'origines traumatiques. Deux patients présentaient un antécédent de cancer de la cavité buccale, localisés tous deux au niveau de la joue, traités il y a plusieurs années et dont les stigmates étaient bien identifiables. Les lésions les plus fréquentes étaient des lésions traumatiques. On a également retrouvé des abcès parodontaux, mais compte tenu des conditions d'examen le diagnostic restait présomptif.

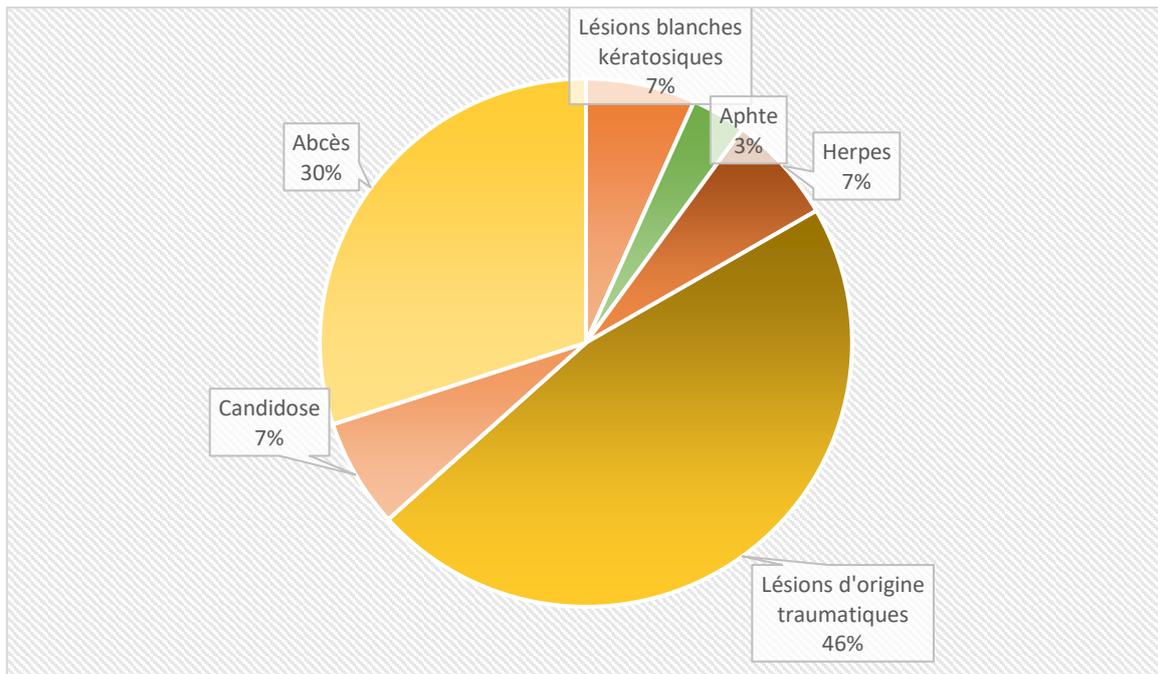


Figure 5 Prévalence des lésions de la muqueuse buccale chez des patients hospitalisés dans le service d'addictologie de l'hôpital Haut-Lévêque en sevrage de toutes substances, dates ; N=103

III.3. Critères de recherche secondaires

III.3.1. Indice CAO

Les indices du CAO de l'échantillon ont été croisés avec les données du genre et de classe d'âge pour évaluer si ces variables avaient une incidence l'une sur l'autre (voir tableau 9 des valeurs croisées en annexe).

La moyenne totale de l'indice CAO était de 15,37, (écart-type 8,91 – minimum 0 maximum 32) pour 3,64 dents cariées, 6,92 dents absentes et 5,09 dents obturées. On a observé une association entre la classe d'âge et les indices du CAO (p-value pour le CAO = 0,01 ; p-value DA=0,005 ; p-value D0=0,04 voir tableau 10 en annexe).

Concernant le nombre moyen de dents cariées, un grand nombre de jeunes adultes étaient atteints de polycarie. Ainsi dans notre échantillon, les jeunes de 18 à 35 ans étaient les plus sujets à la maladie carieuse, ils obtenaient l'indice DC (dents cariées) le plus élevé des catégories d'âge (5,12).

On a retrouvé une différence significative entre les hommes et les femmes pour **les dents obturées** (p= 0,002). On observe donc que les hommes ont un état dentaire globalement plus dégradé que les femmes.

L'étendue de l'édentement augmentait avec l'âge.

Nous avons aussi observé un écart entre l'indice DA (dents absentes) des jeunes et celui des plus âgés, quasiment multiplié par 3.

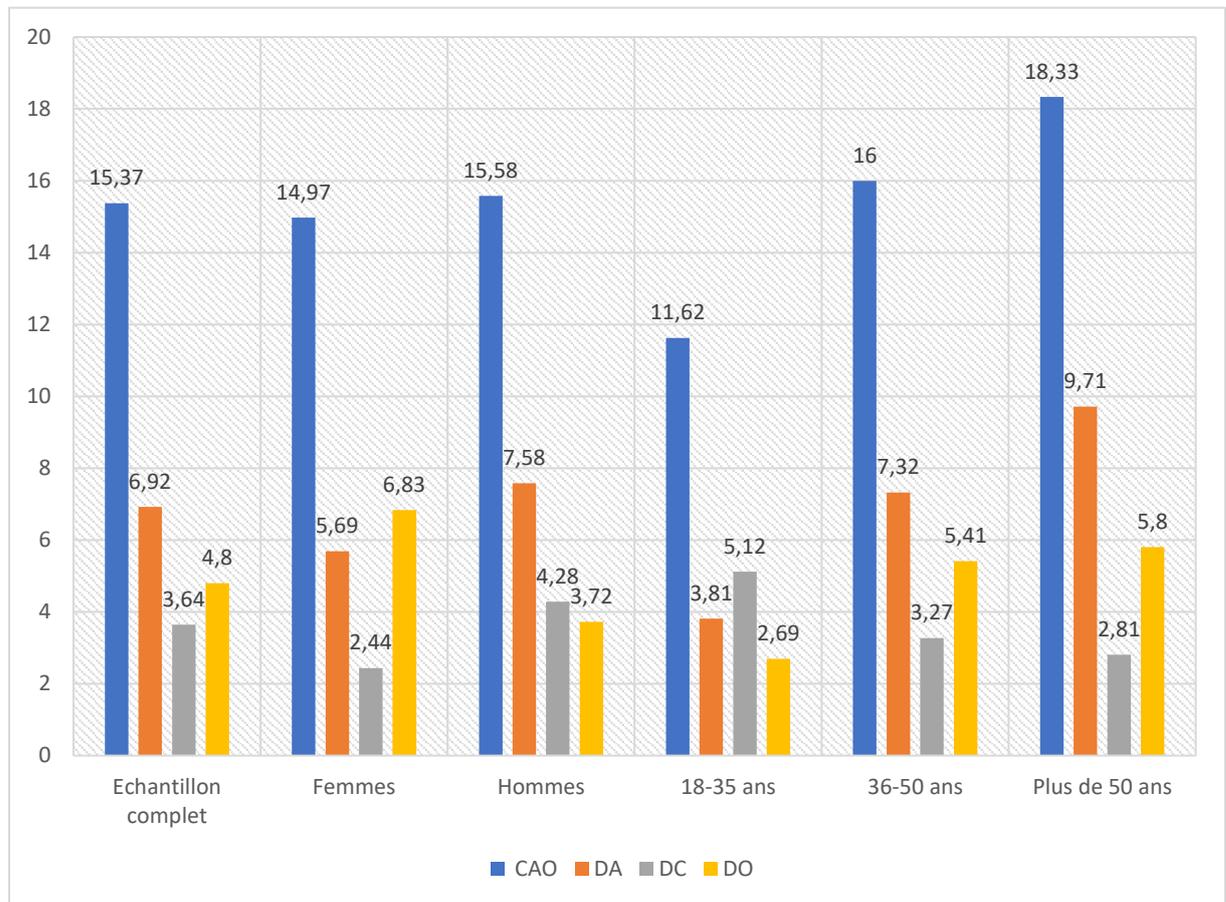


Figure 6 Répartition du CAO dans l'échantillon total et selon le sexe et l'âge dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]
 DCAO : dents Cariées, Absentes et Obturées
 DA : dent absente – DO : dent obturée – DC : dent cariée

III.3.2. L'indice CPITN

D'après les résultats obtenus, la majorité des patients avaient besoin d'un soin de détartrage et d'un enseignement à l'hygiène buccale (code 2 avec un pourcentage de 60,19%).

On a remarqué également un besoin en thérapeutique parodontale plus complexe pour environ 20% de l'échantillon (codes 3 et 4). Pour 10% des patients nous avons constaté un état parodontal correct (code 0) ne nécessitant pas de thérapeutique et pour 8,74% d'entre eux il faudrait dispenser d'un enseignement à l'hygiène orale.

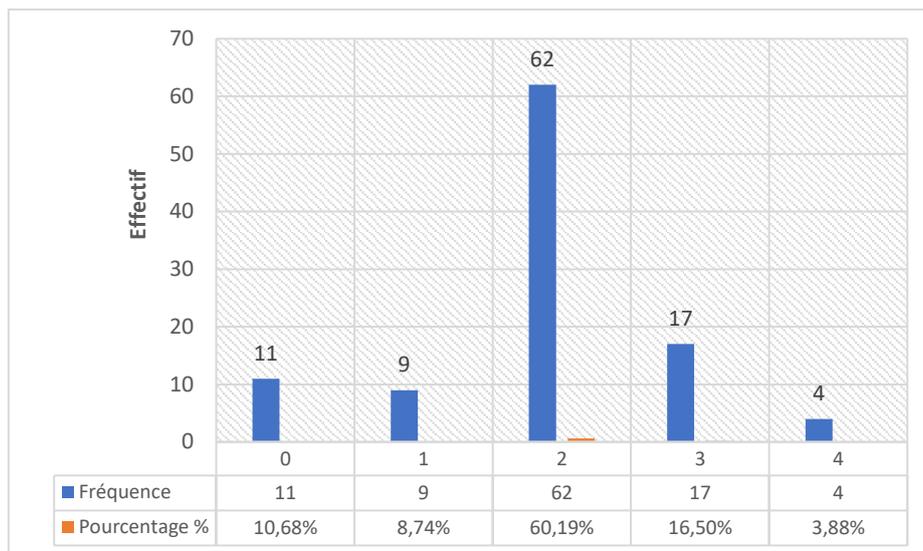


Figure 7 La répartition des besoins en soins parodontaux dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

Nous avons également vérifié l'existence d'une association entre le CPITN et le sexe (voir les tables de valeurs croisées n°10 en annexe). Chez les personnes nécessitant des soins parodontaux (codes 3 et 4) les hommes étaient les plus nombreux, mais il n'existait pas de différence significative entre les sexes (test de Student $p=0,2$).

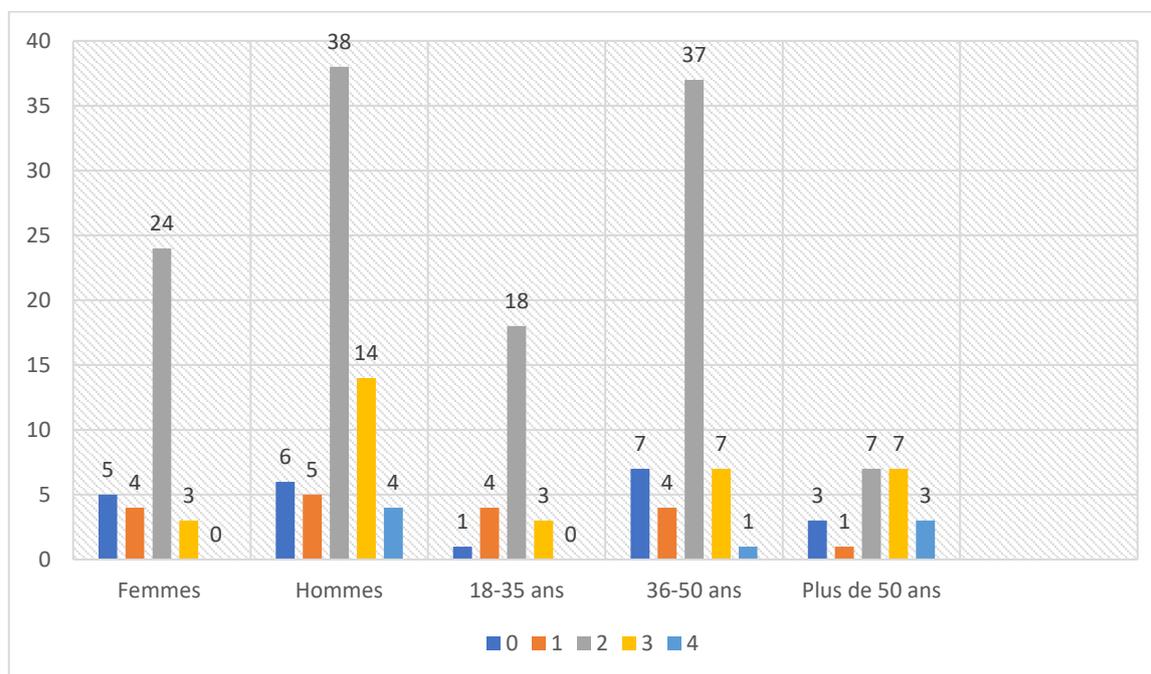


Figure 8 : Score du CPITN en fonction du sexe et de la classe d'âge dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

On a constaté aussi que les besoins en traitements parodontaux complexes (surfaçages non chirurgicaux et chirurgicaux) concernaient principalement les plus de 50 ans, à l'inverse des plus jeunes où nous avons remarqué moins de complications parodontales.

III.4. Questionnaire de qualité de vie OHIP

III.4.1. Résultats du score de sévérité

Les 103 patients ont répondu au questionnaire et on a obtenu un score moyen de 15,5 (écart-type 6,45). Le score maximum de 30,06 faisait état d'une santé orale perçue comme très dégradée et impactant négativement tous les domaines (**voir tableau 13 en annexe**).

Nous avons comparé entre eux les scores de sévérité des différentes thématiques (Tableau 5) :

	Douleur physique	Inconfort psychologique	Invalidité psychologique	Invalidité physique	Handicap	Limitation fonctionnelle	Invalidité sociale
Moyennes	2,75	2,66	2,38	2,29	1,99	1,74	1,72
Ecart-type	1,19	1,42	1,2	1,15	1,08	0,91	0,93

Tableau 5 Score de sévérité pour chacune des 7 thématiques du questionnaire OHIP dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

Voici le classement par ordre décroissant des domaines les plus sévèrement touchés (voir annexe 8 pour le détail des items) :

- **Domaine 2 : douleur physique**
- **Domaine 3 : inconfort psychologique**
- **Domaine 5 : invalidité psychologique**
- **Domaine 4 : invalidité physique**
- **Domaine 7 : handicap**
- **Domaine 1 : limitation fonctionnelle**
- **Domaine 6 : invalidité sociale**

En croisant le score de sévérité avec le genre, on a observé qu'il n'existait pas de lien entre ces deux variables ($p= 0,68$) : les femmes obtenaient 15,14 (écart-type 6,46) et les hommes 15,7 (écart-type 6,48).

Sévérité selon la classe d'âge	Effectif	Moyenne	Ecart-type
18-35 ans	26	15,26	5,40
36-50 ans	56	14,89	6,82
Plus de 50 ans	21	17,45	6,52

Tableau 6 Répartition des classes d'âge en fonction du score de sévérité dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

On a remarqué que les patients les plus âgés avaient un score très élevé et semblaient être beaucoup plus affectés par leur état buccal. On n'a pourtant pas observé de lien entre l'âge et la sévérité de l'OHIP ($p=0,2$) (Tableau 5).

III.4.2. Interprétation des résultats en utilisant la mesure de la prévalence

Dans la littérature la méthode du calcul de la prévalence était considérée comme plus sensible et rapide (26).

Nous avons compté 55 personnes ayant expérimenté « assez souvent » ou « souvent » un problème bucco-dentaire au cours des 3 derniers mois. Le classement suivant expose les thématiques les plus retrouvées dans l'ordre décroissant (**voir tableau 11 en annexe**) :

- **Question 5** « vous êtes-vous déjà senti complexé du fait de problèmes avec vos dents ? » (domaine 3 inconfort psychologique) on a compté 40 personnes ayant coché « assez souvent » ou « souvent ».
- **Question 4** « Avez-vous déjà trouvé inconfortable de manger certains aliments du fait de problèmes avec vos dents, votre bouche ou vos appareils dentaires ? » (domaine 2 douleur physique) : 36 personnes.
- **Question 7** « Vous êtes-vous déjà senti insatisfait du fait de problèmes avec vos dents, votre bouche, vos appareils dentaires ? » : 33 personnes.
- **Question 10** « Vous êtes-vous déjà senti embarrassé du fait de problèmes avec vos dents, votre bouche, vos appareils dentaires ? » ? » (domaine 5 invalidité psychologique) 31 personnes.
- **Question 6** « Vous-êtes- déjà senti tendu du fait d eproblèmes avec vos dents, votre bouche, ou de vos prothèses dentaires ? » 29 personnes.
- **Question 3** « Avez-vous déjà votre bouche douloureuse ? » 24 personnes.
- **Question 13** « Avez-vous déjà ressenti que votre vie en général était moins satisfaisante du fait de problèmes avec vos dents, votre bouche ou vos prothèses dentaire » : 20 personnes.
- **Question 9** « Avez-vous déjà trouvé qu'il était difficile de vous détendre du fait de vos problèmes avec vos dents, votre bouche ou vos appareils dentaires ? » 18 personnes.
- **Question 8 et 11** « Avez-vous déjà dû interrompre des repas du fait de problèmes avec vos dents, votre bouche, vos appareils ? », « Vous êtes-vous déjà senti irritable avec les autres personnes du fait de problèmes avec vos dents, votre bouche, vos appareils dentaires ? » 11 personnes pour chaque.
- **Question 1 et 2** « Avez-vous déjà eu du mal à prononcer certains mots du fait de problèmes avec vos dents, votre bouche, vos appareils dentaires ? », « Avez-vous déjà ressenti que votre sens du gout s'était dégradé du fait de problèmes avec vos dents, votre bouche, vos appareils dentaires ? » (limitation fonctionnelle) 9 personnes pour chaque.

- **Question 14** « Avez-vous déjà été totalement incapable de faire quoi que ce soit du fait de problèmes avec vos dents, votre bouche, vos appareils dentaires ? » (handicap) 8 personnes.

Par contre, les questions de la dimension de la limitation fonctionnelle (altération du goût et de la prononciation) et la question 14 du domaine handicap (s'être trouvé incapable de faire quoi que ce soit) étaient les problématiques les moins fréquemment rencontrées.

Il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes lorsque l'on a comparé les pourcentages ($p = 0,3$ test du χ^2). 52,24% des hommes ont répondu avoir expérimenté un problème bucco-dentaire sur les trois derniers mois, et 55,56% des femmes.

Pas de différence significative non plus entre les classes d'âge, 66% des plus de 50 ans, 46% des 35-50 ans, et 58% des plus jeunes ont répondu « souvent » et « très souvent » au questionnaire.

III.5. Questionnaire de xérostomie

III.5.1. Résultats du questionnaire

La moyenne de notre échantillon était de **23,23** (écart-type 7,67).

Les femmes avaient une moyenne de **24,06** (écart-type 7,68 ; minimum 11 ; maximum 41) et les hommes avaient une moyenne de **22,79** (écart-type 7,69 ; minimum 11 ; maximum 39) : cette différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,4$). Pour chaque sous-groupes ces scores correspondaient à une xérostomie légère (56).

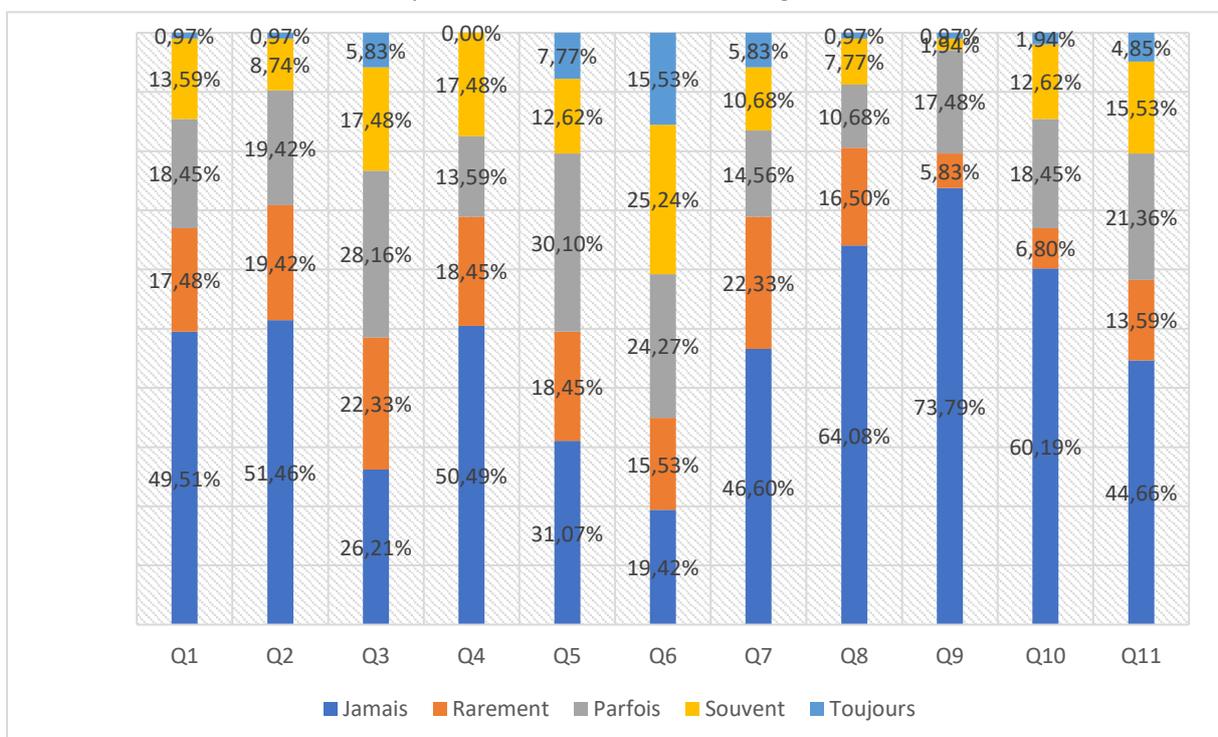


Figure 9 Distribution des réponses du questionnaire XI dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

Dans ce tableau il faut se concentrer sur la prévalence des réponses « souvent » et « toujours », ainsi on classe les questions de la même façon que pour le précédent questionnaire :

- Item 6 « je me lève la nuit pour boire » environ 40% de l'échantillon affirmait s'être levé la nuit à cause d'une sensation de bouche sèche.
- Item 3 « j'ai la sensation d'avoir les lèvres sèches » : environ 23% de l'échantillon
- Item 11 « j'ai la sensation d'avoir la peau du visage sèche » : rapporté par environ 20% de l'échantillon
- Item 4 « difficultés à avaler certains aliments » : 17% de l'échantillon
- Item 1 « je bois pour m'aider à avaler la nourriture » : 15% de l'échantillon
- Item 10 « narines sèches » : 15% de l'échantillon
- Item 7 « difficultés à manger des aliments secs » : 15% de l'échantillon
- Item 2 « sensation de bouche sèche lors des repas » : 10% de l'échantillon
- Item 8 « yeux secs » : 8% de l'échantillon
- Item 9 « je suce des bonbons ou des glaces pour soulager ma sensation de bouche sèche » : 3% de l'échantillon.

Globalement la proportion de réponses « souvent » et « toujours » restait très faible pour tous les items, suggérant un faible impact de la xérostomie sur la qualité de vie globale de notre échantillon.

En croisant les moyennes des scores du questionnaire de xérostomie en fonction des statuts addictologiques, aucun lien n'a été mis en évidence entre les variables ($p > 0,05$; test ANOVA), dans notre étude on n'a pas pu affirmer qu'une substance en particulier avait un impact négatif sur la sensation de bouche sèche, pas même les médicaments psychotropes.

Dépendance	Effectif	Score XI	Ecart-type	P-value
Alcool	88	22,79	7,32	0,1
Tabac	86	23,02	7,84	0,5
Cannabis	36	24,05	7,06	0,4
Opiacés	33	24,87	8,48	0,1
Cocaïne	30	24	8,4	0,5
Sédatifs	26	23,34	8,48	0,9

Tableau 7 Score de xérostomie en fonction de la substance dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

III.6. Les statuts addictologiques

III.6.1. En fonction de l'indice CAO

D'après la figure 10 les indices CAO les plus élevés concernaient en premier les consommateurs d'opiacés, de cocaïne, de médicaments psychotropes, de tabac, d'alcool et enfin de cannabis. Malgré que les patients étaient polyconsommateurs la plupart du temps, on a réalisé ces calculs en considérant seulement leur addiction principale.

Les plus édentés étaient les consommateurs de cocaïne, d'alcool, de tabac, le nombre de dents absentes étant particulièrement élevé dans notre échantillon.

Un indice élevé de carie se retrouvait chez les consommateurs d'opiacés,

Il est ressorti de l'analyse statistique qu'un lien existait entre indice CAO élevé et abus d'opiacés, de cocaïne et de tabac ($p < 0,05$; tableau des valeurs croisées n° 12 en annexe).

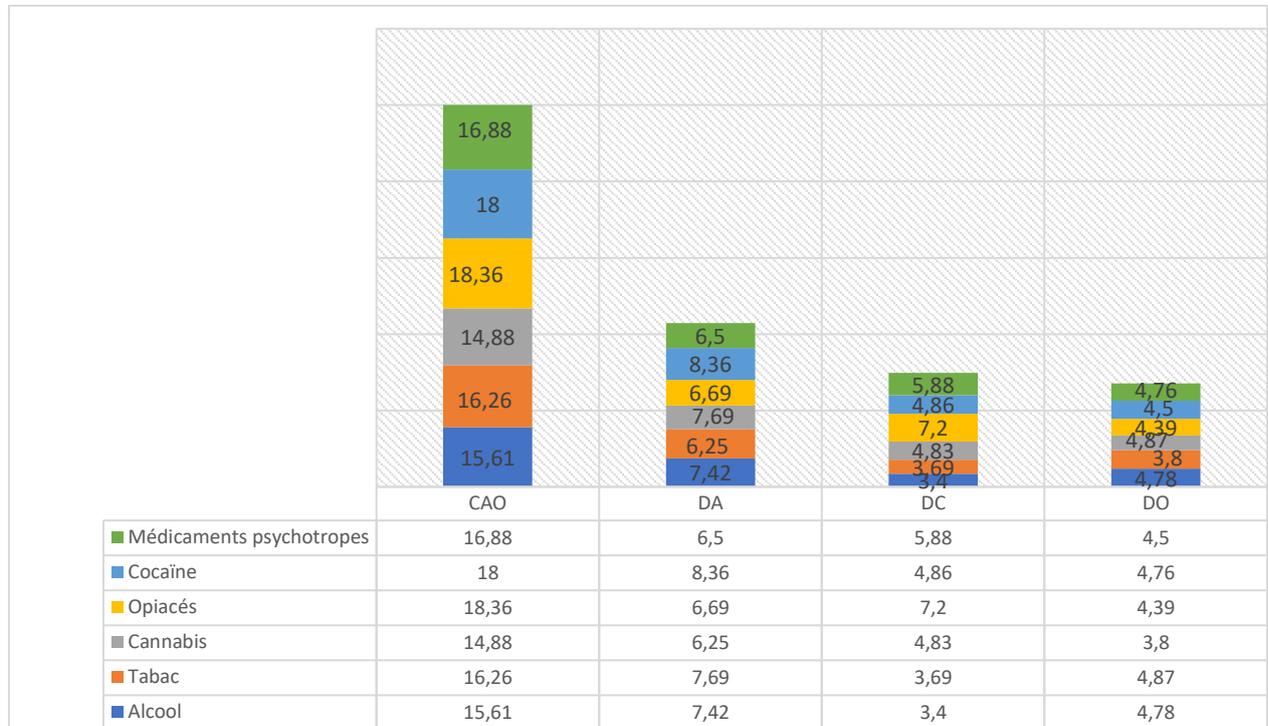


Figure 10 Moyennes des indices CAO (cariée, absentes, obturées), DA (dents absentes), DC (dents cariées), DO (dents obturées) en fonction de l'addiction dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103

III.6.2. En fonction de l'indice CPITN

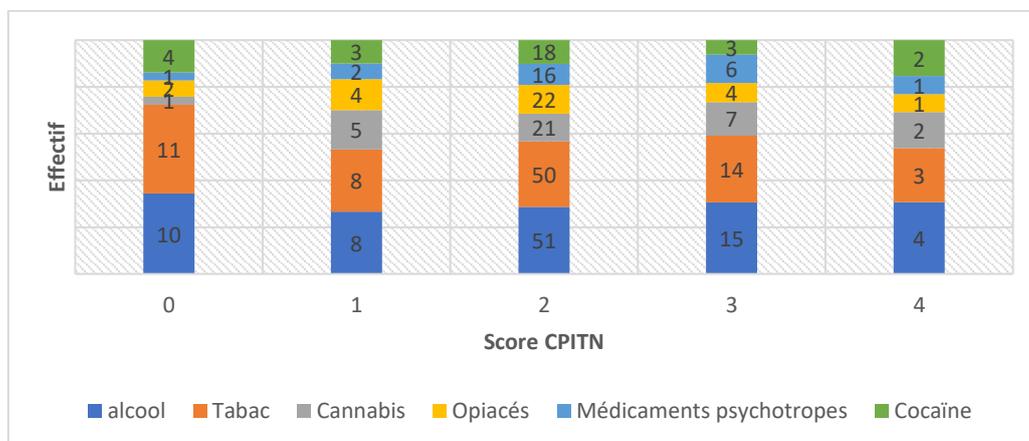


Figure 11 Répartition des scores CPITN en fonction de l'addiction dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

Comme décrit précédemment, pour toute substance confondue, le score « 2 » (besoin en enseignement à l'hygiène orale et en détartrage) comptabilisait le plus de patients. Les consommateurs de tabac et d'alcool (en les considérant cette fois-ci comme « addiction principale ») étaient les catégories relevant des scores CPI 3 et 4 les plus mauvais. Cependant on n'a pas mis en évidence d'association entre le type de substance prise et le score CPITN exprimant le besoin en thérapeutique parodontale ($p>0,05$; test de Kruskal wallis)

III.6.3. En fonction des résultats du questionnaire OHIP

Les consommateurs de cocaïne présentaient le score de sévérité le plus élevé. Venaient ensuite les consommateurs d'opiacés, de médicaments psychotropes, de cannabis et enfin de tabac et d'alcool comme le montre la figure 12 ci-dessous.

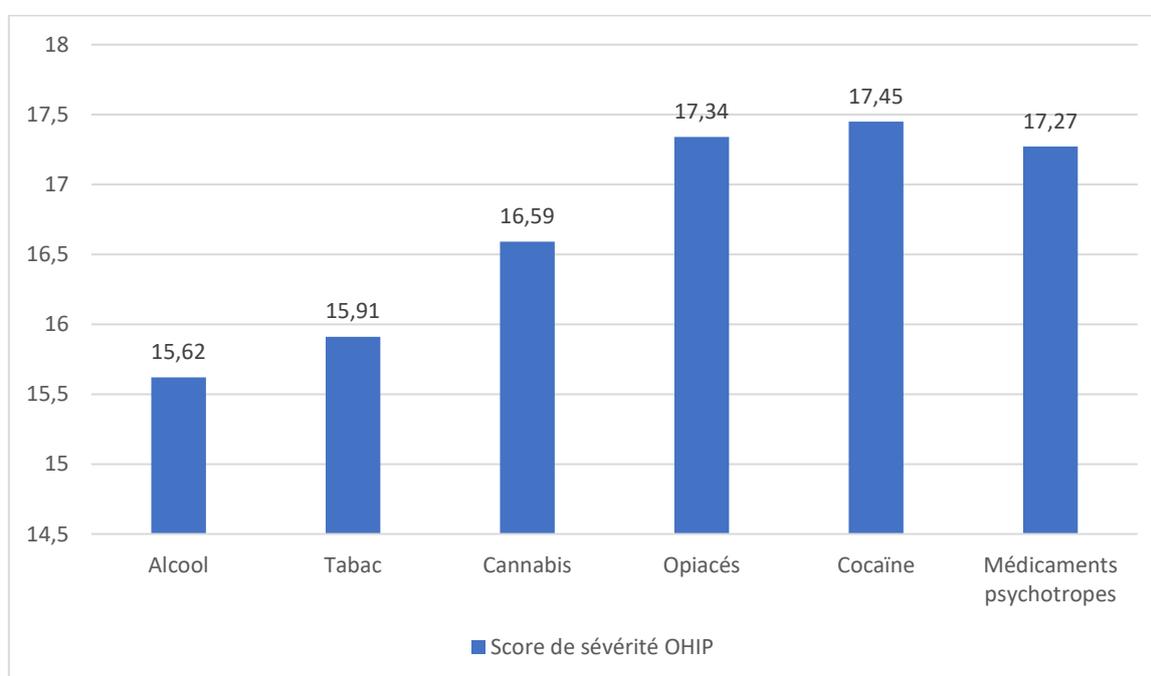


Figure 12 Score de sévérité OHIP en fonction de la substance Répartition des scores CPITN en fonction de l'addiction dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

On a également voulu mettre en évidence pour chaque addiction la prévalence d'impact négatifs « assez souvent » (score 4) et « souvent » (score 5). En terme de pourcentage le groupe ayant rencontré le plus fréquemment d'impacts négatifs au cours des 3 derniers mois était celui des consommateurs de cocaïne, puis les médicaments psychotropes, le cannabis, les opiacés, le tabac puis l'alcool.

	Alcool	Tabac	Cannabis	Opiacés	Cocaïne	Sédatifs
Pourcentage %	53,4	55,8	63,8	60,6	70	65,3

Tableau 8 Prévalence des impacts buccaux-dentaires en fonction de l'addiction dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

IV. Discussion

En pratique le protocole était facilement applicable, à condition d'être deux intervenants lors des examens endo-buccaux pour le relevé des différentes mesures. Comme les dépistages se sont déroulés au sein du service d'addictologie, les conditions d'examens pouvaient constituer un frein à la fiabilité des résultats (lampe frontale, position assise des patients), et entraîner quelques erreurs liées au contexte des consultations. De plus, les relevés étaient uniquement basés sur l'examen clinique car aucun examen radiologique n'était disponible.

Un des paramètres majeurs de cette étude est la polyconsommation des patients (ou polyaddiction,) qui sont le fait de consommer à une certaine fréquence au moins deux substances (62). Cette polyconsommation concernait la majorité des patients de l'échantillon ; c'est une caractéristique de la population d'usagers de drogues largement observée, car la consommation d'un produit est très susceptible de mener à en tester d'autres (63). Cela implique une complication de la prise en charge, car pour le patient comme pour l'équipe soignante il faut mener de front plusieurs sevrages. Les substances peuvent interférer entre elles, se potentialiser, renforcer des comportements ou des dépendances, et augmenter le risque de complications médicales dont bucco-dentaires. Si les thérapeutiques et les stratégies mises en place ciblent avant tout les dépendances et les comportements au lieu de se concentrer au cas par cas sur chaque produit, nous avons dû appliquer la logique inverse dans notre étude. Nous avons considéré pour chaque patient une addiction principale c'est-à-dire l'addiction qui avait le plus de répercussion sur sa santé générale. C'est ainsi qu'ont procédé les autres études similaires (24,26,30,33,34,45,64), en assimilant chaque addiction à un statut unique (le plus souvent « présence » ou « absence »), dans le but de produire une analyse statistique claire, mais qui ne rend pas compte de la complexité qu'engendre la polyconsommation. Il est donc difficile dans ce contexte d'isoler les effets propres d'une seule substance. Une prise en compte quantitative des addictions à l'aide d'outils tels que le MINI aurait pu être appliquée dans l'analyse statistique afin de montrer l'impact néfaste que la polyaddiction engendre sur la santé orale.

D'autres co-variables ont aussi été testées (essentiellement âge, genre, fréquence de brossage), mais de manière beaucoup moins approfondie que dans d'autres études qui incluaient par exemple le niveau d'éducation, le statut marital, l'ethnie, la couleur de peau ou le type d'habitat : ces variables étaient ensuite ajustées aux résultats des questionnaires pour évaluer leur impact sur la santé orale (30,33,34,45,65). De notre côté nous avons examiné des patients avec des profils très variés, mais les évaluations ne concernaient pas les métiers, les niveaux de vie et d'éducation, paramètres non négligeables pour mieux cerner le contexte du patient. Dans toutes les études une forte association était trouvée entre des conditions de vie instables et un état buccal dégradé (11,22–25,30,31,34,45,64–66). Plus de critères auraient donc pu être inclus et confrontés aux autres variables dans une analyse multivariée.

Mais le fait de comparer nos résultats à ceux d'études issues de pays étrangers représente également une limite, puisque les déterminants sociaux démographiques ne sont pas forcément les mêmes. Il est

nécessaire d'adapter les critères de l'étude selon la population et la culture dont elle est issue. Les questionnaires se trouvent être consensuellement utilisés car ils respectent une notion essentielle : l'équivalence interculturelle. Pour le questionnaire de qualité de vie, ce point a été évalué par *McEntee et Brondani* dans une revue systématique de la littérature de 1994 à 2014. Un protocole strict de tests psychométriques établi par le COSMIN (Consensus based Standards for the selection of health status measurement instruments) doit être appliqué pour convertir « culturellement » un questionnaire (67). Plusieurs études dont celle de *Greco et col.* (42) valident le fait que l'OHIP 49 est l'indice offrant les meilleurs résultats concernant la santé orale reliée à la qualité de vie parmi tous ceux existants.

Le questionnaire de xérostomie se pose comme un outil intéressant, permettant d'obtenir des résultats interprétables facilement comme pour le questionnaire OHIP. Il est cependant plus pertinent lorsqu'il est accompagné d'une évaluation clinique. En pratique, une mesure quantitative du débit salivaire non stimulé inférieure à 0,1ml/min est considéré comme pathologique. L'objectivation de l'hyposialie peut se faire par de nombreux procédés, il est ensuite important d'établir un diagnostic étiologique et de mettre en place un traitement. Nous avons constaté que la plupart du temps les patients ne savent même pas que des traitements existent et se contraignent à supporter cette gêne. Dans la littérature on trouve des études qui se sont penchées sur la sensation de bouche sèche, sans toutefois utiliser de questionnaire et de ce fait aucune comparaison n'est possible avec une autre population d'usagers de drogues. La revue systématique de la littérature la plus récente et robuste trouvée est celle de *Baghai & col.*, où un certain nombre d'études portant l'état de santé bucco-dentaire des patients dépendants aux substances ont été analysées depuis les 35 dernières années (20) : la population spécifique que nous étudions présente un état dentaire bien plus dégradé que dans la population générale. Même si on trouve de nombreux protocoles différents, les indices de santé orale utilisés sont validés et on retrouve des résultats et conclusions similaires entre toutes les études.

Nous n'avons pas pu dégager de lien entre la substance addictive et le score de qualité de vie, on ne peut donc conclure qu'une substance serait plus impactante qu'une autre, et la complexité d'une addiction ne peut se résumer à la substance seule. Néanmoins un lien a été mis en évidence entre le score de qualité de vie et l'indice CAO.

De nombreuses études reposant sur l'évaluation de l'OHIP dans différentes populations ont permis de montrer que globalement celui-ci est plus élevé pour :

- Les patients ayant un statut clinique bucco-dentaire dégradé (dents manquantes, caries non traitées, débris radiculaires, poches parodontales profondes). Dans notre étude, une corrélation a été trouvée entre la qualité de vie et l'état dentaire (indice CAO, DA, DC).
- Les patients issus de milieux sociaux et économiques défavorisés ou n'allant pas consulter par manque motivation ou de prévention : ceci n'a pas été analysé statistiquement dans notre échantillon, et reste à l'état d'hypothèse.

Le score OHIP est aussi susceptible d'augmenter lorsque le patient a perdu des dents dans un passé récent mais ce score peut aussi diminuer lorsqu'une prothèse vient combler les édentements (27).

L'objectif principal de l'étude visait à évaluer la prévalence de lésion à potentiel malin par un dépistage systématisé. Il s'avère qu'aucune lésion à potentiel malin ou état pré-cancéreux n'a été détectée. Dans l'étude de *Renaudon et al.* (234 patients), les lésions de la muqueuse buccale étaient biopsiées pour poser un diagnostic précis. La fréquence de lésions bénignes était de 84 % (pour une majorité de dysplasies et d'épulis), et pour les lésions néoplasiques une fréquence élevée de 16% (retrouvées uniquement chez des hommes de 54,4 ans en moyenne), principalement des kératoses et des carcinomes épidermoïdes. La face interne des joues et la gencive attachée étaient les sites les plus impactés (68). Dans la littérature les modes d'administration de la substance (application directe sur la gencive pour la cocaïne) sont mis en cause, ou l'emploi d'un brossage traumatique causant des lacérations de la gencive (69), ou encore les perforations de la cloison nasale mais de tels cas n'ont pas été rapportés dans notre étude. En revanche, les conclusions d'une étude menée au sein du Pôle d'Odontologie et de Santé Buccale du CHU de Bordeaux (70) montrent une prévalence élevée de lésion à potentiel malin dans une population de patients alcooliques et fumeurs de longue date. Pour rechercher la présence de ces lésions, des outils de détection performants ont été utilisés et les examens étaient poussés (autofluorescence, biopsies), ce qui a permis de mener une détection efficace. Il n'en reste pas moins qu'un dépistage systématique de ces lésions (même uniquement visuel) reste primordiale pour ces usagers de substances, une prévention primaire a donc besoin d'être renforcée.

On remarque une augmentation concomitante des cancers oraux et la consommation de certaines substances comme le cannabis ces dernières années. De nombreuses études mettent en avant le risque potentiel de développer une lésion à potentiel malin chez les usagers de cannabis, fumé ou dans un contexte d'utilisation quotidienne provoquant une inflammation chronique de l'épithélium, et de développer une dysplasie (71,72). Elles s'accordent cependant sur la nécessité d'approfondir les enquêtes afin de dégager les biais éventuels liés à d'autres facteurs dans la survenue de ces cancers (HPV par exemple) et sur les biais liés aux protocoles de recherche (74, 75).

Nous avons trouvé quelques études concernant la prévalence de lésions de la muqueuse buccale bénignes et malignes dans la population générale et elles faisaient référence à un taux de lésion plus élevé que ce que nous avons rapporté dans notre échantillon de plus de 100 patients (ce qui constitue un minimum pour réaliser une enquête statistique en pathologie orale) (8,53,54). Ceci peut s'expliquer par les conditions de réalisation de l'examen (lampe torche, position assise du patient) qui représentaient un premier biais. Les biopsies ou analyses en laboratoires ne faisaient pas partie du protocole et cela excluait d'avoir un diagnostic anatomo-pathologique précis, mais également par l'âge moyen des patients, nous avons examiné une population relativement jeune, et les lésions à potentiel malin n'apparaîtraient en général qu'après 50 ans. Il est également à noter qu'aucun suivi n'était réalisé après la première consultation, donc aucun diagnostic final pour catégoriser les lésions d'origine traumatique ou les lésions blanches kératosiques détectées. Ainsi le nombre de lésions à potentiel malin a pu être sous-estimé dans ces catégories.

Peu d'études se sont intéressées à la prévalence des lésions à potentiel malin chez les usagers de drogues. Certaines études s'appuyaient comme nous sur plusieurs indicateurs de santé orale (DCAO,

OHIP, xérostomie) et constituaient une bonne source de comparaison (11, 78). Ces études ont l'avantage d'avoir un groupe contrôle, dans celle de *Sordi et col.*, des altérations de la muqueuse ont été diagnostiquées en plus grand nombre que dans le groupe contrôle d'individus sains, mais aucune lésion à potentiel malin n'a été détectée. Cette étude concluait à une corrélation entre la présence de lésion à potentiel malin et un score de sévérité OHIP élevé, ces conditions orales particulières pouvant invalider le sujet au niveau fonctionnel, esthétique, et retentir de façon néfaste sur la qualité de vie.

Pour le questionnaire OHIP la moyenne de 15,5 est élevée en comparaison d'autres études incluant un nombre de patients limité comme la nôtre : celle de *Greco et coll.* (32) a inclus 97 individus issus de la population générale roumaine et la moyenne retrouvée est de 9,55. Un autre exemple est une étude brésilienne de 106 patients plutôt jeunes, usagers de drogues, avec un fort déséquilibre entre le nombre de femmes et d'hommes : le score OHIP était de 14,96 pour les usagers de crack, contre 9,76 pour le groupe contrôle (34). Dans une autre enquête (33) la comparaison des scores de sévérité a été faite entre un échantillon de 793 patients australiens dépendants aux drogues : un score de sévérité de 13,5 a été retrouvé contre 7,6 pour l'échantillon de 3295 personnes issues de la population générale.

L'étude du score de sévérité en fonction des différents domaines positionne la douleur physique comme l'impact le plus néfaste sur la qualité de vie, puis l'inconfort psychologique, l'invalidité psychologique, l'invalidité physique, le handicap et en dernier la limitation fonctionnelle et l'invalidité sociale. Nous pouvons faire le parallèle avec nos observations cliniques puisque nombre des participants se plaignaient d'avoir des douleurs dentaires. On a noté que de nombreux patients n'avaient pas de visites de contrôles régulières tous les six mois (2,5 ans en moyenne dans notre échantillon depuis la dernière visite chez le dentiste). La douleur physique liée à un état dentaire dégradé était l'une des premières doléances.

Grâce à l'analyse statistique nous avons mis en évidence que la souffrance psychologique dans un contexte d'addiction amène le patient à avoir un plus mauvais ressenti de qualité de vie. On constate dans cet échantillon que les problèmes dentaires vont avoir un impact beaucoup plus négatif sur les dimensions psychologiques (estime de soi, humeur) qu'au niveau strictement fonctionnel. Cette constatation n'a pas été retrouvée au niveau des études similaires utilisant un questionnaire OHIP, mais les caractéristiques des populations tant au niveau clinique que socio-démographique étaient rarement similaires à notre échantillon. Cependant pour chaque étude, ces variables socio-démographiques influençaient directement les résultats et leur interprétation dans les analyses statistiques (65).

Une seule étude expose les résultats du questionnaire OHIP avant et après réhabilitation de la cavité buccale, elle met en avant une amélioration des scores à tous les niveaux (75).

On a pu mettre en évidence un état dentaire dégradé pour toutes les addictions, ce qui était corrélé avec une appréciation générale de la qualité de vie plutôt mauvaise.

Concernant les études essentiellement concentrées sur les conditions parodontales et usant de la même méthodologie, elles concluaient qu'un état parodontal dégradé influençait également négativement la qualité de vie reliée à la santé orale (28). Dans notre échantillon, il existe une

association entre la classe d'âge et le besoin en soins parodontaux, conclusion également retrouvée dans une des études similaires ciblées sur les usagers de crack (64) où un état parodontal dégradé était associé avec un âge supérieur à 24 ans. Cependant l'étude s'appuyait sur un groupe témoin non usager de drogue. Elle a pu mettre en avant un état parodontal largement plus altéré dans le groupe de cocaïnomanes, ce qui n'est pas le cas dans notre étude.

En continuité avec la première partie de l'étude, la fréquence de brossage de dents de l'échantillon reste en deçà des chiffres du dernier Baromètre Santé (55%) par rapport à la population générale, les femmes ayant toujours une fréquence de brossage dentaire plus régulière que les hommes. Il avait été établi en conclusion que le contrôle de plaque était moins bon, du fait de la négligence engendrée par la prise de substance et les visites chez le dentiste moins fréquentes que dans la population générale. On attribue donc à notre échantillon un risque plus élevé de développer un mauvais état bucco-dentaire.

En ce qui concerne le questionnaire XI, nous n'avons trouvé de comparasion. En effet le peu d'études disponibles concernent le plus souvent des patients sous radiothérapie cervico-faciale, et montrent toutes que lorsque le score de xérostomie est élevé, cela est corrélé à une qualité de vie dégradée (54, 53). A ce stade nous ne pouvons pas confirmer une telle hypothèse. Le score obtenu suggère que la xérostomie n'est pas une doléance de premier ordre dans notre échantillon, elle reste très modérée, qu'elle soit ajustée aux variables démographiques ou aux variables cliniques. Les prévalences « souvent » et « toujours » sont considérées comme anecdotiques, concernent en particulier l'item « je me lève la nuit pour boire ». Nous n'avons pas vu l'intérêt de confronter ces résultats à ceux du questionnaire OHIP. Cependant, on a constaté que les scores les plus élevés concernaient les consommateurs d'opiacés, de cannabis (72) et de cocaïne, substances reconnues pour provoquer une hyposialie avérée et qui seraient le plus à même d'engendrer une sensation de bouche sèche.

On s'intéresse maintenant aux résultats par type d'addiction. L'indice CAO des cocaïnomanes est un des plus élevé, traduisant un état dentaire très dégradé comme le montrent les études similaires (34, 30), avec en moyenne 8,36 dents absentes (score le plus élevé), 4,86 dents cariées et 4,76 dents obturées. On rappelle quand même que les examens étaient uniquement visuels, nous ne disposions pas de radiographie, ce qui potentiellement nous amène à sous-estimer la prévalence réelle de carie. Cependant, si dans notre échantillon ils présentent de mauvais indices DCAO, il n'en est pas de même pour les indices parodontaux. Dans toutes les autres études on constate que ces usagers de drogues allient de pair mauvais état dentaire et parodontal : relevés de poches parodontales actives, présence de saignement, de tartre et de plaque bien plus impactant (21), même constat pour ce qui est des drogues psychostimulantes telles que la métamphétamine (11).

Concernant les consommateurs d'opiacés et dérivés ils présentaient l'indice CAO le plus mauvais, c'est la catégorie où on trouve le plus fort taux de carie. A un niveau bien moindre ils souffraient de problèmes parodontaux de type saignement lié à la gingivite et ils étaient peu nombreux à avoir besoin de soins complexes en parodontologie. En comparant nos résultats aux études s'appuyant sur les mêmes indices de santé orale (23), on trouve aussi que les usagers d'opiacés ont en général un très mauvais indice CAO associé à un faible niveau social et économique, les plus âgés étant encore plus en mauvaise santé. Ces études mettent en évidence un indice CPITN tourné vers des

poches parodontales actives et profondes : plus l'addiction était ancienne, ou commencée jeune, plus l'état parodontal était dégradé (77).

La méthadone comme les autres opioïdes réduit le flux de salive (78), les sujets dépendants aux opiacés prennent souvent en association des antidépresseurs et dans ce contexte, la xérostomie est très fréquente. Une distinction entre méthadone et buprénorphine aurait pu être faite dans l'analyse des données concernant cette partie de l'échantillon. Le médicament peut se présenter sous forme de sirop en liquide sucré avec une forte concentration en aspartame (79) et des excipients tels que l'acide sorbique, xylose, des aromatisants : orange amère et concentré en sirop, mais la seule concentration en sucre n'explique pas la sévérité de l'atteinte carieuse (80). Il faut prendre en compte la polymédication, les difficultés comportementales menant à une négligence de l'hygiène bucco-dentaire. Certaines études parlent aussi du « sugar craving », l'envie irrésistible de manger un aliment sucré (81).

Ensuite les usagers de tabac et d'alcool sont ceux qui présentent le moins bon état parodontal et c'est chez eux qu'on retrouve les indices de besoin en thérapeutiques parodontales avancées (scores 3 et 4) (12). Beaucoup plus de données sont disponibles les concernant. On a observé un indice CAO, DA et DC bien supérieurs par rapport à la population de non-fumeurs et on a confirmé qu'il existait une association entre l'atteinte carieuse et la consommation de tabac. Le tabac et l'alcool sont souvent utilisés comme variables d'association et confrontés à d'autres substances psychoactives, et représentent un bon élément de comparaison avec les groupes témoins non usagers. On a remarqué qu'ils étaient généralement marqueurs d'un état dentaire dégradé associé à des indices subjectifs de santé orale mauvais.

Dans notre étude nous avons pu faire ressortir l'existence d'un lien entre l'âge et la consommation de cannabis, les plus de 50 ans n'étant quasiment pas consommateurs. La dernière enquête ESCAPAD de 2017 montre que le cannabis reste largement diffusé auprès des adolescents et jeunes adultes depuis les années 2000, que ce soit au niveau de l'usage régulier ou de l'expérimentation, mais la tendance de nos jours est à la stagnation voire à la baisse (82). De plus, les chiffres des différents référentiels s'accordent pour dire qu'il est largement plus utilisé par les jeunes et qu'on recense peu d'usagers après 40 ans. Il s'agit donc le plus souvent d'une population jeune, dont l'atteinte carieuse se caractérise par une proportion de dents cariées et absentes plus élevée que la moyenne des français (DA = 6,25 et DC = 4,83) mais dont les scores restent les plus bas dans l'échantillon comparé aux autres usagers. Ces résultats sont similaires à ceux de nombreuses autres études qui concluent également que les usagers de cannabis, tout mode de consommation confondu, ont un état dentaire (dents cariées, absentes) et parodontal (niveau de plaque, gingivites, parodontites) (71) altéré par rapport à la population générale, associé à la xérostomie et à un risque de développer des lésions à potentiel malin.

On a également mis en évidence un lien entre le nombre de dents cariées et l'addiction aux médicaments psychotropes (DC = 5,88 avec $p < 0,05$). La durée de prise de ces médicaments n'est pas précisément connue, c'est pourtant dans la durée que les effets secondaires buccaux surviennent, en premier lieu la xérostomie, mais également la dysgueusie. La sécheresse buccale avérée entraîne des

lésions muqueuses, et conduit à un fort risque carieux. Dans les prescriptions on peut retrouver plusieurs psychotropes et leur association potentialise leurs effets (61).

Il reste à noter qu'il était difficile de comparer nos résultats et les indices de notre échantillon à la population générale française compte tenu de l'absence de sources fiables et d'enquêtes depuis un certain nombre d'année. Nous ne pouvions que les confronter aux indices de quelques études menées à l'étranger et basées sur des protocoles de recherche similaires mais pas identiques.

V. Conclusion

Cette étude a permis de dresser un état des lieux de la santé orale des patients dépendants aux substances, sur la base du travail engagé précédemment par le Dr Duvanaud (sous l'encadrement des Pr Catros et Pr Fatseas et du Dr Arrivé) pour l'élaboration du protocole de recherche et l'obtention des premiers résultats (83).

Le travail abouti dans cette thèse confirme les hypothèses de départ : les indices bucco-dentaires sont tous plus mauvais que dans la population générale, l'état dentaire (sur la base de l'indice CAO en particulier) et l'appréciation individuelle de la qualité de vie reliée à la santé orale ayant un impact l'un sur l'autre. La xérostomie dans les troubles de l'usage est une des comorbidités avérée dans la littérature et en clinique. Elle doit être dépistée systématiquement, le questionnaire étant un bon outil à l'échelle individuelle, mais nécessite cependant une exploration plus fine. On peut également identifier de nombreux autres cofacteurs : la polymédication liée aux pathologies chroniques, les nombreux médicaments prescrits pour le sevrage et pour les troubles psychiatriques, les effets intrinsèques des substances addictives sur la physiologie orale et les tissus buccaux et péri-buccaux. Un des intérêts de cette étude est d'avoir mis en éclairage ces intrications.

Le questionnaire OHIP a été un excellent instrument dans l'aide à la prise en compte du ressenti du patient face à son état bucco-dentaire. Il a été réfléchi pour se confronter aux mesures strictement cliniques, nous avons vu l'influence négative des caries et des édentements non compensés sur l'aspect fonctionnel mais aussi sur l'inconfort psychologique.

L'évaluation de l'accès aux soins est fondamentale. Dans notre échantillon de patients, beaucoup de milieux sociaux se mélangeaient, avec de fortes disparités sociales, et nous avons observé des états dentaires très variés. La dépendance interfère sur la capacité du patient à réagir et amorcer des changements d'habitudes. Ainsi inclure un dépistage bucco-dentaire systématique dans cette population est une opportunité pour améliorer leurs conditions de vie et il peut tout à fait s'intégrer dans le processus de guérison, du fait de la disponibilité d'un service hospitalier de soins dentaires spécialisés. Les patients peuvent ainsi bénéficier d'un réel accompagnement le temps de leur cure de sevrage.

Si l'on résume les besoins en soins dentaires dans notre échantillon, en accord avec les données recueillies, ils se concentrent vers un dépistage dermatologique buccal systématique afin de repérer les lésions à potentiel malin dont l'apparition est corrélée avec la consommation à long terme de tabac et d'alcool. D'autres pathologies muqueuses bénignes pourront être identifiées et spécifiquement traitées.

Dans l'interrogatoire il faut introduire le dépistage de la xérostomie, pour informer le patient et pallier aux gênes causées par une bouche sèche et adapter la prise en charge si il existe une hyposialie. Aux vues du risque carieux élevé et de la prévalence des lésions carieuses, un enseignement à l'hygiène orale doit être systématique. Ensuite on peut organiser les soins dentaires de façon classique, avec successivement les soins d'urgence, les soins conservateurs et endodontiques, les soins chirurgicaux puis prothétiques.

Bibliographie

1. Adès J. Les addictions. Définitions et limites du concept. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2020 Juin ;68(4):173-4.
2. DSM-5 : critères d'addiction à une substance [Internet]. Addictauvergne. [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.addictauvergne.fr/echelle-addiction/dsm-5-addiction/>
3. Denis C, Alexandre J-M, Serre F. Outils d'évaluation pour les addictions. 2016 Avril
4. Marie N, Noble F. Dépendance aux drogues : avancées de la neurobiologie et perspectives thérapeutiques. La Presse Médicale. 2012 déc ;41(12):1259-70.
5. Lejoyeux Michel. Addictologie. Elsevier Masson (Abrégés). 2017. 472 p.
6. Peyrière H, Eiden C, Mallaret M, Victorri-Vigneau C. Medical complications of psychoactive substances with abuse risks: Detection and assessment by the network of French addictovigilance centres. Therapies. déc 2016;71(6):563-73.
7. Pesci-Bardon C., Prêchœur I. Conduites addictives : tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé buccodentaire. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine buccale, 28-915-M-10, 2010, Odontologie, 23-760-A-40, 2011..
8. Hubert-Grossin K, George Y, Olivier Laboux O. Toxicomanie illicite : manifestations buccodentaires et prise en charge odontologiques. Rev Odont Stomat 2003;32:119-134, mai 2003
9. Teoh L, Moses G, McCullough M. Oral manifestations of illicit drug use. Aust Dent J. sept 2019;64(3):213-22.
10. Laqueille X. Nouveaux concepts et pratiques actuelles en addictologie. Soins Psychiatrie mai juin 2009 - n°262.
11. Ye T, Sun D, Dong G, Xu G, Wang L, Du J, et al. The effect of methamphetamine abuse on dental caries and periodontal diseases in an Eastern China city. BMC Oral Health. déc 2018;18(1):8.
12. Amaral C da SF, Vettore MV, Leão A. The relationship of alcohol dependence and alcohol consumption with periodontitis: A systematic review. Journal of Dentistry. sept 2009;37(9):643-51.

13. Yazdanian M, Armoon B, Noroozi A, Mohammadi R, Bayat A-H, Ahounbar E, et al. Dental caries and periodontal disease among people who use drugs: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health*. déc 2020;20(1):44.
14. Teoh L, Moses G, McCullough MJ. A review and guide to drug-associated oral adverse effects—Dental, salivary and neurosensory reactions. Part 1. *J Oral Pathol Med*. août 2019;48(7):626-36.
15. SHEKARCHIZADEH H, KHAMI MR, MOHEBBI SZ, EKHTIARI H, VIRTANEN JI. Oral Health of Drug Abusers: A Review of Health Effects and Care. *Iran J Public Health*. sept 2013;42(9):929-40.
16. Shamim T, Varghese VI, Shameena PM, Sudha S. A retrospective analysis of gingival biopsied lesions in south indian population: *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;5.
17. Ghasemiesfe M, Barrow B, Leonard S, Keyhani S, Korenstein D. Association Between Marijuana Use and Risk of Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 27 nov 2019;2(11):e1916318.
18. Marks MA, Chaturvedi AK, Kelsey K, Straif K, Berthiller J, Schwartz SM, et al. Association of Marijuana Smoking with Oropharyngeal and Oral Tongue Cancers: Pooled Analysis from the INHANCE Consortium. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 1 janv 2014;23(1):160-71.
19. Firth NA. Marijuana use and oral cancer: a review. *Oral Oncology*. nov 1997;33(6):398-401.
20. Baghaie H, Kisely S, Forbes M, Sawyer E, Siskind DJ. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse: Oral health and substance use. *Addiction*. mai 2017;112(5):765-79.
21. Sharma A, Singh S, Mathur A, Aggarwal VP, Gupta N, Makkar DK, et al. Route of Drug Abuse and Its Impact on Oral Health-Related Quality of Life among Drug Addicts. *Addiction and Health* [Internet]. 29 janv 2019 [cité 21 avr 2020];10(3). Disponible sur: <http://doi.org/10.22122/ahj.v10i3.567>
22. Marques TCN, Sarracini KLM, Cortellazzi KL, Mialhe FL, de Castro Meneghim M, Pereira AC, et al. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. *BMC Oral Health*. déc 2015;15(1):38.
23. Aukštakalnis R, Jurgelevi T. The oral health status and behaviour of methadone users in Lithuania. 2018;20(1):5.
24. Corbet EF, Wong MCM, Lin HC. Periodontal Conditions in Adult Southern Chinese. *J Dent Res*. mai 2001;80(5):1480-5.
25. Orozco AH, Franco AM, Ramirez-Yañez GO. Periodontal treatment needs in a native island community in Colombia determined with CPITN. *International Dental Journal*. avr 2004;54(2):73-6.

26. Fuller J, Donos N, Suvan J, Tsakos G, Nibali L. Association of oral health-related quality of life measures with aggressive and chronic periodontitis. *J Periodont Res* [Internet]. 31 mars 2020 [cité 17 avr 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/jre.12745>
27. Bouhy A, Lamy M. Évaluation de la qualité de vie. *L'INFORMATION DENTAIRE* n° 20 - 2013 mai 22 ;6.
28. Ustaoğlu G, Göller Bulut D, Gümüş KÇ, Ankarali H. Evaluation of the effects of different forms of periodontal diseases on quality of life with OHIP-14 and SF-36 questionnaires: A cross-sectional study. *Int J Dent Hygiene*. nov 2019;17(4):343-9.
29. Villanueva-Vilchis M, Lopez-Rios P, Garcia I, Gaitan-Cepeda L. Impact of oral mucosa lesions on the quality of life related to oral health. An etiopathogenic study. *Med Oral*. 2016;e178-84.
30. DE Souza SJR, Dos Santos A de C, Albin MB, Gabardo MCL, DE Lima AAS, Machado MÂN. Oral Health Impact Profile and Associated Variables in Southern Brazilian Drug Users. *Iran J Public Health*. oct 2018;47(10):1466-75.
31. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Ekhtiari H, Virtanen JI. Oral Health of Drug Abusers: A Review of Health Effects and Care. *Iranian J Publ Health*, Vol. 42, No. 9, Sep 2013, pp.929-940
32. Grecu AG, Balazsi R, Dudea D, Mesaroş A Ştefania, Strîmbu M, Dumitraşcu DL. Oral health related quality of life and self-esteem in a general population. *Medicine and Pharmacy Reports*. 13 déc 2019;92:S65-72.
33. Truong A, Higgs P, Cogger S, Jamieson L, Burns L, Dietze P. Oral health-related quality of life among an Australian sample of people who inject drugs: OHRQoL among an Australian sample of PWID. *J Public Health Dent*. août 2015;75(3):218-24.
34. Antoniazzi R, Zanatta F, Ardenghi T, Feldens C. The use of crack and other illicit drugs impacts oral health-related quality of life in Brazilians. *Oral Dis*. avr 2018;24(3):482-8.
35. Joseph BK. Oral Cancer: Prevention and Detection. *Oral Cancer*. *Med Principles Pract* 2002;11(suppl 1):32–35
36. World Health Organization, éditeur. *Oral health surveys: basic methods*. 5th edition. Geneva: World Health Organization; 2013. 125 p.
37. *Methods and indices* [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <https://capp.mau.se/methods-and-indices/>
38. WHO | *Oral health surveys: basic methods - 5th edition* [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: http://www.who.int/oral_health/publications/9789241548649/en/
39. Slade GD. *The oral health impact profile : Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology 1997.

40. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Commun Dent Oral Epidemiol.* août 1997;25(4):284-90.
41. Thomsonr WM, Chalmers J, Williams S. The XerostomiaInventory: a multi-item approach to measuring dry mouth. *Community dental health* · April 1999
42. Grecu AG. Assessing the conceptual model of the Oral Health Impact Profile-49 (OHIP-49): A path analysis. *Community Dental Health.* 2019;(36):1-6.
43. John MT, Reissmann DR, Čelebić A, Baba K, Kende D, Larsson P, et al. Integration of oral health-related quality of life instruments. *Journal of Dentistry.* oct 2016;53:38-43.
44. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *Br Dent J.* janv 2012;212(2):83-83.
45. Sharma A, Singh S, Mathur A, Aggarwal VP, Gupta N, Makkar DK, et al. Route of Drug Abuse and Its Impact on Oral Health-Related Quality of Life among Drug Addicts. *Addiction and Health [Internet].* 29 janv 2019 [cité 30 avr 2020];10(3). Disponible sur: <http://doi.org/10.22122/ahj.v10i3.567>
46. Dodds MWJ, Johnson DA, Yeh C-K. Health benefits of saliva: a review. *Journal of Dentistry.* mars 2005;33(3):223-33.
47. Vergez S, Vairel B, Bonnecaze GD, Astudillo L. Pathologies salivaires médicales. 2019;16.
48. Nikolopoulou F, Tasopoulos T, Jagger R. The Prevalence of Xerostomia in Patients with Removable Prosthesis. *Int J Prosthodont.* nov 2013;26(6):525-6.
49. Santiago PHR, Song Y, Hanna K, Nair R. Degrees of xerostomia? A Rasch analysis of the Xerostomia Inventory. *Community Dent Oral Epidemiol.* févr 2020;48(1):63-71.
50. Hohenberger R, Baumann I, Plinkert PK, Brinster R, Krisam J, Affolter A, et al. Validating the Xerostomia Inventory in a radiation-induced xerostomia population in German language. *Oral Dis.* oct 2019;25(7):1744-50.
51. Echelle ASI annexe 2 des recommandations [Internet]. [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/echelle_asi-annexe_2_des_recommandations.pdf
52. Lingen MW, Kalmar JR, Karrison T, Speight PM. Critical evaluation of diagnostic aids for the detection of oral cancer. *Oral Oncology.* janv 2008;44(1):10-22.
53. Mathew B, Sankaranarayanan R, Sunilkumar K, Kuruville B, Pisani P, Nair M. Reproducibility and validity of oral visual inspection by trained health workers in the detection of oral precancer and cancer. *Br J Cancer.* août 1997;76(3):390-4.
54. Dakpé S, Neiva C, Testelin S, Ganry O, Devauchelle B, Lapôtre-Ledoux B. Faisabilité d'une stratégie de dépistage des lésions malignes de la cavité buccale chez les fumeurs. *Revue de Stomatologie, de Chirurgie Maxillo-faciale et de Chirurgie Orale.* avr 2015;116(2):65-71.

55. El Sanharawi M, Naudet F. Comprendre la régression logistique. *Journal Français d'Ophtalmologie*. oct 2013;36(8):710-5.
56. Nascimento M, Farias A, Carvalho A, Albuquerque R, Ribeiro L, Leao J, et al. Impact of xerostomia on the quality of life of patients submitted to head and neck radiotherapy. *Med Oral*. 2019;0-0.
57. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. déc 2017;17(1):230.
58. Belon J-P. Les traitements de substitution. :12.
59. *Pharmacologie des substances addictives : Les points essentiels [Internet]. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/pharmacologie-des-substances-addictives-les-points-essentiels>
60. Traitement de la dépendance à la cocaïne et méthylphénidate : que disent les études ? [Internet]. VIDAL. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
61. Muster D, Valfrey J, Kuntzmann H. Médicaments psychotropes en stomatologie et en odontologie. *EMC - Stomatologie*. sept 2005;1(3):175-92.
62. La polyconsommation [Internet]. [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-polyconsommation>
63. Beck F. Usages des drogues et pratiques addictives en France. *Soins*. juin 2017;62(816):26-9.
64. Antoniazzi RP, Zanatta FB, Rösing CK, Feldens CA. Association Among Periodontitis and the Use of Crack Cocaine and Other Illicit Drugs. *Journal of Periodontology*. déc 2016;87(12):1396-405.
65. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vítolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol*. juin 2017;45(3):216-24.
66. Ye T, Sun D, Dong G, Xu G, Wang L, Du J, et al. The effect of methamphetamine abuse on dental caries and periodontal diseases in an Eastern China city. *BMC Oral Health*. déc 2018;18(1):8.
67. MacEntee et Brondani - 2016 - Cross-cultural equivalence in translations of the .pdf.
68. Renaudon A, Gouget-Audry I, Baranes M, Dame M, Maire T, Poulesquen V, et al. Prévalence et topographie des lésions de la muqueuse buccale : à propos de 256 biopsies. *Actual Odonto-Stomatol*. févr 2013;(261):29-32.
69. Brand HS, Gonggrijp S, Blanksma CJ. Cocaine and oral health. *Br Dent J*. avr 2008;204(7):365-9.
70. Fricain J-C, Fenelon M, Baschet L, Catros S, Glock N, Leric S, et al. Reproducibility of tissue autofluorescence for screening potentially malignant disorders. *J Oral Med Oral Surg*. 2020;26(4):41.

71. Cho C, Hirsch R, Johnstone S. General and oral health implications of cannabis use. *Aust Dental J.* juin 2005;50(2):70-4.
72. Darling MR, Arendorf TM. Effects of cannabis smoking on oral soft tissues. *Commun Dent Oral Epidemiol.* avr 1993;21(2):78-81.
73. Ababneh, K.T. Biopsied gingival lesions in northern Jordanians: A retrospective analysis over 10 years (2006) *International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry*, 26 (4), pp. 387-393.
74. Sordi MB, Massochin RC, Camargo AR de, Lemos T, Munhoz E de A. Oral health assessment for users of marijuana and cocaine/crack substances. *Braz oral res* [Internet]. 18 déc 2017 [cité 20 nov 2020];31(0). Disponible sur: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242017000100287&lng=en&tlng=en
75. Myint Oo KZ, Fueki K, Yoshida-Kohno E, Hayashi Y, Inamochi Y, Wakabayashi N. Minimal clinically important differences of oral health-related quality of life after removable partial denture treatments. *Journal of Dentistry.* janv 2020;92:103246.
76. Thomson WM. Measuring change in dry-mouth symptoms over time using the Xerostomia Inventory. *Gerodontology.* mars 2007;24(1):30-5.
77. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Ekhtiari H, Virtanen JI. Oral health status and its determinants among opiate dependents: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* déc 2019;19(1):5.
78. Nack B, Haas SE, Portnof J. Opioid Use Disorder in Dental Patients: The Latest on How to Identify, Treat, Refer and Apply Laws and Regulations in Your Practice. *Anesthesia Progress.* 1 sept 2017;64(3):178-87.
79. Recommandations Dépendance aux opiacés (traitement de substitution) [Internet]. VIDAL. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
80. Neil S Nathwani 1 , Jennifer E Gallagher. Methadone: dental risks and preventive action. 01/11/2008.
81. Brondani M, Park PE. Methadone and Oral Health – A Brief Review. 2011;85(2):8.
82. Observatoire français des drogues et des toxicomanies : Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. La Plaine Saint Denis, France. 2018 Fév
83. Duvanaud Laurène. État de Santé bucco-dentaire de sujets présentant une addiction aux substances : étude transversale dans le service d'addictologie du CHU de Bordeaux Mise en place de l'étude et premiers résultats. Université de Bordeaux; 2019.

Annexe

ANNEXE 1 : DEPISTAGE DES MUQUEUSES.....	46
ANNEXE 2 : MESURE DU CAO	47
ANNEXE 3 : MESURE DE L'INDICE D'HYGIENE ORALE SIMPLIFIEE (OHIS).....	48
ANNEXE 4 : COMMUNITY PERIODONTAL INDEX IN TREATMENT NEEDS: CPITN.....	49
ANNEXE 5 : EXTRAITS DU CAHIER D'OBSERVATION.....	50
ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRE MINI.....	53
ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE ASI	54
ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRES OHIP – 14 ET XEROSTOMIA INVENTORY	56
ANNEXE 9 : ACCORD DU CPP	58

Annexe 1 Dépistage des muqueuses

Objectif de la fiche d'observation : Recueillir le nombre, la situation, la nature des lésions élémentaires de la muqueuse buccale et leur diagnostic présomptif.

En effet, le seul examen visuel ne permet pas, dans certain cas, de poser un diagnostic.

Limites : ne recueille pas la taille des lésions, ni leur présence extra-orale, ni la date d'apparition, ni les symptômes associés

Mode d'emploi

- Utiliser un miroir buccal, une compresse et une lampe frontale
- Si possible, relever le dossier du fauteuil d'examen ou installer le participant sur une chaise
- La muqueuse buccale et les tissus mous dans et autour de la bouche doivent être examinés chez chaque sujet de manière systématique en suivant la même séquence :
 - o Visage (contour facial; recherche d'une asymétrie, d'un élargissement parotidien)
 - o Lèvres (contour; commissures)
 - o Muqueuse labiale supérieure et inférieure et vestibule antérieur
 - o Muqueuse buccale droite et gauche et vestibule postérieur
 - o Langue: face dorsale, bords latéraux (écarter avec compresse pour voir l'aspect postérieur/papilles foliées), face ventrale
 - o Plancher buccal
 - o Palais dur et mou
 - o Gencive

Traitement/interprétation

- Nombre de lésions par sujet
- Fréquence des lésions par nature, par situation, par diagnostic présomptif

Codes	Situation	Codes	Lésion élémentaire	Codes	Diagnostic présomptif
1	Lèvres (vermillon-muqueuse endo buccale)	0	Saine	0	Condition normale
2	Commissures	1	Kératose	1	Tumeur maligne
3	Sulcus	2	Erythème	2	Leucoplasie
4	Muqueuse jugale	3	Pigmentation	3	Lichen Plan
5	Plancher buccal	4	Erosion	4	Aphte
6	Langue, faces ventrales, latérales et dorsales	5	Ulcération	5	Herpes
7	Palais dur et mou et lchette	6	Macule	6	Trauma
8	Gencive attachée et libre	7	Papule	7	Gingivite ulcéro-nécrotique
9	Vestibule antérieur/postérieur	8	Nodule	8	Candidose

10	Amygdale, pilier postérieur	9	Tuméfaction	9	Abcès
99	Non recueilli	10	Atrophie	10	Autre, préciser
		11	Croûte	99	Non recueilli
		12	Enduit/ pseudo-membrane		
		13	Autre		
		99	Non recueilli		

Définition des lésions élémentaires

Kératose	Ou lésion blanche. Elle correspond à une hyperkératinisation.
Erythème	Rougeur congestive qui cède à la pression
Pigmentation	Coloration due à l'accumulation (normale ou non) de pigments dans certaines cellules.
Erosion	Perte de substance superficielle (épithéliale) sans nécrose des tissus sous-jacents. Le fond est plus ou moins rouge. Douleur
Ulcération	Perte de substance dépassant l'épithélium et atteignant le chorion et sans tendance à la cicatrisation contrairement à l'érosion.
Macule	Lésion de diamètre inférieur à 0.5 cm, modification de la couleur sans relief. Limites nettes.
Papule	Lésion ferme, palpable et surélevée de moins de 1 cm de diamètre.
Nodule	Lésion surélevée, ronde et saillante de diamètre supérieur à 1 cm.
Tuméfaction	Augmentation pathologique du volume d'un tissu ou d'un organe.
Atrophie	Diminution du volume d'un organe ou d'un tissu, en rapport avec une nutrition insuffisante
Croûte	Réunion ou assemblage de petites plaques obtenues par le dessèchement de formations séreuses ou purulentes
Enduit/pseudo-membrane	Exsudat pathologique, souvent fibrineux, qui se produit à la surface des muqueuses, et qui finit par se détacher par lambeaux.

Annexe 2 Mesure du CAO

Cet indice se calcule sur 32 dents, les dents de sagesse sont incluses dans la mesure du CAO. Chaque dent permanente reçoit un score compris entre 0 et 9.

Scores	Critères
0	Saine
1	Cariée
2	Obturée et cariée
3	Obturée sans carie
4	Manquante pour cause de carie
5	Manquante pour toute autre cause
6	Scellement de sillons
7	Reconstitution prothétique fixée : couronne, facette implant
8	Incluse
9	Non recueilli

Une dent cariée (C) recevra un score de 1 ou 2.

La composante O désignant les dents obturées est uniquement représentée par le code 3. Une dent obturée et cariée est considérée comme cariée. Une dent couronnée pour cause de carie recevra ce code.

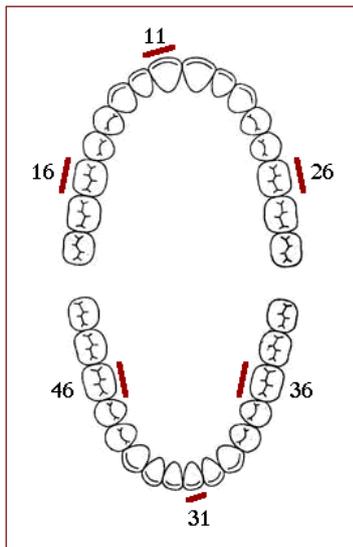
Aux dents absentes (A) sera attribué le code 4 pour un individu de moins de 30 ans et les codes 4 ou 5 pour des sujets de plus de 30 ans.

Les dents correspondant aux codes 6 et 7 ne seront pas incluses dans le calcul du CAO

Annexe 3 Mesure de l'Indice d'Hygiène Orale Simplifiée (OHIS)

La mesure de l'OHIS comprend la mesure d'un score de plaque dentaire et d'un score de tartre dentaire.

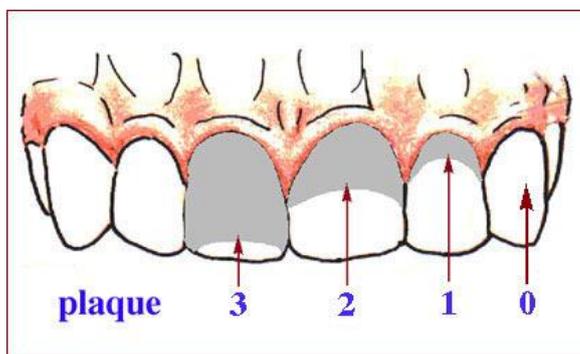
Les surfaces dentaires considérées dans ce score simplifié sont schématisées ci-dessous:



Répartition des faces dentaires considérées dans l'étude

Scores	Critères
0	Pas de débris ni de coloration dentaire sur la surface examinée
1	Débris mous recouvrant moins du 1/3 de la surface dentaire considérée ou bien coloration dentaire extrinsèque sur la face dentaire considérée
2	Débris mous recouvrant entre 1/3 et 2/3 de la surface dentaire considérée
3	Débris mous recouvrant plus des 2/3 de la surface dentaire considérée

- Mesure du score de plaque dentaire



- Surfaces dentaires considérées pour classier le score de plaque

Scores	Critères
0	Pas de tartre présent
1	Tartre supra-gingival recouvrant moins du 1/3 de la surface dentaire considérée
2	Tartre supra-gingival recouvrant entre 1/3 et 2/3 de la surface dentaire considérée et/ou présence de dépôts isolés de tartre sous-gingival le long du collet de la dent considérée
3	Tartre supra-gingival recouvrant plus des 2/3 de la surface dentaire considérée et/ou présence d'une bande continue de tartre dur sous-gingival le long du collet de la dent considérée

- Mesure du Score de Tartre

Annexe 4 Community Periodontal Index in Treatment Needs: CPITN

Les variables étudiées pour le calcul de l'index parodontal communautaire de nécessité de soins sont :

- La présence de tartre supra-gingival
- La présence de tartre sous-gingival
- La présence de poches parodontales de 4 ou 5 mm
- La présence de poches parodontales de 6 mm ou plus
- Le saignement gingival au sondage parodontal
- La présence de récessions gingivales

Pour les mesures, les arcades dentaires sont divisées en six sextants :

Au sein de chaque sextant, seulement certaines dents de référence (« index teeth ») sont évaluées pour les études épidémiologiques : il s'agit des dents 17 16 11 26 27 au maxillaire et des dents 47 46 31 36 37 à la mandibule.

Une sonde parodontale spécifique (Sonde CPITN) est utilisée pour mesurer les poches parodontales et pour détecter tactilement la présence de tartre sous-gingival sur 6 localisations autour de la dent (mésio-vestibulaire, vestibulaire, disto-vestibulaire, disto-lingual, lingual et mésio-lingual).



• Figure 4 : Sonde Parodontale CPITN

Les scores suivants sont attribués pour chaque dent

- 0 : tissus sains, pas de signe de maladie
- 1 : saignement observé pendant ou après le sondage parodontal
- 2 : Présence de tartre ou de restaurations dentaires défectueuses ; Saignement au sondage
- 3 : Poche parodontale de 4 à 5 mm
- 4 : Poche parodontale de plus de 6 mm
- X : dent absente

Les résultats sont notés dans un tableau avec 6 cases.

Le code le plus élevé observé est retenu pour chaque sextant. Si moins de 2 dents fonctionnelles sont présentes dans un sextant, le code « X » est retenu.

Le calcul du CPITN pour une population se fait à partir du calcul de pourcentage de personnes ayant un code 0 ; 1 ; 2 ; 3 ; 4 par rapport à la population totale. On peut faire ce calcul à partir du code global

pour chaque patient ou bien on peut faire le calcul à partir des codes obtenus par sextants (groupe de 6 dents).

A partir de ces résultats, on peut définir une échelle en nécessité de traitement :

Codes 0 et X : Pas de nécessité de traitement

Code 1 : Nécessité de traitement 1 (Pas de soins professionnels conseillés : Motivation à l'hygiène pour réduire les saignements gingivaux ; Soins d'hygiène réalisés par le patient.)

Codes 2 et 3: Nécessité de traitement 2 (Elimination du tartre par un professionnel ; Motivation à l'hygiène)

Codes 3 et 4 : Nécessité de traitement 3 (Thérapeutique professionnelle Complexe nécessaire : Elimination chirurgicale des poches parodontales)

Lorsqu'un Code 3 est attribué, le Traitement 2 est appliqué dans un premier temps, mais si les signes d'inflammation persistent, il faudra appliquer le traitement 3 dans un second temps.

On voit donc que cet indice parodontal communautaire en besoins de soins est tout à fait adapté à notre étude car il nous permettra de conseiller à nos patients un schéma thérapeutique à l'issue de l'examen clinique.

- **Mesure des récessions gingivales**

Cette mesure permet d'évaluer la perte d'attache parodontale chez les sujets de plus de 15 ans.

La perte d'attache est enregistrée en divisant la bouche en sextant parmi lesquelles seulement certaines dents seront examinées, appelées « index teeth ». Ces dents sont les mêmes que celle considérées dans la mesure de l'indice précédent, soit : 17 16 11 26 27 au maxillaire et des dents 47 46 31 36 37 à la mandibule.

Si aucune dent de référence n'est présentes dans le sextant à examiner, les pertes d'attache sur toutes les dents présentes dans le sextant seront mesurées et le score le plus élevé enregistré sera retenu comme score pour le sextant.

Ces mesures seront relevées immédiatement après l'indice précédent, par sextant, pour plus de fiabilité (WHO-Oral Health Surveys).

La mesure des récessions sera réalisée à l'aide de la même sonde parodontale graduées que le CPITN et les scores suivants seront attribuées aux dents examinées :

Scores	Critères
0	0-3 mm
1	4-5 mm (Jonction émail-cément (JEC) au milieu de la bande noire présente sur la sonde)
2	6-8 mm (JEC comprise entre la limite supérieure de la bande noir et la graduation à 8,5mm)
3	9-11 mm (JEC comprise entre les graduations à 8,5mm et 11mm)
4	12 mm ou plus (JEC au-delà de la graduation des 11,5mm)
X	Sextant exclu
9	Non recueilli

Le code le plus élevé observé est retenu pour chaque sextant.

Annexe 5 Extraits du cahier d'observation

- **Indice OHIS**

Présence de plaque 1 Oui 0 Non 9 Non applicable

Présence de tartre 1 Oui 0 Non 9 Non applicable*

Si oui aux questions ci-dessus, remplir le tableau ci-dessous

1 Réalisable 0 Non réalisable 9 Non applicable*

* Non applicable si édenté total

Indice de plaque

16		11		26	
Ling	Vest	Ling	Vest	Ling	Vest
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
46		31		36	

Indice de tartre

16		11		26	
Ling	Vest	Ling	Vest	Ling	Vest
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
46		31		36	

- 0 Pas de plaque
- 1 moins de 1/3 de la face recouvert de plaque
- 2 de 1/3 à 2/3 de la face recouverts de plaque
- 3 plus de 2/3 la face recouverte de plaque
- 9 Non disponible

- 0 Pas de plaque
- 1 moins de 1/3 de la face recouvert de plaque
- 2 de 1/3 à 2/3 de la face recouverts de plaque
- 3 plus de 2/3 la face recouverte de plaque
- 9 Non disponible

Situation		Plaque	Tartre
1	Face vestibulaire de la 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Face vestibulaire de la 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Face vestibulaire de la 26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Face linguale de la 46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Face vestibulaire de la 31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Face linguale de la 36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **Etat dentaire**

Indice CAO

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Couronne	<input type="checkbox"/>															
Racine	<input type="checkbox"/>															
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Couronne	<input type="checkbox"/>															
Racine	<input type="checkbox"/>															

Nombre d'unités fonctionnelles postérieures en denture naturelle ou prothèse fixée

A droite A gauche

Couronne		Racine	
Code	Etat	Code	Etat
0	Saine	0	Saine
1	Cariée	1	Cariée
2	Obturée et cariée	2	Obturée et cariée
3	Obturée sans carie	3	Obturée sans carie
4	Manquante pour cause de carie	4	Manquante
5	Manquante pour toute autre cause	5	Myololyse
6	Scellement de sillons		
7	Reconstitution prothétique fixée : couronne, facette implant		
8	Incluse	8	Trauma/Fracture
9	Non recueilli	9	Non exposée

Situation	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Couronne	<input type="checkbox"/>															
Racine	<input type="checkbox"/>															

Situation	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Couronne	<input type="checkbox"/>															
Racine	<input type="checkbox"/>															

- **Etat parodontal**

Explorer l'ensemble du parodonte des dents de référence à l'aide d'une sonde parodontale et noter le score le plus élevé:

	Sextant 1				Sextant 2				Sextant 3					
	17	16	15*	14*	13*	12*	11	21*	22*	23*	24*	25*	26	27
CPI														
Perte d'attache														
	Sextant 6				Sextant 5				Sextant 4					
	47	46	45*	44*	43*	42*	41*	31	32*	33*	34*	35*	36	37
CPI														

Perte d'attache															
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Si dents de référence absentes

Code	CPI	Perte d'attache
0	Tissus sains	0-3 mm
1	Saignement observé pendant ou après le sondage parodontal	4-5 mm
2	Présence de tartre	6-8 mm
3	Poche parodontale de 4 à 5 mm	9-11 mm
4	Poche parodontale de plus de 6 mm	12 mm ou plus
X	Dent absente	Sextant exclu
9	Non recueilli	Non recueilli

Code le plus élevé par sextant :

	Sextant 1	Sextant 2	Sextant 3
CPI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perte d'attache	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sextant 6	Sextant 5	Sextant 4
CPI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perte d'attache	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Annexe 6 Questionnaire MINI

QUESTIONNAIRE MINI

Recherche des diagnostics positifs

1. Troubles anxieux (anxiété généralisée) : ₁ Oui ₀ Non
2. Troubles de l'humeur (dysthymie) ? ₁ Oui ₀ Non
3. Troubles psychotiques ? ₁ Oui ₀ Non
4. Troubles antisociales (phobie sociale, agoraphobie) ? ₁ Oui ₀ Non
5. Troubles alimentaires (anorexie, abus/dépendance, boulimie) ? ₁ Oui ₀ Non

6. Troubles de l'usage :

- a. Dépendance/Abus alcoolique : ₁ Oui ₀ Non
- b. Dépendance/Abus tabagique : ₁ Oui ₀ Non
- c. Dépendance/Abus cocaïne, crack, NPS : ₁ Oui ₀ Non
- d. Dépendance/Abus Opiacés (héroïne) : ₁ Oui ₀ Non
- e. Dépendance/Abus cannabis : ₁ Oui ₀ Non
- f. Dépendance/Abus Sédatifs (benzodiazépines) : ₁ Oui ₀ Non

Présence de plus de 3 diagnostics de trouble de l'usage positifs ? ₁ Oui ₀ Non

Annexe 7 Questionnaire ASI

Questionnaire ASI / Section substances

1. Dépendance à l'alcool : ₁ Oui ₀ Non

Si oui :

Score de sévérité (de 0 à 9)

Nombre de jours de consommation sur mes 30 derniers jours

Nombre d'années de consommation vie entière

Voie d'administration

Code	Voie d'administration
1	Orale
2	Nasale
3	Fumée
4	Injection non IV
5	IV

2. Dépendance tabagique : ₁ Oui ₀ Non

Si oui :

Score de sévérité (de 0 à 9)

Nombre de jours de consommation sur mes 30 derniers jours

Nombre d'années de consommation vie entière

Voie d'administration

3. Dépendance autres substances : Oui Non

Si oui, préciser : **1)**..... **2)**..... **3)**.....

Score de sévérité (de 0 à 9)

Substance 1

Nombre de jours de consommation sur mes 30 derniers jours

Nombre d'années de consommation vie entière

Voie d'administration

Substance 2

Nombre de jours de consommation sur mes 30 derniers jours

Nombre d'années de consommation vie entière

Voie d'administration

Substance 3

Nombre de jours de consommation sur mes 30 derniers jours

Nombre d'années de consommation vie entière

Voie d'administration

12- Avez-vous déjà eu des <i>difficultés à faire vos travaux habituels</i> du fait de problèmes avec vos dents, votre bouche ou vos appareils dentaires ?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
13- Avez-vous déjà ressenti que la vie en général était <i>moins satisfaisante</i> du fait de problèmes avec vos dents, votre bouche ou vos appareils dentaires ?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
14- Avez-vous déjà été <i>totalemment incapable de faire quoi que ce soit</i> du fait de problèmes avec vos dents, votre bouche ou vos appareils dentaires ?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE XEROSTOMIA INVNTORY

Au cours des 2 dernières semaines

Entourez la réponse correspondant à votre ressenti, une par ligne

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours	
1 – Je bois pour m'aider à avaler la nourriture	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
2 – J'ai la sensation d'avoir la bouche sèche quand je mange un repas	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
3 – J'ai la sensation d'avoir les lèvres sèches	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
4 – J'ai des difficultés à avaler certains aliments	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
5 – J'ai la sensation d'avoir la bouche sèche	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
6 – Je me lève la nuit pour boire	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
7 – J'ai des difficultés à manger des aliments secs	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
8 – J'ai la sensation d'avoir les yeux secs	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
9 – Je suce des bonbons ou des glaces pour soulager ma sensation de bouche sèche	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
10 – J'ai la sensation d'avoir les narines sèches	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
11 – J'ai la sensation que la peau de mon visage est sèche	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES NORD OUEST III

CHU – niveau 03 – porte 03-508

14033 Caen cedex 9

Tel : 09.64.08.19.44.

Fax : 02.31.47.57.81.

E-mail : cppnordouest3@orange.fr

Caen, le 28 juin 2018

Service d'odontologie de l'hôpital Saint André
à l'attention de Véronique DUPUIS
1 rue Jean Burguet
33000 Bordeaux

Réf. CPP : 2018-27

N° ID RCB : 2018-A00736-49

Réf. promoteur : EN-RCL-017

Envoi par courriel

Madame,

Le CPP NORD OUEST III, par délibération en date du 19 mai 2018, a émis un avis favorable conditionnel concernant le protocole ci-dessus référencé, intitulé « Etude EN-RCL-017 : Etat de santé bucco-dentaire de sujets présentant une addiction aux substances. Etude transversale dans le service d'addictologie du CHU de Bordeaux » et coordonné par M. le Professeur Sylvain CATROS [Bordeaux].

Siégeaient ensemble ce 19 mai 2018, sous la présidence de Mme Charlotte GOURIO,

Membres du premier collège

au titre du 1° de l'article R.1123-4 du CSP

- M. Rémy MORELLO, personne qualifiée en raison de sa compétence en matière de biostatistique ou d'épidémiologie, membre titulaire,
- M. Antoine COQUEREL, médecin, membre titulaire,
- M. Jean-François HERON, médecin, membre titulaire,
- Mme Pascaline BERTHET, médecin, membre suppléant,
- M. Claude BAZIN, médecin, membre suppléant,

au titre du 2° de l'article R.1123-4 du CSP

- M. Jean-Bernard BONTE, médecin généraliste, membre titulaire,

au titre du 3° de l'article R.1123-4 du CSP

- Mme Charlotte GOURIO, pharmacien hospitalier, Présidente du comité, membre titulaire,

au titre du 4° de l'article R.1123-4 du CSP

- Mme Edwige ETIENNE, cadre de santé infirmier, membre titulaire,

Membres du second collège

au titre 4° de l'article R .1123-4 du CSP

- Mme Fanny ROGUE, chargée d'enseignement à l'UFR de droit de Caen, vice-présidente du comité, membre titulaire,

au titre 5° de l'article R .1123-4 du CSP

- M. Jean-Pierre PASQUET, représentant d'association agréée de malades ou d'usagers du système de santé, membre titulaire,
- M. Alain INGOUF, représentant d'association agréée de malades ou d'usagers du système de santé, membre suppléant,

Délibération

Considérant les documents suivants :

- courrier de réponse du 21 juin 2018,
- protocole, version française 0.1 du 19 mars 2018,
- cahier d'observation, version 0.1 du 19 mars 2018,
- document d'information avec la recherche de la non-opposition du patient, version 1.1 du 18 mars 2018,

le CPP NORD OUEST III a donc opté pour un :

AVIS FAVORABLE DEFINITIF

Je vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.



Mme Charlotte GOURIO
Présidente par intérim

Liste des tableaux

Tableau 1 : Echelle du CPITN	13
Tableau 2 : Répartition des classes d'âges dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]	19
Tableau 3 : Répartition des motifs de consultation dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]	19
Tableau 4 : Distribution des médicaments dans l'échantillon dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]	21
Tableau 5 : Score de sévérité pour chacune des 7 thématiques du questionnaire OHIP dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]	27
Tableau 6 : Répartition des classes d'âge en fonction du score de sévérité dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]	27
Tableau 7 : Score de xérostomie en fonction de la substance dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]	30
Tableau 8 : Prévalence des impacts buccaux-dentaires en fonction de l'addiction dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]	32
Tableau 9 : Répartition du CAO dans l'échantillon total ajusté à l'âge au genre dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]. Test du khi ²	61
Tableau 10 : Table des valeurs croisées des scores CPTIN en fonction du sexe dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]. Test de Student	62
Tableau 11 : Résultats pour la sévérité du score OHIP-14 dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]	62
Tableau 12 : Les médicaments répertoriés à partir des dossiers médicaux	64

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des fréquences de brossage en fonction de l'âge, du genre dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]	20
Figure 2 : Pourcentage de prothèse amovible selon la classe d'âge et le genre dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]	21
Figure 3 : Figure 11 : Répartition de l'effectif en fonction de la ou des dépendances aux substances dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]	22
Figure 4 : Répartition des troubles psychiatriques dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]	23

Figure 5 : Prévalence des lésions de la muqueuse buccale chez des patients en hospitalisés dans le service d'addictologie de l'hôpital Haut Lévêque en sevrage de toutes substances, dates ; N=103.... 24

Figure 6 : Répartition du CAO dans l'échantillon total et selon le sexe et l'âge dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]
 DCAO : dents Cariées, Absentes et Obturées DA : dent absente – DO : dent obturée – DC : dent cariée 25

Figure 7 : La répartition des besoins en soins parodontaux dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019] 26

Figure 8 : Score du CPITN en fonction du sexe et de la classe d'âge dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019] 26

Figure 9 : Distribution des réponses du questionnaire XI dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019] 29

Figure 10 : Moyennes des indices CAO (cariée, absentes, obturées), DA (dents absentes), DC (dents cariées), DO (dents obturées) en fonction de l'addiction dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103..... 31

Figure 11 : Répartition des scores CPITN en fonction de l'addiction dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019] 31

Figure 12 : Score de sévérité OHIP en fonction de la substance Répartition des scores CPITN en fonction de l'addiction dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019] 32

Liste des tableaux complémentaires

	CAO				DA			DC			DO		
	N	Moyenne	Ecart-type	P-value									
Total		15,37	8,91		6,92	6,44		3,64	5,47		4,8	5,09	
Genre													
Féminin		14,97	8,63	0,7	5,69	5,32	0,1	2,44	5,12	0,1	6,83	5,52	0,002
Masculin		15,58	9,1		7,58	6,91		4,28	5,58		3,72	4,51	
Classes d'âge													
18-35 ans		11,62	7,9		3,81	2,26		5,12	6,82		2,69	2,92	
36-50 ans		16	9,08	0,01	7,32	6,37	0,005	3,27	5,29	0,2	5,41	5,38	0,04
Plus de 50 ans		18,33	8,46		9,71	8,49		2,81	3,71		5,80	5,81	

Tableau 9 Répartition du CAO dans l'échantillon total ajusté à l'âge au genre dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]. Test du khi²

Code	Hommes		Femmes	
	N	%	N	%
0	6	8,96%	5	13,89%
1	5	7,46%	4	11,11%
2	38	56,72%	24	66,67%
3	14	20,90%	3	8,33%
4	4	5,97%	0	0,00%
Total	67	100,00%	36	100,00%

Tableau 10 Table des valeurs croisées des scores CPTIN en fonction du sexe dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]. Test de Student

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Médiane
Scores de sévérité	15,5091	6,4536	7	30,06	14,76

Tableau 11 Résultats pour la sévérité du score OHIP-14 dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévéque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019]

Spécialités	Dénomination
Médicaments des spécialités cardiologie-angéiologie	AMLOPIDINE = EXFORGE
	ATORVASTATINE
	BISOPROLOL
	BOSENTAN
	FENOFIBRATE
	FLUDEX
	IVABRADINE
	NEBIVOLOL

	<p>PERINDOPRIL</p> <p>PRAVASTATINE</p> <p>SPIRONOLACTONE</p> <p>RAMIPRIL</p> <p>ROSUVASTATINE</p>
Gastro-résistants	<p>ACAMPROSATE</p> <p>LANSOPRAZOLE</p> <p>PHLOROGLUCINOL</p>
Métabolisme	<p>EZETIMIBE = hypolipédémiant</p> <p>JANUMET</p> <p>PANCREATINE CREON</p> <p>TRESIBA</p>
Psychostimulants	<p>RITALINE</p>
Médicaments addictolytiques	<p>BACLOFENE</p> <p>DISULFIRAM</p> <p>NALMEFENE</p>
Médicaments de substitution aux opiacés	<p>BUPRENORPHINE</p> <p>METHADONE</p> <p>NALTREXONE</p> <p>SUBOXONE</p> <p>SUBUTEX</p>
Analgésique	<p>NEFOPAM</p>
Traitement de substitution nicotinique	<p>NICOPATCH</p>
Traitement d'aide au sevrage	<p>VARENICLINE = CHAMPIX</p> <p>BUPROPION</p>
Anti-dépresseurs benzodiazépines	<p>OXAZEPAM = seresta</p> <p>DIAZEPAM</p> <p>PRAZEPAM = ANXIOLYTIQUE</p>

	<p>ZOPICLONE</p> <p>ZOLPIDEM</p>
<p>Anti-dépresseurs autres que benzodiazépines</p>	<p>AMITRIPTYLINE</p> <p>FLUOXETINE</p> <p>DULOXETINE</p> <p>ESCITALOPRAM</p> <p>MIRTAZAPINE</p> <p>PROZAC = FLUOXETINE</p> <p>PAROXETINE = DEROXAT</p> <p>SERTRALINE</p> <p>VENLAFAXINE</p>
<p>Anti-psychotiques</p>	<p>ARIPIPIRAZOLE</p> <p>AMISULPRIDE</p> <p>BRINTELLIX</p> <p>CYAMEMAZINE = TERCIAN</p> <p>QUETIAPINE = XEROQUEL</p> <p>LEVOMEPRMAZINE</p> <p>LOXAPINE</p> <p>RISPERDONE</p>
<p>Anti-épileptiques</p>	<p>ACIDE VALPROIQUE = DEPAKINE VALPROATE</p> <p>LAMOTRIGINE</p> <p>LACOSAMIDE</p> <p>ZNOSAMIDE</p> <p>OXCARBAZEPINE</p> <p>PREGABALINE</p>
<p>Neuroleptiques</p>	<p>AMUSULPRIDE</p>

Tableau 12 Les médicaments répertoriés à partir des dossiers médicaux

Dépendance	CAO				DA			DC			DO		
	Total	Moyenne	Ecart Type	P-value	Moyenne	Ecart Type	P-value	Moyenne	Ecart Type	P-value	Moyenne	Ecart Type	P-value
Alcool	88	15,61	8,83	0,4	7,42	6,67	0,056	3,4	5,17	0,3	4,78	5,07	0,9
Tabac	86	16,26	8,92	0,02	7,69	6,64	0,0054	3,69	5,5	0,8	4,87	5,15	0,7
Cannabis	36	14,88	9,05	0,6	6,25	5,79	0,4	4,83	6,58	0,1	3,8	3,83	0,1
Opiacés	33	18,36	8,61	0,01	6,69	6,87	0,8	7,2	7,02		4,39	4,46	0,5
Cocaïne	30	18	9,22	0,054	8,36	7,78	0,14	4,86	5,94	0,1	4,76	4,87	0,9
Sédatifs	26	16,88	10,02	0,3	6,5	6,35	0,7	5,88	7,5	0,01	4,5	5,28	0,6

Tableau 12 Moyennes de indices CAO en fonction de l'addiction dans l'échantillon de patients hospitalisés en cure de sevrage à l'hôpital Haut Lévêque, N=103 [13/09/2018 – 11/04/2019] – Test de Kruskal Wallis

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

Serment

En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

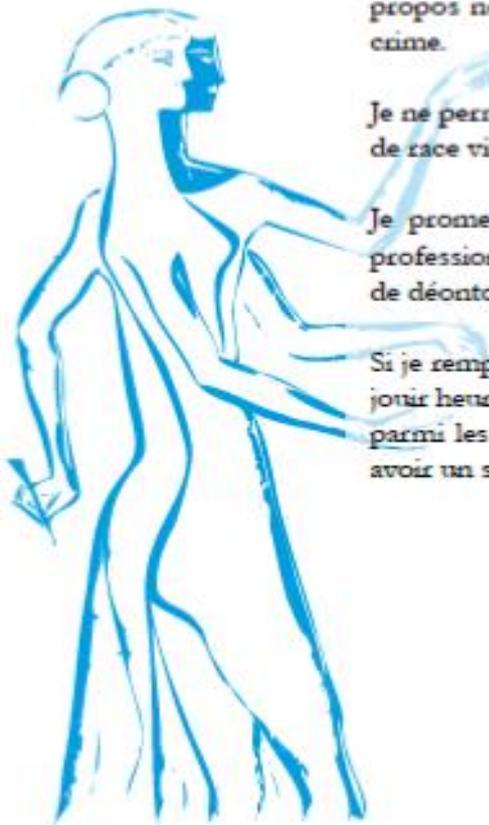
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Titre : État de santé bucco-dentaire de sujets présentant une addiction aux substances : étude transversale dans le service d'addictologie du CHU de Bordeaux.

Résumé : [2000 caractères maximum, espaces compris, soit 200 à 250 mots]

L'usage de substances illicite et le mésusage de médicaments psychotropes peuvent avoir un grave impact sur la santé et la vie sociale. Les addictions sont associées à une mauvaise hygiène bucco-dentaire mais nous avons retrouvé peu d'études dans la littérature qui étudient et rapportent les impacts des comportements d'addictions sur la sphère buccale, ainsi que sur la qualité de vie reliée à la santé orale. Il existe cependant des preuves évidentes que le risque de développer des pathologies buccales augmente avec l'abus de tabac et d'alcool, ainsi qu'un risque accru de développer des lésions cancéreuses. Dans ce contexte, un dépistage des personnes exposées aux drogues (cocaïne, opiacés, médicaments psychotropes, cannabis, alcool, tabac) permettrait d'évaluer les besoins en soins de cette population. Les résultats de cette étude pourraient ensuite être utilisés pour une prise en charge adaptée et aider au processus global de guérison.

Mots clés : [3 minimum]

Santé orale, Lésions orales pré-cancéreuses, Parodonties, Caries, Addiction, Xerostomie, Hygiène orale, Qualité de vie reliée à la santé orale

Title : State of oral health of addicts : cross-sectional study in the addictology department of Bordeaux University Hospital

Abstract : [2000 caractères maximum]

The use of illicit substances and misuse of licit have important health and social consequences. Addiction is associated with poor oral cleanliness but we found relatively little published literature documenting these oral health consequences. Oral health can be a low priority for them which can influence the oral health related quality of life. Available evidence suggests that the risk of oral diseases increase with greatest use of tobacco and alcohol, which are also the main risk factors of oral cancers. In this context, oral examination of exposed persons (cocain, opioids, tobacco, alcohol, cannabis, psychotropic drugs) to assess the need for dental care to addicts is proposed. The results of this study will be used to set up appropriate dental care of recovering drug users which could improve their oral health and assist them in the healing process.

Keywords : [3 minimum]

Oral Health, Oral potentially malignant disorders, Peridontitis, Tooth cavities, Addiction, Xerostomia, Oral cleanliness, Oral health related quality of life