

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2015

N° 7

**THESE**

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

par

ZETTEL Natacha

née le 5 février 1990 à Mulhouse

**GESTION DES SOINS BUCCO-DENTAIRES  
CHEZ LES PATIENTS TOXICOMANES EN ALSACE**

Président : Professeur Anne-Marie MUSSET  
Assesseurs : Docteur Sophie BAHI-GROSS  
Docteur Olivier HUCK  
Docteur Sarah DUBOURG  
Docteur Claude BRONNER

*A Madame le Professeur Anne-Marie MUSSET,*

*Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger notre travail.*

*Un grand merci pour vos enseignements durant ces cinq années au sein de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Strasbourg. Grâce à eux, ma pratique quotidienne de l'art dentaire se voit améliorée et plus rigoureuse.*

*Merci d'avoir toujours répondu à mes questions, et même de les avoir devinées parfois !*

*Enfin, je vous remercie également pour votre présence au sein du Pôle de Médecine et Chirurgie Bucco-Dentaire, en particulier au service du C.A.S.U.*

*A Madame le Docteur Sophie Bahi.*

*Merci de nous faire l'honneur de siéger dans ce jury et d'avoir accepté de juger notre travail.*

*Un grand merci pour vos enseignements tout au long de ces cinq années d'étude.*

*Merci également pour votre présence dans le service de chirurgie : des conseils avisés, des critiques parfois, mais toujours constructives, et surtout une gentillesse extrême, doublée il faut le dire d'un sens de l'humour bienvenu !*

*A Monsieur le Docteur Olivier Huck,*

*Merci de nous faire l'honneur de siéger dans ce jury et d'avoir accepté de juger notre travail.  
Merci également pour vos enseignements de parodontologie, apportés toujours dans la bonne  
humeur et de façon intéressante.*

*Enfin, un grand merci pour votre présence, vos conseils et votre joie de vivre au sein du  
service de parodontologie.*

*A Madame le Docteur Sarah Dubourg, ma directrice de thèse.*

*Tout d'abord, merci d'avoir accepté de diriger ce travail !*

*Je tenais à vous remercier pour votre aide et vos encouragements tout au long de ce travail de thèse. Merci pour votre écoute, vos suggestions avisées et votre bonne humeur !*

*Enfin, un énorme merci pour votre présence et vos conseils au sein du service de chirurgie. C'était toujours un plaisir pour moi de venir en vacation dans ce service : je savais qu'avec quelqu'un comme vous j'allais toujours apprendre quelque chose, dans une ambiance sérieuse mais joyeuse.*

*A Monsieur le Docteur Claude Bronner, membre invité.*

*Merci de nous faire l'honneur de siéger dans ce jury et d'avoir accepté de juger notre travail.  
Surtout, je tenais à vous remercier pour le temps et l'aide que vous m'avez consacré pour ce  
travail de thèse. Et ce, toujours avec humour et conviction !  
Merci pour vos remarques pertinentes et votre gentillesse.*

*A mes parents, Marie-Laure et Jacky. Merci pour votre soutien constant, votre amour et votre courage !*

*A Guillaume. Merci d'être toujours là et de me supporter ! A notre avenir...*

*A toute ma famille et amis, Chantal, Betty, Marie-Jeanne, Estelle, Christiane, Jean-Paul, la famille Sother... et tous ceux qui ne sont plus là. Merci d'avoir toujours cru en moi !*

*A Pascale, Etienne, Sophie et Alexandre, Dorothée, Christiane et Georges. Merci pour votre accueil et votre gentillesse !*

*A mon amie d'enfance, Elodie. Merci de ta présence et d'avoir su être là pour les moments de fous rire comme pour les pleurs !*

*A tous mes amis de collège/lycée, Aline, Aurélie, Claire, et tous les autres. Merci pour ces belles et douces années de rigolade !*

*A mes belles rencontres de la fac, Camille, Charline, Perrine, Léa, Marion, et tous ceux et celles que j'oublie. Merci pour les fous rires, les virées shopping, les bons repas, les bonnes soirées, le voyage pas fait à Madagascar !*

*A mes Dijonnais, Bisontins et Rémois, Marie S., Camille, Maud, Baptiste, Marie P., P-H, Thomas... Merci pour ces six mois de folie et merci d'avoir su trouver les mots lors d'une période un peu sombre !*

*Que notre amitié continue encore longtemps !!!*

*A l'ensemble de l'équipe du cabinet des Docteurs Metz : Dr Michel Metz, Anne-Claire, Audrey 1, Audrey 2, Françoise, Emeline, Cathy, Catherine et Régine. Merci pour ces deux années de travail et de formation !*

*A Anne-Lise Muller, interne en médecine générale, et à Monsieur Etienne Matter. Merci pour votre aide ! Sans vous, ce travail n'aurait pas pu voir le jour !*

**TABLE DES MATIERES**

THESE.....	1
<b>I. INTRODUCTION.....</b>	<b>11</b>
<b>II. TOXICOMANIE, SANTE GENERALE ET BUCCO-DENTAIRE.....</b>	<b>14</b>
<b>A. DEFINITIONS.....</b>	<b>15</b>
1. Toxicomanie, notion de dépendance et drogue.....	15
2. Les substances psychoactives. ....	17
<b>B. Les répercussions générales à prendre en compte chez le patient toxicomane.....</b>	<b>26</b>
<b>C. Les effets des substances psychoactives sur la cavité buccale.....</b>	<b>29</b>
1. Prise de substances psychoactives et hygiène bucco-dentaire.....	29
2. Effets sur la cavité buccale de la consommation d'héroïne.....	31
3. Effets sur la cavité buccale de la substitution à l'héroïne.....	32
4. Effets sur la cavité buccale de la consommation de cocaïne.....	33
5. Résumé (tableau).....	39
<b>D. Prise en charge bucco-dentaire du patient toxicomane.....</b>	<b>40</b>
1. Aspect psychologique de la prise en charge bucco-dentaire du patient toxicomane.....	40
2. Précautions vis-à-vis du risque infectieux.....	41
3. Précautions vis-à-vis du risque hémorragique.....	41
4. Précautions vis-à-vis de la prise en charge de la douleur et de l'anesthésie.....	42
5. Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses.....	43
<b>III. MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>45</b>
<b>A. Le questionnaire « patients ».....</b>	<b>46</b>
1. Les critères d'inclusion.....	46
2. Les critères d'exclusion.....	46
3. Les modalités d'intégration des patients dans l'étude.....	46
4. Les modalités de rencontres avec les patients toxicomanes.....	48
5. Structure du questionnaire.....	48
<b>B. Le questionnaire « praticiens ».....</b>	<b>52</b>

1. Les critères d'inclusion.....	52
2. Les critères d'exclusion .....	52
3. Les modalités d'intégration des praticiens dans l'étude.....	52
4. Structure du questionnaire .....	53
<b>C. Les objectifs recherchés .....</b>	<b>56</b>
<b>IV. LES RESULTATS .....</b>	<b>57</b>
<b>A. Résultats des réponses au questionnaire praticiens .....</b>	<b>58</b>
<b>B. Résultats des réponses aux entretiens avec les patients toxicomanes.....</b>	<b>67</b>
<b>C. Résultats des réponses aux questionnaires patients toxicomanes .....</b>	<b>70</b>
<b>V. DISCUSSION .....</b>	<b>81</b>
<b>A. Critiques.....</b>	<b>82</b>
<b>B. Discussion des résultats avec les données de la littérature .....</b>	<b>82</b>
<b>C. Comment améliorer la gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes en Alsace ?.....</b>	<b>86</b>
<b>VI. CONCLUSION .....</b>	<b>89</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>92</b>

**I. INTRODUCTION**

D'après l'étude de Sheridan *et al* de 2001(1), 21 % des patients toxicomanes interrogés déclarent s'être vus refuser l'accès aux soins par des dentistes ne voulant pas les prendre en charge. Dans cette même étude, les patients toxicomanes déclarent que des chirurgiens-dentistes attestent éprouver une certaine réticence à soigner des patients consommateurs de drogues. Cette réticence peut s'expliquer en partie par le fait que les praticiens, malgré eux, se comportent plus en citoyens qu'en soignants. En effet, pour tous, la consommation de drogue appartient à l'interdit. Prendre en charge des patients consommateurs de drogues, donc en infraction, peut en partie refroidir certains praticiens.

De plus, les préjugés sont nombreux concernant les patients toxicomanes. Le chirurgien-dentiste perd alors son objectivité face à de tels patients.

En outre, certains praticiens peuvent également manquer de connaissances dans le domaine de la prise en charge de patients toxicomanes. Par peur de mal faire, ils préfèrent alors s'abstenir de les traiter.

Mais alors, quel est l'état des lieux actuel en Alsace de la gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes ? Selon Etienne Matter, ancien expert au sein de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie et président d'un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (C.A.A.R.U.D.), l'état bucco-dentaire des usagers de drogues reste un problème peu traité en pratique.

Nous proposons d'étudier au travers de deux questionnaires, l'un destiné aux chirurgiens-dentistes alsaciens, l'autre à des patients toxicomanes de la même région, l'avis des acteurs concernés par cette question. Ce double point de vue nous paraît nécessaire et indispensable. Nous cherchons à apprendre comment les patients toxicomanes perçoivent leur prise en charge bucco-dentaire en Alsace, mais également comment eux-mêmes se prennent en charge du point de vue bucco-dentaire. D'autre part, nous voulons savoir comment les praticiens alsaciens gèrent les soins chez de tels patients et quelles sont leurs connaissances sur ce sujet. Enfin, nous souhaitons connaître les avis de ces deux partis sur la manière d'améliorer la gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes.

Nous avons choisi de ne cibler notre étude qu'en Alsace afin de faciliter le nombre de données à traiter. Nous avons basé notre sélection de patients sur la consommation de drogues dites « dures », décrites plus tard, afin de ne pas se perdre dans le nombre de variables.

Dans une première partie, de brèves définitions, des données sur la toxicomanie et la santé générale et bucco-dentaire sont apportées. Ensuite nous proposons la description de notre étude ainsi que ses résultats. Enfin, nous discuterons de ces résultats et apporterons des débuts de réponses au but principal de cette étude : comment améliorer la gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes ?

**II. TOXICOMANIE, SANTE GENERALE ET BUCCO-  
DENTAIRE.**

## A. DEFINITIONS

### 1. Toxicomanie, notion de dépendance et drogue.

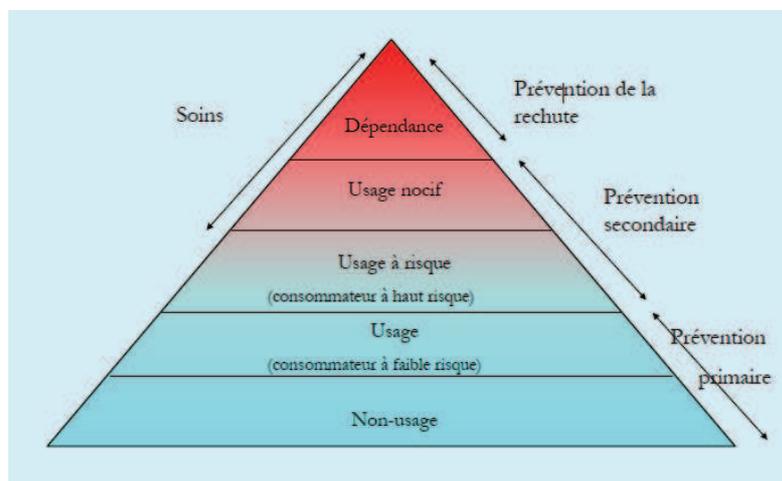
#### a. Toxicomanie et dépendance

La toxicomanie se définit selon le dictionnaire Larousse 2014 comme l'habitude de consommer de façon régulière et importante des substances susceptibles d'engendrer un état de dépendance psychique et/ou physique (2).

L'Organisation Mondiale de la Santé préfère aujourd'hui parler de dépendance, plutôt que de toxicomanie. Elle décrit la dépendance comme un « ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques d'intensité variable, dans lesquels l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psychoactives devient hautement prioritaire. Les caractéristiques essentielles sont le désir obsessionnel de se procurer et de prendre la substance en cause et sa recherche permanente » (3).

Une raison d'abandonner le terme « toxicomanie » comme terme technique est la perception voulant qu'il ait des connotations péjoratives et stigmatisantes.

En addictologie, il existe cinq types de comportements : le non-usage, l'usage simple, l'usage à risque, l'usage nocif ou abus et enfin la dépendance. Skinner a classé ces notions dans sa célèbre pyramide en 1969. Cette pyramide met en évidence les différents comportements de consommation cités ci-dessus et permet également d'orienter la prise en charge du patient en fonction de cela.



*Figure n°1 : Pyramide de Skinner. (Dr Elise Gaugler, Le Concept d'Addiction. 2013)*

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'addiction se définit par la trilogie : usage, abus puis dépendance (3).

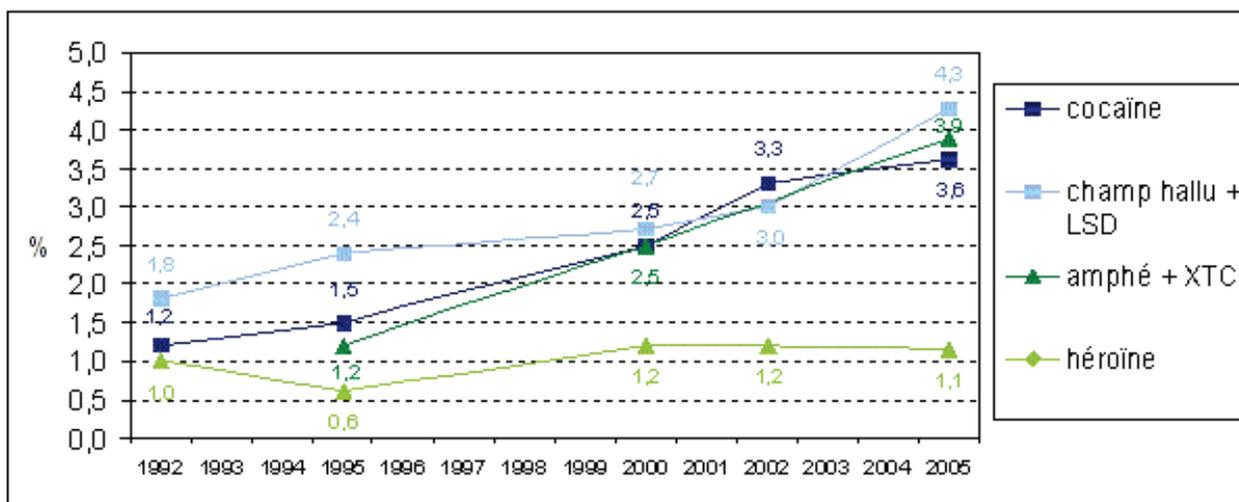
La dépendance du patient toxicomane se considère comme triple :

- D'une part, nous retrouvons une dépendance physique : ce sont ici les notions de tolérance au produit et de syndrome de sevrage qui entre en compte.
- D'autre part, nous parlons également d'une dépendance psychologique consistant en un désir persistant et compulsif de consommer.
- Enfin, la notion de dépendance comportementale complète ce modèle en trois parties.

### b. Les drogues

Les drogues sont des substances psychoactives qui modifient l'activité mentale, les sensations et le comportement (4). Leur consommation, malgré le fait qu'elle soit dangereuse, reste attirante au vue de nombreux jeunes Français qui testent ces drogues. Par exemple, en 2010 en France, 7,6 % des 26-34 ans ont expérimenté la cocaïne et 1,5 % des 18-54 l'héroïne (5).

De 1992 à 2005, l'usage de substances psychoactives a globalement augmenté en France, comme le montre ce graphique de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.



*Figure n°2 :* Graphique montrant l'usage de différentes drogues de 1992 à 2005. (INPES, Baromètre Santé. 2010)

## 2. Les substances psychoactives.

### a. Les opiacés : l'héroïne

#### ❖ Historique...

Morphine, codéine et tramadol appartiennent à la famille des opiacés. Ils sont tous les trois dérivés de l'opium et utilisés à des fins médicales principalement même s'ils peuvent aussi rendre dépendant. Un autre type d'opiacé très connu pour son pouvoir addictif est l'héroïne.

« Héroïne » est un mot issu de l'allemand « heroïsch » qui signifie énergique (6). Dès 1896, elle est synthétisée à partir de la morphine par le chimiste allemand Heinrich Dresser (qui par ailleurs finira sa vie héroïnomane) (6,7). Par la suite, l'héroïne est utilisée comme sédatif de la toux ainsi qu'à des fins psychiatriques contre l'insomnie et la dépendance à l'opium et à la morphine (6).

Son usage a été détourné par la suite et ainsi ses dangers sont apparus : cela a conduit à son interdiction en France en 1963 (7).

#### ❖ Chimie

L'héroïne ou chlorhydrate de diacétylmorphine est un alcaloïde semi-synthétique obtenu à partir de la morphine (6,8).

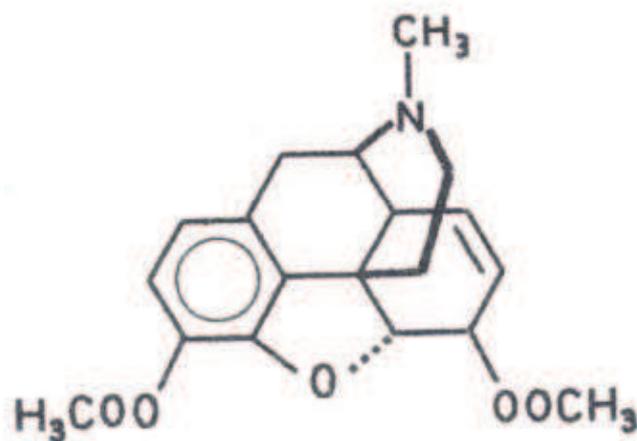


Figure n°3 : Molécule d'héroïne (9)

### ❖ *Effets.*

L'héroïne fait partie des psycholeptiques : elle déprime l'activité cérébrale (7).

Elle possède d'abord une action analgésique mais surtout une action psychotrope. En effet, la prise d'héroïne conduit à des effets euphorisants très importants. Les usagers d'héroïne décrivent un premier effet appelé « flash » : il s'agit d'une sensation de plaisir, de chaleur, d'euphorie intense, brutale et brève. Vient ensuite le « rush » qui correspond à une sensation cutanée de type orgasmique. Les effets analgésiques et anxiolytiques sont très importants et conduisent à une oscillation entre un état d'euphorie et un état de manque, conduisant à la dépendance (6,8,10).

La prise d'héroïne entraîne également des effets somatiques, globalement connus par de nombreux praticiens et notamment très bien visibles lors d'une overdose à l'héroïne. Il s'agit principalement de dépression respiratoire, myosis, d'hypotension avec collapsus cardiovasculaire possible, de somnolence voir de coma aréactif (6).

Le syndrome de manque chez le toxicomane à l'héroïne est très marqué et se caractérise par un syndrome grippal hyperalgique principalement.

### ❖ *Modes de consommation.*

Ils sont au nombre de trois.

L'injection intraveineuse ou « shoot » est le plus répandu. Le consommateur fait fondre l'héroïne en poudre puis se l'injecte à l'aide d'une seringue. En raison du partage et d'échange de seringues il constitue un mode de consommation à risque de transmission de maladies infectieuses et de pathologies inflammatoires (6,10).

La voie nasale ou « sniff » est un mode de consommation plus discret et plutôt utilisé au début de la toxicomanie aux opiacés. Le consommateur utilise une paille nasale avec laquelle il aspire l'héroïne sous forme de poudre. Les risques locaux sont alors plus importants mais le risque infectieux existe toujours (partage de paille, etc) (6).

Enfin, le toxicomane à l'héroïne peut aussi inhaler la substance psychoactive en la fumant. On parle alors de « chasse au dragon » (6).



Figure n°4 : Les différents modes de consommation d'héroïne.

(<http://tempsreel.nouvelobs.com/>)

b. La substitution à l'héroïne

❖ Historique

Depuis le 30 mars 1995, la buprénorphine haut dosage, dont le Subutex® est la forme princeps, est commercialisée en France. Avant cela, le Témgésic®, ou buprénorphine 0,2 mg a été utilisé, pour le traitement des toxicomanes à l'héroïne à partir de 1987.

Quant à la Méthadone, autre traitement substitutif de l'héroïne, les premières prescriptions débutent en France en 1973, à titre expérimental (6).

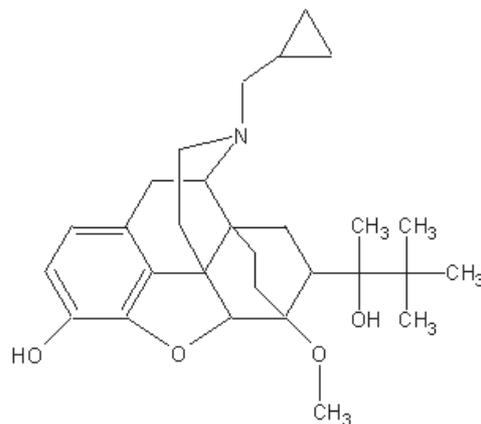
Selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, en 2010, plus de 120 000 patients sont traités par substitution (11). Ce traitement doit être réalisé selon une collaboration entre médecins de ville, réseaux ville-hôpital et pharmacies. Il doit s'accompagner par ailleurs d'autres prise en charge (sociales, psychiatriques, éducatives, etc).

La substitution a permis depuis son instauration la diminution de la délinquance liée à la toxicomanie, la resocialisation et la réinsertion sociale des patients mais surtout la diminution des infections par virus de l'hépatite B et C et par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (V.I.H.) (11).

❖ *Chimie et mode d'action*

• *Buprénorphine :*

La buprénorphine est un opiacé semi-synthétique.



*Figure n°5 : Molécule de buprénorphine. (9)*

Le principal mécanisme d'action est celui d'un agoniste partiel des récepteurs morphiniques  $\mu$  et antagoniste des récepteurs morphiniques  $\kappa$ .

Le Buprénorphine est un produit soluble dans l'eau puisque soluble en sublingual. Cela en fait également son principal défaut car sous cette forme, il est facilement injectable en intraveineux. Cette pratique est fortement répandue et entraîne certaines pathologies aux points d'inoculation (abcès, œdèmes, etc.).

La prescription ne doit pas dépasser 28 jours et il est recommandé au médecin prescripteur de prescrire pour une durée plus courte, notamment lors de l'initiation du traitement. Les ordonnances sont sécurisées.

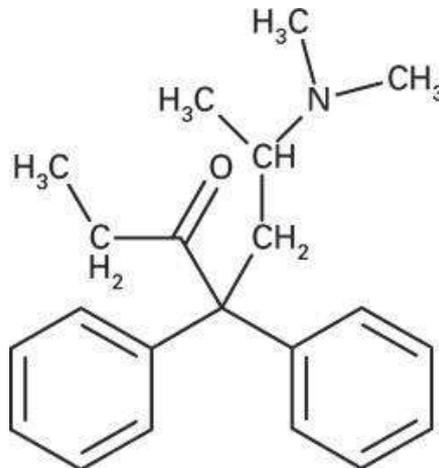
Le Subutex<sup>®</sup> correspond à la forme princeps de la buprénorphine haute dosages et les génériques sont appelés « buprénorphine haut dosage ».



*Figure n°6 :* Boîte de Subutex®. (<http://rue89.nouvelobs.com>)

- *Méthadone :*

La méthadone est un agoniste complet des récepteurs opiacés  $\mu$ . Elle se trouve particulièrement sous forme de sirop, mais aussi, depuis quelques années sous forme de gélules.



*Figure n°7 :* Molécule de méthadone. (9)

Sa prescription se fait selon un protocole bien précis, sur ordonnance spécialisée :

- Prescription initiale par un médecin du centre spécialisé
- Prise journalière au centre et contrôle
- Accompagnement psychosocial en centre
- Prescription en relais en médecine ambulatoire avec liaison entre médecin prescripteur initial, médecin relais et pharmaciens (6).



*Figure n°8 : Présentation du conditionnement de la méthadone. (<http://fr.wikipedia.org/>)*

### *c. La cocaïne*

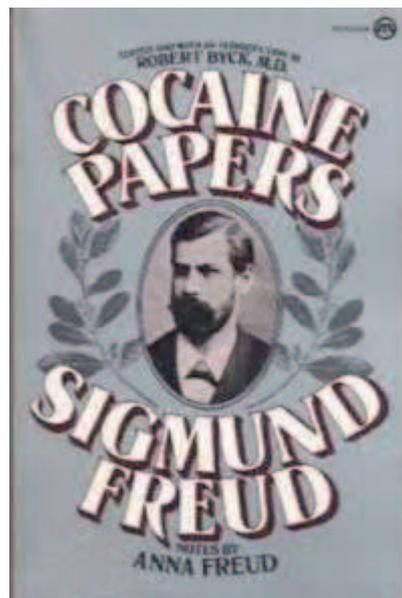
#### *❖ Historique*

Déjà trois mille ans avant Jésus-Christ, les feuilles de coca ont été utilisées en Amérique du Sud, comme en témoignent des découvertes archéologiques. En effet, le cocaïer est un arbrisseau qui pousse dans la cordillère des Andes. En 1855, le chimiste allemand Friedrich Gaedcke isole la cocaïne. Le pharmacien américain John Pemberton invente en 1885 une célèbre boisson à base de feuilles de coca : le Coca-Cola®. Il contiendra de l'extrait de coca jusqu'au début du XXème siècle (6).



*Figure n°9 :* Etiquette du Coca-Cola de 1885. (<http://www.bandt.com.au/>)

En Europe, la cocaïne a d'abord été utilisée à des fins médicales en anesthésiologie puis dans le traitement de l'alcoolisme et de la dépendance à la morphine. Sigmund Freud a été l'un des premiers praticiens à expérimenter la cocaïne sur ses patients et à vouloir populariser son usage (12).



*Figure n°10 :* Couverture de l'ouvrage « Cocaine Papers » de Sigmund Freud.

(<http://www.finzionimagazine.it/>)

Comme pour l'héroïne, son usage a été détourné et son potentiel dangereux est apparu (7). Ainsi, le Harrison Narcotic Act de 1914 a rendu la cocaïne illicite aux Etats-Unis (13). En France, la loi du 31 décembre 1970 interdit et pénalise l'usage de toute substance illicite classée comme stupéfiant.

#### ❖ Chimie

La cocaïne est un alcaloïde tropanique issue de la feuille de coca, *Erythoxylon coca* (9).

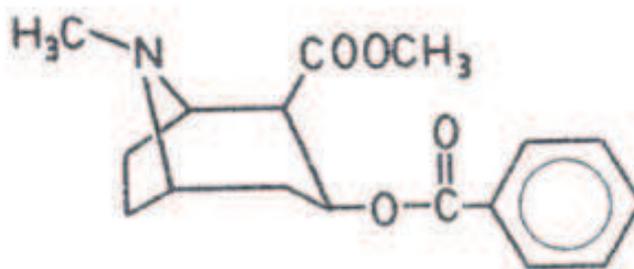


Figure n°11 : molécule de cocaïne. (9)

Il n'est pas possible de parler de cocaïne sans parler du « crack » : il s'agit de sulfate de cocaïne, fabriqué à partir de cocaïne non raffinée à laquelle est ajoutée de l'ammoniaque ou du bicarbonate de sodium (7,14).

#### ❖ Effets

La cocaïne est un stimulant. Par un effet amphétamine-like, elle augmente la concentration de dopamine et de cathécolamines créant ainsi une hypersécrétion d'adrénaline et surtout une vasoconstriction intense des vaisseaux sanguins. Le cocaïnomanie va décrire après la prise de substance une première phase d'euphorie intense, ou « rush » avec accroissement de l'énergie, désinhibition et l'impression d'être le « roi du monde ». Il s'agit du « high ». Durant cette phase, le cocaïnomanie présente une mydriase, ou dilatation des pupilles, (à l'inverse de l'héroïnomanie), de l'hypertension artérielle et une tachycardie pouvant déboucher sur un

syndrome coronarien aigu ou crise cardiaque. La cocaïne présente en effet une forte toxicité cardio-vasculaire.

Par la suite, vient une phase de descente pénible ou « crash », avec une envie frénétique de consommer de la cocaïne à nouveau. Il s'agit du « craving » ou besoin irrésistible de consommer avec une pensée obsessionnelle autour de cela (6).

#### ❖ *Modes de consommation*

La voie intra-nasale est la plus généralisée pour la prise de cocaïne. Il s'agit du « sniff » (15).

La voie intraveineuse se retrouve rarement pour la consommation de cocaïne.

La voie respiratoire, donc la cocaïne fumée, concerne le « crack ». Ce mode de consommation est très répandu et sa popularité a rendu l'injection intraveineuse de cocaïne obsolète (15). Sous cette forme, l'effet de la prise de cocaïne est beaucoup plus rapide et intense.

La littérature décrit également des cas d'application topique de la cocaïne directement sur la gencive (16,17). D'autres auteurs considèrent toutefois que ce mode de consommation n'est utilisé que pour tester la cocaïne et vérifier sa pureté en voyant si lors d'une application sur la gencive elle anesthésie la zone ou non (14,15).



Figure n°12 : Présentation des modes de consommation de la cocaïne.

(<http://tempsreel.nouvelobs.com/>)

## **B. Les répercussions générales à prendre en compte chez le patient toxicomane**

La prise de substances psycho-actives telle que l'héroïne ou la cocaïne, mais également les traitements substitutifs, entraîne de nombreux effets indésirables sur le corps. Nous avons choisi de ne présenter brièvement que les principaux effets systémiques de ces drogues. Par ailleurs, les répercussions présentées plus loin sont toutes importantes à connaître dans le cadre d'une prise en charge bucco-dentaire. Ainsi, les voici classées, par système concerné, dans le tableau ci-dessous :

<b>SYSTEME CONCERNE</b>	<b>REPERCUSSIONS GENERALES DE LA PRISE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES A PRENDRE EN COMPTE EN ODONTOLOGIE</b>	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>
<b>Système cardio-vasculo-respiratoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infections pulmonaires (<i>Mycobacterium, Staphylococcus, Streptococcus, Haemophilus</i>)</li> </ul>	(18)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endocardites infectieuses (<i>Staphylococcus, Enterococcus, Pseudomonas, Klebsiella et Candida</i>)</li> </ul>	(19) (20) (21)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypertension artérielle</li> <li>• Tachycardie</li> <li>• Arrêt cardiaque</li> </ul> <p style="text-align: center;">} Chez le cocaïnomane</p>	(20) (21) (22)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépression respiratoire</li> </ul>	(6)
<b>Système immunitaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hépatites virales</li> <li>• Syndrome de l'Immunodéficience Acquisée (S.I.D.A.)</li> </ul>	(18) (19) (20) (21) (13) (9)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Degré d'infection plus sévère chez l'utilisateur de drogue et vieillissement prématuré du système immunitaire</li> </ul>	(23)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activité immunosuppressive des drogues addictives</li> </ul>	(13) (9)

		(24) (25)
<b>Système sanguin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trouble de l'hémostase en cas de prise de cocaïne</li> <li>• Thrombopénie</li> </ul>	(26) (14) (21) (20) (27)
<b>Système neurologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hallucination, paranoïa, désorientation, délire, comportement agressif, psychose</li> <li>• Crise d'épilepsie en cas de prise de cocaïne</li> <li>• Troubles sociaux et marginalisation</li> <li>• Stress et angoisse (lors de relation avec du personnel soignant notamment), problèmes relationnels</li> </ul>	(20) (21) (22) (6) (28) (21) (20) (19) (20) (21) (6) (28) (10)
<b>Système osseux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infections osseuses (<i>Staphylococcus</i> et <i>Pseudomonas</i>)</li> <li>• Ostéoporose</li> </ul>	(18) (29)
<b>Autres systèmes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abscesses (aux sites d'injection) et cellulites</li> <li>• Infections dentaires</li> <li>• Risque d'allergie avec la cocaïne et ses produits de coupe</li> <li>• Allergie aux anesthésiques locaux de type ester</li> <li>• Interactions médicamenteuse entre cocaïne et</li> </ul>	(18) (19) (23) (28) (13) (4) (7) (30)

	<p>vasoconstricteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interactions médicamenteuses</li> </ul>	(18)
--	---	------

*Tableau n° 1 :* Les répercussions générales de la prise de substances psychoactives à prendre en compte en odontologie.

## **C. Les effets des substances psychoactives sur la cavité buccale**

### **1. Prise de substances psychoactives et hygiène bucco-dentaire**

Les patients toxicomanes présentent plus de problèmes bucco-dentaires que la population générale. En 2001, Sheridan *et al* comparent dans leur étude un groupe de 125 patients consommateurs de drogues avec un groupe de 129 patients non consommateurs et ce, durant un an. Dans cette étude, 58,4 % des patients consommateurs de drogues ont présenté des douleurs dentaires au cours de l'année d'étude contre seulement 22,5 % des patients du groupe témoin. De même, 51,2 % des usagers de drogues ont présenté des lésions carieuses durant la même période contre seulement 17,8% des non-usagers (1). Une autre étude de 2012 montre que sur 563 patients consommateurs de substances psychoactives (dont l'héroïne et la cocaïne), plus de la moitié (60 %) présentent une hygiène bucco-dentaire non satisfaisante (20).

La littérature montre également des taux d'infections dentaires supérieurs chez les toxicomanes : selon Reece, 17,2 % des patients toxicomanes étudiés présentent des infections dentaires alors que seul 2,6 % des patients du groupe témoin en ont (23).

Les patients sous substitution sont également concernés : dans son étude sur 685 patients sous substitution à l'héroïne (par buprénorphine ou méthadone), Shekarchizadeh rapporte que 48 % déclarent se brosser les dents moins d'une fois par jour (31).

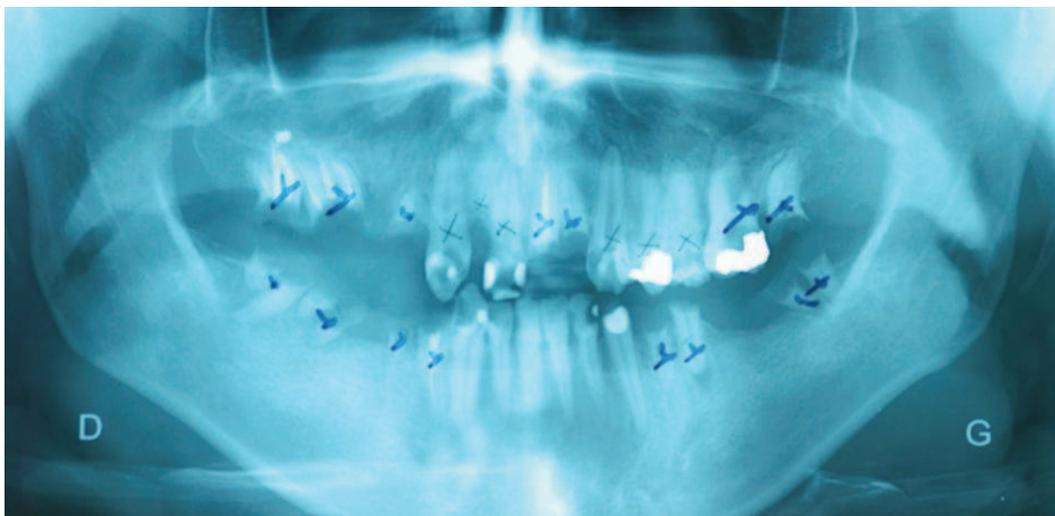
Globalement, les patients dépendants aux substances psychoactives telles que la cocaïne ou l'héroïne ne se rendent que très rarement chez le chirurgien-dentiste. Par exemple, dans la première étude citée plus haut, parmi les 58,4% de patients consommateurs de drogues ayant eu des douleurs dentaires durant l'année, seulement 28,8 % ont consulté un dentiste, soit seulement 21 patients sur 125. Au contraire, les trois-quarts des patients non-consommateurs de drogues ayant eu des douleurs dentaires dans l'année d'étude ont consulté un dentiste (1). De même, D'Amore *et al* rapportent dans leur étude de 2012 que 52 % des patients toxicomanes étudiés se sont rendus chez le dentiste il y a plus d'un an ou ne se souviennent plus quand ils y sont allés pour la dernière fois (20).

Malgré ces résultats de la littérature, d'autres auteurs les nuancent en expliquant que la consommation de drogues seule ne suffit pas à générer de tels effets délétères sur la cavité buccale. En effet, ils vont y associer également le mauvais mode de vie des patients

toxicomanes (32), un régime alimentaire cariogène, une perte de considération de soi et un arrêt des soins (souvent retrouvés chez des patients toxicodépendants) (33).



*Figure n°13 : Cavité buccale d'un jeune héroïnomane de 23 ans. (Service d'Odontologie du C.H.U. de Dijon.)*



*Figure n°14 : Orthopantomogramme de ce même patient de 23 ans. (Service d'Odontologie du C.H.U. de Dijon.)*

## 2. Effets sur la cavité buccale de la consommation d'héroïne

### a. Effets sur les tissus durs

Il existe une lésion carieuse typique, fréquemment rencontrée chez les héroïnomanes : la carie serpentineuse du collet ou carie de Löwenthal. Il s'agit d'une lésion carieuse en forme de croissant siégeant sur tout ou partie des faces vestibulaires et/ou linguales et palatines des dents. Ce type de carie est dur, de couleur foncée, parfois presque noire, et indolore (7). La littérature décrit en effet un taux important de carie des faces lisses et des collets chez les utilisateurs d'opioïdes (8,10).



Figure n°15 : Carie de Löwenthal. (7)



Figure n°16 : Caries de Löwenthal. (Service d'Odontologie du CHU de Dijon)

b. Effets sur le parodonte

Il faut remarquer une fréquence plus importante chez les héroïnomanes que chez les autres toxicomanes de problèmes parodontaux (7). Des cas de gingivites ulcéro-nécrotiques ont été retrouvés à de nombreuses reprises chez des consommateurs régulier d'héroïne. Cela est en partie due à une accumulation de plaque dentaire importante chez ce type de patients toxicomane (10).

c. Effets sur les tissus mous

La littérature décrit également des cas de candidoses et de dysplasies de la muqueuse buccale fréquents chez les toxicomanes à l'héroïne (8,10).

3. Effets sur la cavité buccale de la substitution à l'héroïne

De nombreux patients consommateurs de substances psychoactives interrogés dans les travaux de Robinson *et al* attribuent leurs importants problèmes bucco-dentaires à la méthadone, prise sous forme de sirop (34). En effet, la méthadone sous forme de sirop contient plus de 50 % de sucre, lui conférant ainsi un fort pouvoir cariogène (33,34).

a. Effets sur les tissus durs

Les patients sous substitution à l'héroïne par la méthadone possèdent un risque carieux ainsi qu'un risque d'érosion dentaire nettement augmenté (35–37). Des lésions carieuses sévères et étendues sont souvent observées chez les patients sous méthadone en sirop (33).

Ces lésions carieuses d'expliquent en partie par la manière de consommer ce sirop de méthadone : de nombreux auteurs indiquent que les patients, pour augmenter la période d'absorption du produit, garde le sirop longtemps en bouche (33,34,38). Ainsi, des prises fréquentes et prolongées de la méthadone en sirop créent une macération du produit, qui comme il est très riche en sucre va augmenter le risque de carie et d'érosion dentaire. De plus, cela favorise également une progression rapide des lésions carieuses préexistantes (38).

b. Effets sur les tissus mous

Compte tenu de la richesse en sucre de la méthadone en sirop, elle induit également une xérostomie, comme le montrent certains travaux de la littérature (35,36).

Une bouche sèche étant plus propice au développement de certaines affections de la muqueuse buccale, des patients sous substitution présentent régulièrement des lésions de type candidosique voir dysplasique (7,36).

4. Effets sur la cavité buccale de la consommation de cocaïne

Même si l'héroïne et sa substitution ont un certain nombre de conséquences sur la cavité buccale, la cocaïne est de loin la drogue dite « dure » qui affecte le plus les tissus buccaux (7).

a. Effets sur les tissus durs

❖ Risque carieux

Chez le cocaïnomane, le risque carieux est globalement augmenté et ce, en partie en raison du sucre utilisé comme produit de « coupe » de la cocaïne (39). Frieland et Gorelick décrivent dans leurs travaux sur les cocaïnomanes une incidence importante de dents cariées et absentes (13).



Figure n°17 : Cavité buccale d'un jeune cocaïnomane, avec de nombreuses caries. (7)

### ❖ Risque d'érosion

La consommation régulière de cocaïne a pour autre conséquence l'érosion dentaire (39). Dissoute dans la salive, la cocaïne diminue son pH (15) causant ainsi l'érosion des tissus dentaires (40). Les surfaces dentaires ont un aspect lisse et vernissé (15). Krutchkoff *et al* observent dans leur étude sur des consommateurs de cocaïne, une destruction de l'émail, qui est très fin ou absent, voire de la dentine. Ils décrivent des surfaces dentaires lisses et érodées (41).



*Figure n°18 :* Cas d'érosion cervicale chez un patient toxicomane. (7)

### ❖ Attrition et abrasion dentaire

La littérature décrit régulièrement des cas d'abrasion dentaire chez les cocaïnomanes. En effet, ces patients ont pour beaucoup l'habitude de se brosser vigoureusement les dents (7) (13). Une abrasion des régions cervicales des dents apparaît alors. A noter de façon anecdotique que ces lésions sont en général localisées du côté gauche quand le patient est droitier et vice-versa (16).

Des cas d'attrition dentaire chez les cocaïnomanes ont également été décrits. Par exemple, *Brand et al* décrivent dans leur article de 2008 une attrition des canines, des premières prémolaires et des incisives latérales maxillaires chez un consommateur régulier de cocaïne depuis 2 ans (15). D'autres auteurs décrivent également cette manifestation (14,42). Cette attrition est notamment due au bruxisme, autre complication fréquemment retrouvée chez les cocaïnomanes (7,13,15).



*Figure n°19 : Cavité buccale d'un patient cocaïnomane de 30 ans : attrition et caries. (Service d'Odontologie du CHU de Dijon)*



*Figure n°20 : Vue occlusale de l'arcade maxillaire d'un patient cocaïnomane de 30 ans : attrition et caries. (Service d'Odontologie du CHU de Dijon)*

*b. Effets sur les tissus mous*

Le brossage intempestif combiné à l'application locale sur la muqueuse buccale de cocaïne amène à des effets de type ulcérations gingivales chez le cocaïnomane. Les ulcérations gingivales chez les cocaïnomanes sont très souvent décrites dans la littérature (7, 20). Certains

auteurs comme Friedlander parlent même de lacérations gingivales (13). Beaucoup ont mis en relation ces lésions gingivales en relation avec l'application topique de cocaïne sur la gencive (17, 22, 23).

En 1997, Kapila et Kashani décrivent des récessions gingivales multiples d'évolution rapides combinées à une érosion dentaire chez un patient consommateur de cocaïne par application topique sur la muqueuse buccale (40). Ces auteurs parlent même d'inclure l'application locale de cocaïne dans le diagnostic différentiel des pathologies parodontales ulcéro-nécrotiques.



Figure n°21 : Ulcération gingivale suite à l'application topique de cocaïne. (17)

c. Autres effets notables

❖ Bruxisme et douleurs articulaires

Les cocaïnomanes développent généralement un bruxisme du fait de l'effet stimulant de la cocaïne. Par conséquent, ils sont nombreux à présenter des troubles voir des douleurs des articulations temporo-mandibulaires (13–15).

❖ Perforations palatines

En raison de son activité vasoconstrictrice, la cocaïne, si elle est « sniffée », induit une ischémie locale et peut aboutir à la nécrose du septum nasal puis des tissus alentours (palais

mou et palais dur) (7,14). La perforation du septum nasal est une complication rapportée chez plus de 5 % des « sniffeurs » de cocaïne. En 2008 et depuis 1989, au moins 45 cas de perforations oro-nasales induites par la cocaïne ont été rapportés dans la littérature (15). Ces perforations palatines touchent le plus souvent le palais dur et le palais mou. Les cas de perforation ne touchant que le palais mou sont extrêmement rares. En effet, dans l'étude de Ladner *et al* en 2004, sur 45 cas de perforations palatines dues à la consommation de cocaïne, seul 3 ne touchaient pas le palais dur (43).

Les conséquences de ces perforations palatines sont des problèmes d'articulation, une voix nasillarde, des difficultés d'élocution et par conséquent des difficultés de communication (14,15).



*Figure n°22 : Perforation palatine chez un cocaïnomanie. (14)*

Pour combler ces perforations, certains toxicomanes avec du chewing-gum, du coton ou de la mie de pain (15) ! Bien sûr, il existe en odontologie des techniques de prothèse maxillo-faciale permettant de combler en partie ces perforations par des obturateurs (14,15,42).



*Figure n°23 : Perforation palatine chez un patient ex-cocaïnomanes de 47 ans. (Service d'Odontologie du CHU de Dijon.)*

❖ Candidoses

Des cas de candidoses buccales chez les cocaïnomanes sont régulièrement décrits dans la littérature (8,14,15).

5. Résumé (tableau)

		<b>COCAÏNE</b>	<b>HEROÏNE</b>	<b>SUBSTITUTION</b>
<b>TISSUS DURS</b>	<i>Caries</i>	+	++	+++
	<i>Erosion</i>	+++	+	+
	<i>Abrasion/attrition</i>	+++	-	-
<b>TISSUS MOUS</b>	<i>Pathologies parodontales</i>	++	+++	++
	<i>Récessions / ulcerations</i>	+++	+	-
	<i>Candidoses</i>	+	+	+
<b>HYGIENE BUCCO-DENTAIRE</b>	<i>Absente ou mauvaise</i>	+++	+++	++
	<i>Plaque dentaire</i>	++	+++	++
<b>AUTRES</b>	<i>Xérostomie</i>	++	++	+++
	<i>Perforations naso-palatines</i>	+++	-	-
	<i>Bruxisme</i>	+++	+	-

Tableau n° 2 : Résumé des effets sur la cavité buccale de l'héroïne, de la cocaïne et des molécules de substitution.

#### **D. Prise en charge bucco-dentaire du patient toxicomane**

Pour prendre en charge les patients toxicomanes au cabinet dentaire, des précautions s'imposent même si la réalisation d'actes bucco-dentaires ne justifie pas d'imposer un sevrage total au patient (4).

Rappelons brièvement les risques potentiels à connaître pour la prise en charge du patient toxicomane en odontologie :

<b>Type de risque</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>	
<i>Infectieux</i>	✓		Altération possible de l'immunité
<i>Hémorragique</i>	✓		Rare En cas de thrombopénie et/ou risque de saignement chez le cocaïnomanes.
<i>Anesthésique</i>	✓		Précautions vis-à-vis des vasoconstricteurs Seuil de tolérance à la douleur diminué
<i>Médicamenteux</i>	✓		Risques d'interactions médicamenteuses
<i>Psychologique</i>	✓		Stress et angoisse Troubles du comportement Douleur
<i>Autres</i>	✓		Risque allergique chez les cocaïnomanes.

*Tableau n° 3 : Résumé des risques à connaître pour la prise en charge du patient toxicomane en odontologie.*

##### 1. Aspect psychologique de la prise en charge bucco-dentaire du patient toxicomane

Les patients toxicomanes sont généralement confrontés à plus de difficultés d'accès aux soins par rapport aux patients non-consommateurs (1,33). Si d'un côté, la peur et l'angoisse les freinent à consulter un chirurgien-dentiste, les praticiens eux-mêmes montrent parfois une réticence à soigner des patients consommateurs de substances psychoactives, voir refusent de les soigner (33).

Les toxicomanes présentent une anxiété exacerbée et une peur du chirurgien-dentiste (19). Cela implique une réalisation souvent complexe des soins bucco-dentaires chez ce type de

patients : les changements psycho-comportementaux dus à la prise de drogues affectent leur bon déroulement (10). Par conséquent, le chirurgien-dentiste se doit de traiter ces patients avec respect et sensibilité (28,44). La prise en charge doit être douce et sans jugements. Le praticien se comporte en tant que soignant et non en tant que citoyen, en restant objectif et neutre. Il est vivement conseillé de débiter la prise en charge par des soins de courte durée (7,44).

## 2. Précautions vis-à-vis du risque infectieux

Ayant pour certains un système immunitaire fragilisé voire infecté par des virus tels que le V.I.H., le V.H.B. ou le V.H.C., les patients toxicomanes présentent un risque accru d'infections. Cela impose au chirurgien-dentiste la réalisation d'une anamnèse précise et complète : il doit bien interroger le patient et surtout demander des tests ou des examens complémentaires en cas de doutes. De plus, le praticien doit absolument contacter le médecin traitant et/ou le(s) spécialiste(s), qui suiv(en)t le patient dépendant aux drogues (4,7,13).

En cas de chirurgie buccale ou d'acte dentaire invasif, chez les héroïnomanes en particulier, une antibioprofylaxie est indispensable pour éviter tout risque d'endocardite infectieuse (45), complication fréquemment rapportée chez ce type de patients. Si nécessaire une antibiothérapie doit également être mise en place en cas de risque infectieux établi ; chez des patients au stade S.I.D.A. de l'infection par le V.I.H. par exemple. Toute infection dentaire ou abcès sont à rechercher de manière systématique chez les patients toxicomanes et à éliminer au plus vite afin de limiter au maximum les portes d'entrée d'infections systémiques (28).

Enfin, pour éviter tout risque de contamination croisée entre le patient toxicomane soigné, les membres de l'équipe soignante et les patients suivants (toxicomanes ou non), Friedlander préconise le port de lunettes, masques et gants de protection par l'équipe soignante ainsi qu'une stérilisation adéquate des instruments (13).

## 3. Précautions vis-à-vis du risque hémorragique

Même s'il est relativement faible, le risque hémorragique chez le patient toxicomane existe, notamment chez le cocaïnomanes (14). Johnson a notamment décrit des difficultés

d'hémostase suite à l'avulsion de dents de sagesse chez plusieurs patients cocaïnomanes (26). La thrombopénie peut d'autant plus accentuer ce phénomène (27).

De plus, en cas d'hépatites virales, surtout avec le V.H.C., des risques d'anomalies de l'hémostase existent. En cas d'insuffisance hépatique secondaire, celle-ci aboutit inéluctablement à un déficit en facteur de coagulation. De même, si le patient est atteint du V.I.H., un risque de thrombopénie et d'hypo-coagulation existe.

Ainsi, le chirurgien-dentiste doit mettre en place les précautions nécessaires vis-à-vis du risque hémorragique : sutures hermétiques, compression, mise en place de matériaux hémostatiques locaux, etc. avant de réaliser le moindre acte sanglant, le praticien peut prescrire un bilan sanguin avec numération formule sanguine (N.F.S.), temps de saignement, taux de prothrombine et temps de céphaline activé. Il peut également, en accord avec le(s) médecin(s) traitant et / ou spécialiste(s) être amené à corriger l'hémostase. Si de nombreux actes sanglants sont prévus chez un patient toxicomane (toto-avulsions par exemple), ils peuvent s'envisager sous anesthésie générale pour avoir un meilleur plateau technique à disposition en cas de complications(4).

#### 4. Précautions vis-à-vis de la prise en charge de la douleur et de l'anesthésie

##### a. Douleur

Les patients toxicomanes possèdent un seuil de tolérance à la douleur diminué. Sous l'influence d'une douleur intense, l'anxiété peut être dramatiquement augmentée et rendre les soins impossibles (10). Cela nécessite de la part du praticien de bons rapports et une prise en charge douce et compréhensive de sa part (19). Le contrôle de la douleur est donc important chez les patients toxicomanes. En plus de l'aspect psychologique, leur douleur doit aussi être soulagée et prévenue de manière pharmacologique (44).

##### b. Anesthésie

Indispensable à la plupart des soins bucco-dentaires, l'anesthésie locale peut se révéler difficile chez des patients toxicomanes.

Tout d'abord, cela peut paraître paradoxale mais ces patients sont nombreux à présenter une peur des aiguilles (10). Dans une étude de 2005, Robinson *et al* recueillent les témoignages de patients toxicomanes sur le ressenti de consultations chez des dentistes. L'un d'eux déclare par exemple : « Horrible, horrible. I didn't like it, especially that big needle they put in your mouth. I hate it. » (34), ce qui traduit en français donne : « Horrible, horrible ! Je déteste ça, surtout cette grosse aiguille qu'ils nous mettent dans la bouche. ».

Les héroïnomanes montrent une réponse réduite aux anesthésiques locaux (sûrement en partie à cause de l'action pharmacologique des opioïdes ainsi que de la peur et de l'anxiété) (10). Cela explique donc un contrôle de la douleur plus difficile à obtenir chez ces patients.

Le chirurgien-dentiste doit également faire attention aux éventuelles complications suite à l'injection d'anesthésiques locaux chez un patient toxicomane (19).

En ce qui concerne l'anesthésie locale chez les cocaïnomanes, certains auteurs recommandent d'attendre au moins 6 heures après la dernière prise de cocaïne avant une anesthésie locale avec vasoconstricteurs chez le dentiste (13). Actuellement, le délai est allongé de préférence à 24 heures après la dernière prise (4). En effet, les vasoconstricteurs doivent être proscrits avant ce délai pour permettre une élimination de la drogue et de ses métabolites actifs, qui pourraient interagir avec les vasoconstricteurs (30). Il s'agit d'une recommandation de grade C. Déjà en 1988, Friedlander a recommandé le non-usage d'adrénaline chez le cocaïnomanes si la consommation n'était pas arrêtée à temps (13). Enfin, chez le cocaïnomanes en particulier, il est recommandé de ne pas utiliser d'anesthésiques locaux de la classe des esters afin d'éviter tout risque d'allergie. Il est préférable pour le chirurgien-dentiste d'utiliser des anesthésiques locaux de la classes des amides (7,13).

##### 5. Précautions vis-à-vis des interactions médicamenteuses

Le chirurgien-dentiste doit prendre en compte les interactions médicamenteuses éventuelles entre les substances psychoactives prises par le patient et les prescriptions courantes en odontologie.

a. Antibiotiques

Le praticien doit prendre en compte les autres maladies ou traitements du patient toxicomane mais aucune précaution particulière n'existe quant à la prescription d'antibiotiques chez le patient toxicomane.(4)

b. Antalgiques et anti-inflammatoires

❖ Antalgiques

Les morphiniques ou dérivés morphiniques (paliers II et III) sont contre-indiqués chez les patients sous substitution à la buprénorphine en raison de risques de diminution de l'effet antalgique, d'apparition d'un syndrome de sevrage et surtout de dépression respiratoire.

Le chirurgien-dentiste doit tenir compte des interactions médicamenteuses avec les fonctions rénales et hépatiques. En effet, il doit par exemple faire attention s'il prescrit du paracétamol, qui a une élimination hépatique, à un patient toxicomane souffrant d'hépatite virale et donc ayant une insuffisance hépatique potentielle.(4)

❖ Anti-inflammatoires

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont à éviter chez les patients toxicomanes. Les anti-inflammatoires stéroïdiens comme les corticoïdes sont à utiliser avec précautions chez les patients sous méthadone. (4)

c. Antifongiques

Tout comme avec les antibiotiques, il n'existe pas de précautions particulières quant à la prescription d'antifongiques chez les patients toxicomanes. (4)

### **III. MATERIEL ET METHODES**

## **A. Le questionnaire « patients »**

### **1. Les critères d'inclusion**

Dans la présente étude, nous nous sommes volontairement restreints à des patients consommateurs de substances psychoactives type cocaïne et héroïne ainsi qu'aux patients sous substitution.

Ainsi, les critères d'inclusion des patients dans l'étude sont les suivants :

- Consommation de cocaïne et/ou d'héroïne actuellement, avec dépendance ou consommation antérieure pendant au moins 5 ans (pouvant être combinées à d'autres substances psychoactives)
- Substitution suite à une consommation d'héroïne (consommation et substitution relevant d'une durée d'au moins 5 ans)
- Résidence en Alsace
- Accord du patient

### **2. Les critères d'exclusion**

Les critères d'exclusion des patients dans la présente étude sont les suivants :

- Consommation occasionnelle de cocaïne ou d'héroïne
- Consommation de substances psychoactives autres que la cocaïne et/ou l'héroïne
- Résidence hors de l'Alsace

### **3. Les modalités d'intégration des patients dans l'étude**

Les patients sont intégrés dans l'étude grâce à un cours entretien, permettant d'établir leur profil.

Cet entretien détermine les critères d'inclusion et est réalisé chez des patients suivis par des médecins généralistes en Alsace.

**GESTION DES SOINS BUCCO-DENTAIRES CHEZ LES PATIENTS**

**TOXICOMANES EN ALSACE**

**ENTRETIEN « PATIENTS »**

1. Consommation :
  - Quoi ?
  - Depuis combien de temps
  - Substitution ?
  
2. Consultez-vous un dentiste ?
  
3. Combien de temps avez-vous mis pour consulter un dentiste la première fois après avoir commencé la drogue ?
  
4. Combien de temps entre le premier rendez-vous et les suivants ?
  
5. Avez-vous des problèmes dentaires ? Si oui, lesquels ?
  
6. Votre hygiène bucco-dentaire ?
  
7. Une histoire particulière liée aux soins dentaires ?

#### 4. Les modalités de rencontres avec les patients toxicomanes

Les entretiens et questionnaires ont été menés de façon anonyme avec 30 patients rencontrés par l'intermédiaire de médecins intervenant en toxicomanie dans le cadre de consultations externes au sein de leur cabinet à Strasbourg et environ.

Chaque patient s'est vu présenter cette rencontre comme une entrevue ouverte aboutissant au remplissage du questionnaire. Sur les X patients rencontrés, tous ont donné leur accord pour répondre au questionnaire.

Nous avons volontairement choisi de ne pas laisser les patients remplir les questionnaires seuls mais de laisser un membre du corps médical (nous-même ou médecins) mener l'entretien. Cela afin de pouvoir répondre aux questions éventuelles des patients ou d'éclaircir certains points si besoin.

Ces entretiens ont été menés dans les cabinets de consultation des médecins par nous-même ou par une interne en médecine générale, Anne-Lise MULLER très intéressée par nos travaux.

#### 5. Structure du questionnaire

Pour en faciliter le remplissage, nous avons établi un questionnaire simple et auquel le sujet peut rapidement répondre. En effet, les patients étant en consultation chez leur médecin, nous ne souhaitons pas les accabler avec de longs entretiens.

Le questionnaire a été établi à partir des principaux problèmes de prise en charge bucco-dentaires chez les patients toxicomanes décrits dans la littérature.

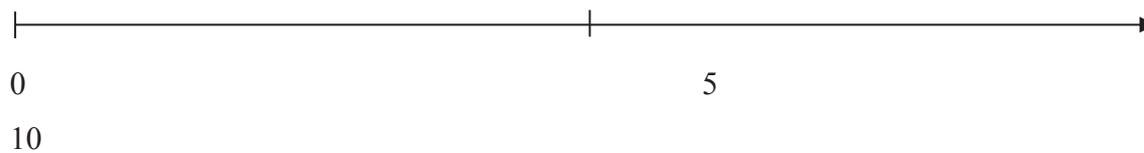
**GESTION DES SOINS BUCCO-DENTAIRES CHEZ LES PATIENTS**  
**TOXICOMANES EN ALSACE**

**QUESTIONNAIRE « PATIENTS »**

1. Quel est votre état dentaire ?

- Correct
- Soins en cours
- Délabré
- Ne sais pas

Comment le situeriez-vous sur une échelle de 1 à 10, 1 correspondant à un état dentaire délabré et 10 à un état dentaire optimal :



2. Vous consultez un dentiste :

- Jamais
- Seulement quand je n'ai pas le choix à cause de la douleur
- Chaque fois que c'est nécessaire à mon avis
- Au rythme proposé par le dentiste
- J'ai du mal mais je me force
- J'ai du mal et je fais trainer

3. Pourquoi consultez-vous un dentiste ?

- Douleurs
- Contrôle
- Soins dentaires (caries, détartrages...)
- Conseils

4. Avez-vous ressentie une réticence à vous soigner de la part du dentiste, en raison de votre dépendance ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

5. Votre dépendance vous pose-t'elle problème pour consulter un dentiste ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

6. Pour vous, l'hygiène dentaire est-elle importante ?

- Oui
- Non

7. Le dentiste vous a-t'il parlé de problèmes dentaires et/ou de précautions particulières en raison de votre consommation ?

- Oui
- Non

8. Avez-vous eu de la fièvre ou des problèmes de santé après être allé chez le dentiste ?

- Oui
- Non

9. En cas de douleur dentaire ou liée à un soin dentaire, le dentiste a-t'il pu la soulager ?

- Oui
- Non

10. Chez le dentiste, après une anesthésie (piqûre pour endormir une ou plusieurs dents), avez-vous eu mal ?

- Oui
- Non

Si oui, était-ce une douleur :

- Gênante et gérable
- Très gênante et gérable
- Ingérable

11. Le dentiste doit-il rajouter du produit anesthésiant plusieurs fois pour que vous n'ayez pas mal ?

- Oui
- Non

12. D'après-vous, les dentistes doivent-ils améliorer leur gestion des soins chez des patients dépendant aux drogues ?

- Oui
- Non

Si oui, comment ?

## **B. Le questionnaire « praticiens »**

### 1. Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des praticiens dans notre étude sont les suivants :

- Docteurs en Chirurgie Dentaire exerçant en Alsace
- Activité libérale ou salariée

### 2. Les critères d'exclusion

Ne sont pas inclus dans notre étude, les praticiens répondant aux critères d'exclusion suivants :

- Chirurgiens-Dentistes non thésés (non-inscrits au tableau de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes)
- Docteurs en chirurgie-dentaire exerçant hors de l'Alsace

### 3. Les modalités d'intégration des praticiens dans l'étude

Via le Conseil de l'Ordre Régional des Chirurgiens-Dentistes, nous avons pu obtenir la liste complète de l'ensemble des praticiens inscrits au tableau de l'ordre en Alsace.

Le questionnaire destiné aux praticiens a été rédigé et mis en ligne sur Internet. Pour faciliter sa diffusion nous avons décidé d'envoyer les questionnaires par e-mail au plus grand nombre de chirurgiens-dentistes alsaciens possibles. Les questionnaires remplis sont automatiquement renvoyés sur la plateforme Google Drive choisie pour le traitement des données. Ainsi, avec cette plate-forme les réponses se font de manière anonyme sans que nous sachions qui a répondu quoi.

Le Conseil Départemental de l'Ordre du Haut-Rhin a accepté d'envoyer notre questionnaire à 60 chirurgiens-dentistes haut-rhinois.

Via le laboratoire Gold®, nous avons pu envoyer notre questionnaire à 800 Docteurs en Chirurgie dentaire alsaciens.

Grâce à notre réseau de connaissance, notre questionnaire a pu être distribué à 12 chirurgiens-dentistes alsaciens.

Au total, 872 chirurgiens-dentistes ont pu être interrogés.

#### 4. Structure du questionnaire

<p style="text-align: center;"><b><u>GESTION DES SOINS BUCCO DENTAIRES CHEZ LES PATIENTS</u></b> <b><u>TOXICOMANES EN ALSACE</u></b></p>
--

#### **QUESTIONNAIRE « PRATICIENS »**

1. Avez-vous déjà pris en charge des patients toxicomanes et/ou sous substitution depuis 5 ans ?

- Oui
- Non

2. Avez-vous rencontré des difficultés lors de la prise en charge de tels patients ?

- Oui
- Non

Si oui, en quoi consistaient ces difficultés (plusieurs réponses possibles) :

- Problème de gestion de la douleur
- Problème de gestion des risques liés à la toxicomanie (risques hémorragique, infectieux...)
- Problème de communication avec le patient
- Autre(s) : ...

3. Connaissez-vous les effets des drogues (héroïne et cocaïne) ainsi que des molécules de substitution sur les structures de la cavité buccale ?

- Oui
- Non

4. Adaptez-vous votre prise en charge et votre gestion des soins bucco-dentaires chez de tels patients ?

- Oui
- Non

Si oui, à quel niveau (plusieurs réponses possibles) ?

- Anesthésie
- Gestion de la douleur
- Gestion des risques infectieux et hémorragique
- Gestion des soins selon le statut sérologique du patient
- Durée des soins bucco-dentaires
- Aspect psychologique et communication
- Prévention
- Autre (s) : ...

5. Savez-vous que les patients toxicomanes constituent un groupe de patients à risque infectieux accru ?

- Oui
- Non

6. Savez-vous que les patients toxicomanes constituent un groupe de patients à risque hémorragique accru ?

- Oui
- Non

7. Selon vous, la séropositivité (VIH, VHC, VHB) de certains patients toxicomanes entrave-t-elle la réalisation des soins bucco-dentaires ?

- Oui
- Non

8. Pensez-vous qu'il faille améliorer la gestion des soins bucco-dentaire chez ces patients ?

Oui

Non

Si oui, en quoi ?

.....

9. Réussissez-vous à suivre à long terme de tels patients ?

Oui

Non

### **C. Les objectifs recherchés**

Ce travail a pour but premier d'établir un état des lieux de la gestion des soins bucco-dentaires en Alsace chez des patients toxicomanes, du point de vue des patients eux-mêmes mais aussi des praticiens.

D'autre part, de par notre étude, nous souhaitons retenir l'expérience du monde médico-dentaire de ces patients ainsi que leur avis concernant celui-ci.

Cette étude a également pour vocation de connaître les connaissances des praticiens alsaciens sur la prise en charge de patients toxicomanes mais aussi leur avis sur la manière de l'améliorer.

A long terme, un tel travail permettrait de définir comment améliorer la prise en charge des patients toxicomanes.

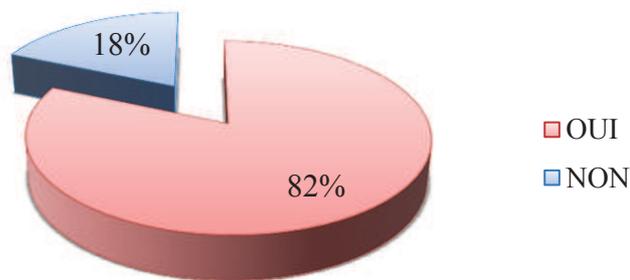
## **IV. LES RESULTATS**

## **A. Résultats des réponses au questionnaire praticiens**

Sur les huit-cent soixante-douze chirurgiens-dentistes alsaciens interrogés du 5 décembre 2013 au 5 décembre 2014, soixante-cinq ont répondu à notre questionnaire.

Voici le résumé de l'ensemble de leur réponse, question par question.

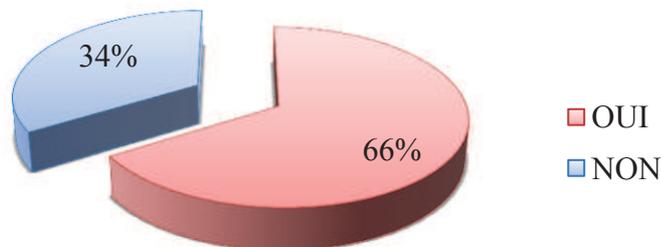
### **1. Avez-vous déjà pris en charge des patients toxicomanes et/ou sous substitution depuis au moins 5 ans ?**



*Figure n°24* : Graphique numéro 1.

- 53 praticiens ont déjà pris en charge de tels patients.
- 12 praticiens n'ont jamais pris en charge de tels patients.

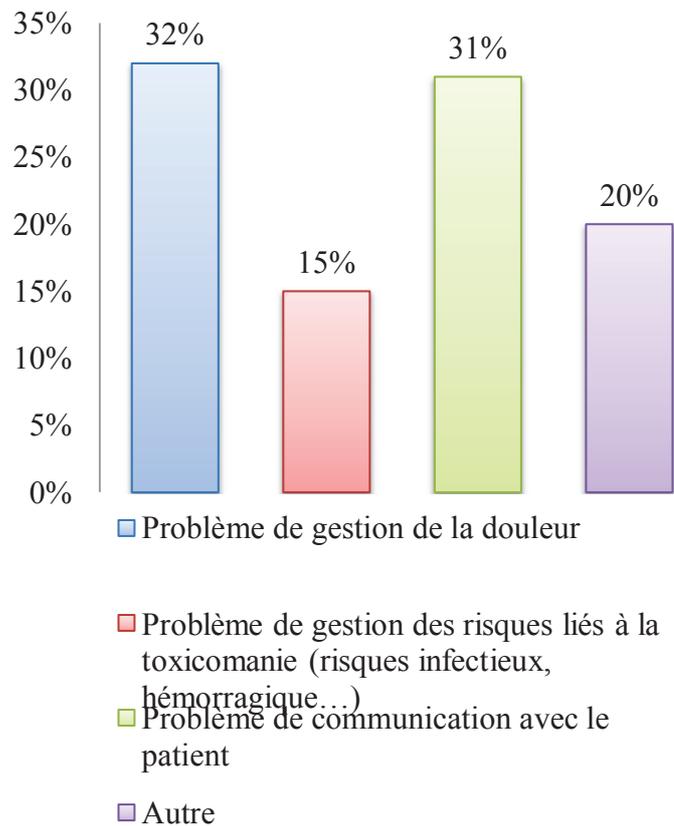
### **2. Avez-vous rencontré des difficultés lors de la prise en charge de tels patients ?**



*Figure n°25* : Graphique numéro 2.

- 43 praticiens ont rencontrés des difficultés lors de la prise en charge de patients toxicomanes.
- 22 praticiens n'ont pas rencontrés de difficultés.

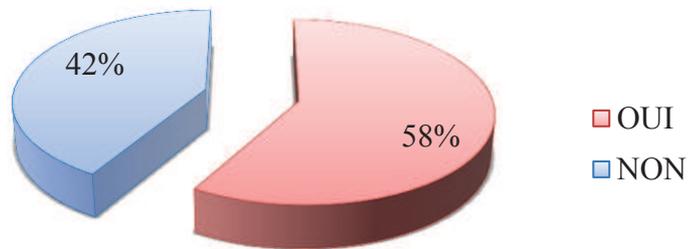
**Si oui, en quoi consistaient ces difficultés (plusieurs réponses possibles) ?**



*Figure n°26* : Graphique numéro 3.

- Pour 21 praticiens, une des difficultés de prise en charge de patients toxicomanes consiste en un problème de gestion de la douleur.
- Pour 10 praticiens, une des difficultés de prise en charge de patients toxicomanes consiste en un problème de gestion des risques liés à la toxicomanie.
- Pour 20 praticiens, une des difficultés de prise en charge de patients toxicomanes consiste en un problème de communication.
- Pour 13 praticiens, ce sont d'autres difficultés de prise en charge qui posent problèmes.

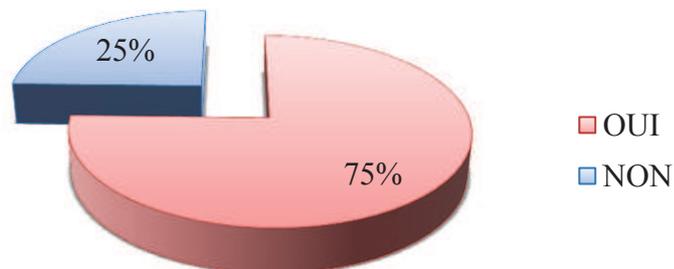
3. Connaissez-vous les effets des drogues (héroïne et cocaïne) ainsi que des molécules de substitution sur les structures de la cavité buccale ?



*Figure n°27* : Graphique numéro 4.

- 38 praticiens déclarent connaître les effets des drogues et des molécules de substitution sur les structures de la cavité buccale.
- 27 praticiens déclarent ne pas connaître les effets des drogues et des molécules de substitution sur les structures de la cavité buccale.

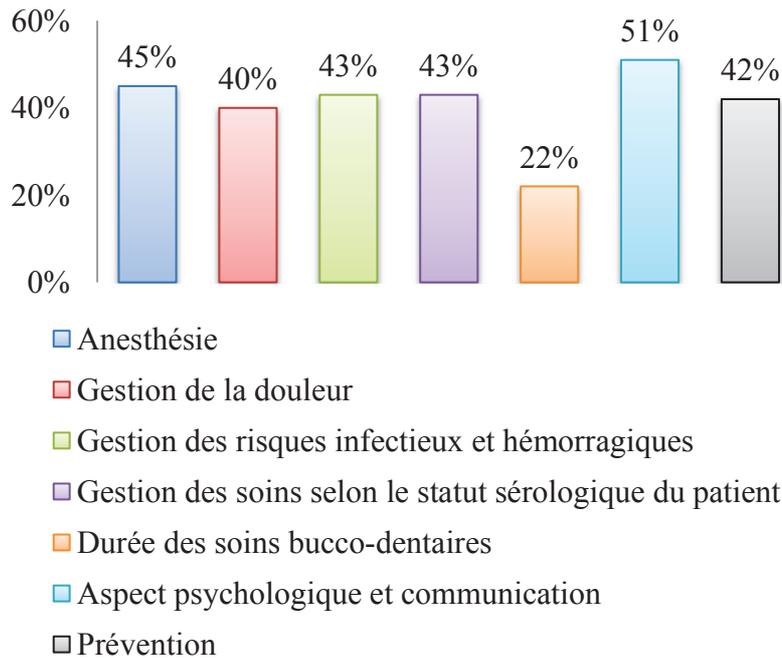
4. Adaptez-vous votre prise en charge et votre gestion des soins bucco-dentaires chez de tels patients ?



*Figure n°28* : Graphique numéro 5.

- 49 praticiens déclarent adapter leur prise en charge et leur gestion des soins bucco-dentaires face à des patients toxicomanes.
- 16 praticiens déclarent ne pas adapter leur prise en charge et leur gestion des soins bucco-dentaires face à des patients toxicomanes.

**Si oui, à quel niveau (plusieurs réponses possibles) ?**

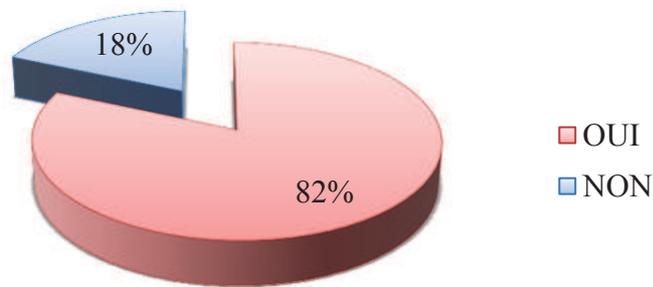


*Figure n°29* : Graphique numéro 6.

- 29 praticiens adaptent leur prise en charge de patients toxicomanes au niveau de l'anesthésie.
- 26 praticiens adaptent leur prise en charge de patients toxicomanes au niveau de la gestion de la douleur.
- 28 praticiens adaptent leur prise en charge de patients toxicomanes au niveau de la gestion des risques infectieux et hémorragiques.
- 28 praticiens adaptent leur prise en charge de patients toxicomanes en fonction du statut sérologique du patient.
- 14 praticiens adaptent leur prise en charge de patients toxicomanes au niveau de la durée des soins bucco-dentaires.

- 33 praticiens adaptent leur prise en charge de patients toxicomanes au niveau de l'aspect psychologique et relationnel.
- 27 praticiens adaptent leur prise en charge de patients toxicomanes au niveau de la prévention.

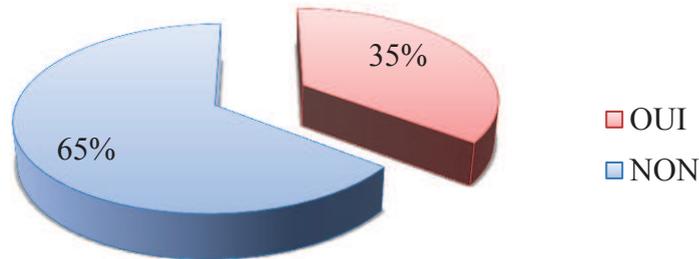
5. **Savez-vous que les patients toxicomanes constituent un groupe de patients à risque infectieux accru ?**



*Figure n°30* : Graphique numéro 7.

- 53 praticiens déclarent savoir que les patients toxicomanes constituent un groupe de patients à risque infectieux accru.
- 12 praticiens déclarent ne pas savoir que les patients toxicomanes constituent un groupe de patients à risque infectieux accru.

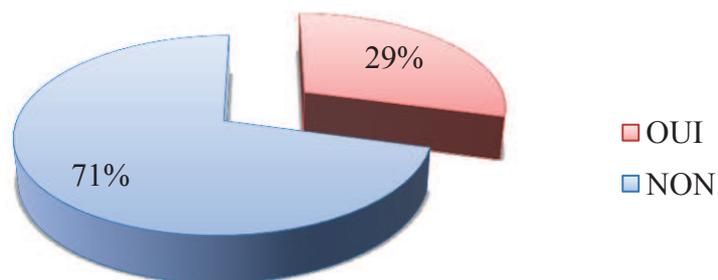
6. **Savez-vous que les patients toxicomanes constituent un groupe de patients à risque hémorragique accru ?**



*Figure n°31* : Graphique numéro 8.

- 23 praticiens déclarent savoir que les patients toxicomanes constituent un groupe de patients à risque hémorragique accru.
- 42 praticiens déclarent ne pas savoir que les patients toxicomanes constituent un groupe de patients à risque hémorragique accru.

7. **Selon vous, la séropositivité (VIH, VHC, VHB) de certains patients toxicomanes entrave-t-elle la réalisation des soins bucco-dentaires ?**

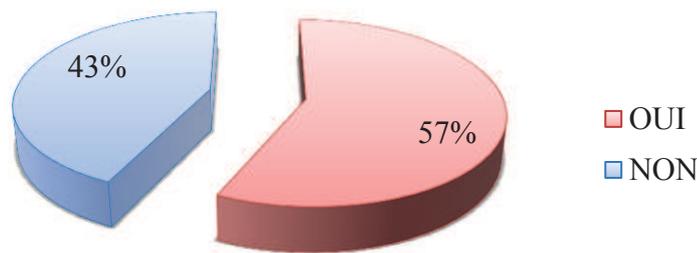


*Figure n°32* : Graphique numéro 9.

- Selon 19 praticiens, la séropositivité de certains patients toxicomanes entrave la réalisation des soins bucco-dentaires.

- Selon 46 praticiens, la séroposivité de certains patients toxicomanes n'entrave pas la réalisation des soins bucco-dentaires.

**8. Pensez-vous qu'il faille améliorer la gestion des soins bucco-dentaire chez ces patients ?**



*Figure n°33 : Graphique numéro 10.*

- 37 praticiens estiment qu'il faut améliorer la gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes.
- 28 praticiens estiment qu'il n'est pas nécessaire d'améliorer la gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes.

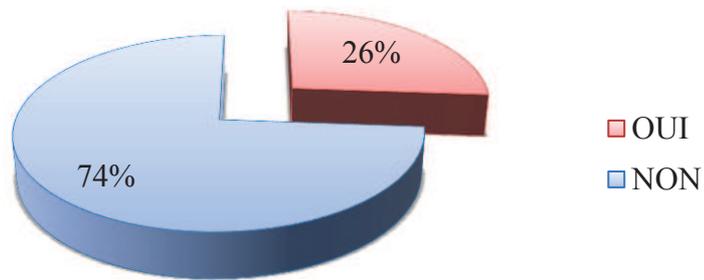
**Si oui, en quoi ?**

Parmi les 37 praticiens qui estiment qu'une amélioration de la gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes est nécessaire, voici comment d'après eux, cela pourrait se faire :

- Prévention des risques de pathologies bucco-dentaires liées à la prise de drogues
- Plus de temps au fauteuil
- Mieux former les dentistes à la prise en charge de tels patients.
- Arrêter les préjugés sur les patients consommateurs de drogues.
- Faire plus de prévention bucco-dentaire.

- Laisser parler les patients et les écouter pour qu'ils fassent déclaration de leur état par leur propre soin.
- Apporter plus d'informations sur ce sujet aux praticiens et informer les patients des risques bucco-dentaires liés à la prise de drogues.
- Prévention.
- Information et prévention.
- Suivi et prévention.
- Réagir d'avantage devant des cas de polycaries : le dentiste pourrait déceler une addiction et orienter le patient !
- Problème d'efficacité des anesthésiques locaux.
- Motivation à l'hygiène.
- Suivi.
- Rendez-vous systématique chez le dentiste lors de la mise en place d'un traitement par substitution.
- Prévention.
- Formation professionnelle des praticiens.
- Prise en charge à 100% des soins chez les patients toxicomanes suivis.
- Prévention.
- Gestion du stress avant et pendant les soins.
- Bilans bucco-dentaires plus réguliers.
- Plus de temps au fauteuil.
- Formation des dentistes.
- Collaboration avec le médecin traitant du patient.
- Prise en charge précoce.
- Suivi aléatoire : trouver la motivation (à la fois du patient mais aussi du praticien pour traiter de tels patients !).
- Soigner ces patients au même titre que d'autres classes de population.
- Sensibiliser les patients aux risques de la toxicomanie.
- Prévention et motivation.
- Prise en charge plus précoce et établir des traitements plus radicaux.

9. Réussissez-vous à suivre à long terme de tels patients ?



*Figure n°34* : Graphique numéro 11.

- 17 praticiens arrivent à suivre à long terme des patients toxicomanes.
- 48 praticiens n'arrivent pas à suivre à long terme des patients toxicomanes.

## **B. Résultats des réponses aux entretiens avec les patients toxicomanes**

Les entretiens avec les patients nous ont permis d'inclure ou non les patients dans notre étude. Voici les résultats de ces entretiens, brièvement résumés.

32 patients ont été interrogés.

### **1. Consommation : quelle(s) drogue(s) est/sont ou ont été consommée(s) ?**

- 27 d'entre eux consomment ou ont consommé de l'héroïne.
- 22 d'entre eux consomment ou ont consommé de la cocaïne.
- 21 consomment ou ont consommé de la cocaïne et de l'héroïne.
- 10 patients prennent en plus de la cocaïne, de l'héroïne ou des deux combinées, d'autres substances psychoactives (cannabis, LSD, amphétamines, champignons...).
- 2 patients interrogés ne prennent ou n'ont pris que des substances de type LSD ou amphétamines, mais pas de cocaïne ou d'héroïne. Ils ont donc été exclus de l'étude.

### **2. Consommation : depuis combien de temps ou pendant combien de temps ?**

- Sur l'ensemble des patients interrogés, la durée de consommation varie de 5 ans à une trentaine d'années.

### **3. Substitution ? si oui, depuis combien de temps ?**

- 28 patients interrogés sont sous substitution, depuis un an jusqu'à plus de quinze ans pour l'un d'eux.

### **4. Consultez-vous un dentiste ?**

- 17 patients consultent un dentiste, soit un peu plus de la moitié.

**5. Combien de temps avez-vous mis pour consulter un dentiste la première fois après avoir commencé la drogue ?**

- Certains ont mis quelques mois à consulter un dentiste à partir du moment où ils ont commencé la drogue. Pour d'autres, cela s'est fait après des années seulement (7 ans pour l'un d'entre eux). Enfin, d'autres n'ont jamais consulté à partir du moment où ils ont débuté leur consommation.
- Trois patients ne se souviennent plus combien de temps s'est écoulé entre le début de leur consommation et leur premier rendez-vous chez le dentiste.

**6. Combien de temps entre le premier rendez-vous chez le dentiste et les suivants ?**

- Pour les patients ayant consulté un dentiste, la durée entre leur premier rendez-vous et les suivants varie d'une à deux semaines jusqu'à 2 ans.
- Certains n'y sont jamais retournés.

**7. Avez-vous des problèmes dentaires ? Si oui, lesquels ?**

- Tous ont eu des problèmes dentaires. Vingt-neuf d'entre eux en souffrent actuellement et neuf ont pu terminer leurs soins.
- Les problèmes bucco-dentaires cités par les patients toxicomanes sont globalement les mêmes pour tous : caries, abcès, fractures dentaires spontanées, effritement des dents et déchaussement de la gencive.

**8. Votre hygiène bucco-dentaire, qu'en pensez-vous ?**

- Concernant le brossage :
  - 9 patients déclarent se brosser les dents une fois par jour.
  - 13 patients déclarent se brosser les dents deux fois par jour.
  - 6 patients déclarent se brosser les dents moins d'une fois par jour ou pas du tout.
  - 2 patients n'ont plus de dents.

- Concernant les mesures d'hygiène complémentaires (bain de bouche, fil dentaire...) : 10 patients déclarent en faire usage.
- Un patient déclare avoir actuellement une bonne hygiène bucco-dentaire mais avoue que lorsqu'il n'était pas sous substitution, ce n'était pas le cas.

### **9. Une histoire particulière liée aux soins dentaires ?**

- Plus de la moitié des patients rapportent des extractions dentaires.
- La plupart des patients ont eu au moins une fois un détartrage ou des soins conservateurs.
- Concernant le remplacement des dents manquantes :
  - 3 patients ont parlé de leur prothèse partielle.
  - 5 patients déclarent avoir eu des bridges, des pivots ou des fausses dents fixes.
  - 2 patients ont parlé de leurs prothèses amovibles complètes. L'un des deux ne les porte plus car elles lui blessent la gencive.
- 1 patient parle du choc qu'il a eu en découvrant qu'il avait un « trou » au palais.

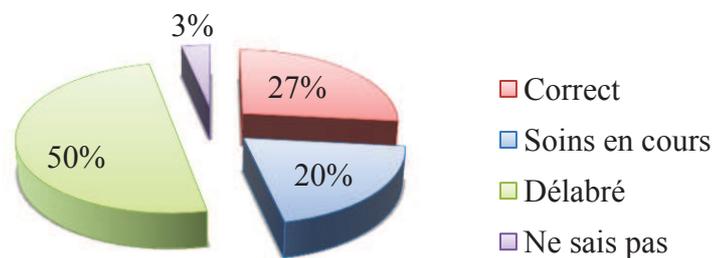
### C. Résultats des réponses aux questionnaires patients toxicomanes

Du 5 décembre 2013 au 31 octobre 2014, trente-deux patients ont été rencontrés par l'intermédiaire du Dr Claude BRONNER. Les entretiens ont été menés par mes soins pour six d'entre eux. Anne-Lise MULLER, interne de médecine générale, travaillant dans le cabinet du Dr Claude Bronner, a mené les vingt-six autres entretiens. Nous nous sommes au préalable mis d'accord toutes les deux sur la manière de mener ces entretiens.

Deux patients ont été exclus de l'étude en raison de leurs habitudes de consommation, comme mentionné auparavant dans les résultats des entretiens. Par conséquent, le questionnaire a été mené chez les trente patients répondant aux critères d'inclusion.

Voici le résumé de l'ensemble des réponses aux trente questionnaires, question par question.

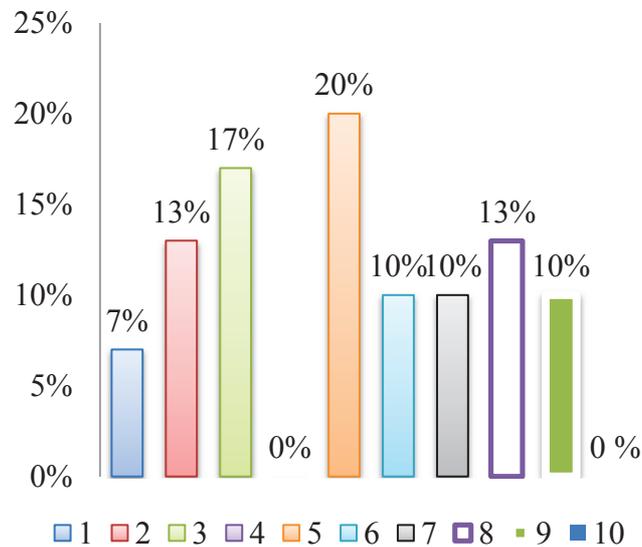
#### 1. Quel est votre état dentaire ?



*Figure n°35* : Graphique numéro 12.

- 8 patients estiment leur état dentaire correct.
- 6 patients estiment que les soins dentaires sont en cours.
- 15 patients estiment leur état dentaire délabré.
- 1 patient ne connaît pas son état dentaire correct.

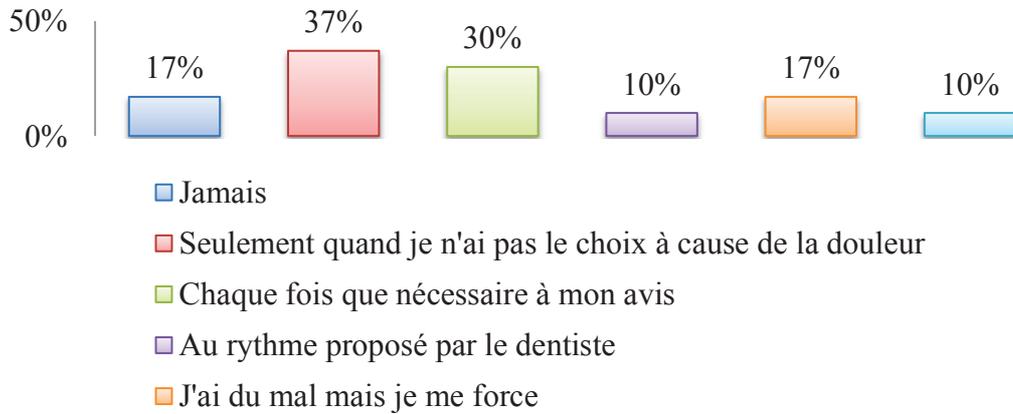
**Comment le situeriez-vous sur une échelle de 1 à 10, 1 correspondant à un état dentaire délabré et 10 à un état dentaire optimal ?**



*Figure n°36* : Graphique numéro 13.

- 2 patients estiment leur état dentaire au niveau 1.
- 4 patients estiment leur état dentaire au niveau 2.
- 5 patients estiment leur état dentaire au niveau 3.
- Aucun patient n'estime son état dentaire au niveau 4.
- 6 patients estiment leur état dentaire au niveau 5.
- 3 patients estiment leur état dentaire au niveau 6.
- 3 patients estiment leur état dentaire au niveau 7.
- 4 patients estiment leur état dentaire au niveau 8.
- 3 patients estiment leur état dentaire au niveau 9.
- Aucun patient n'estime son état dentaire au niveau 10.

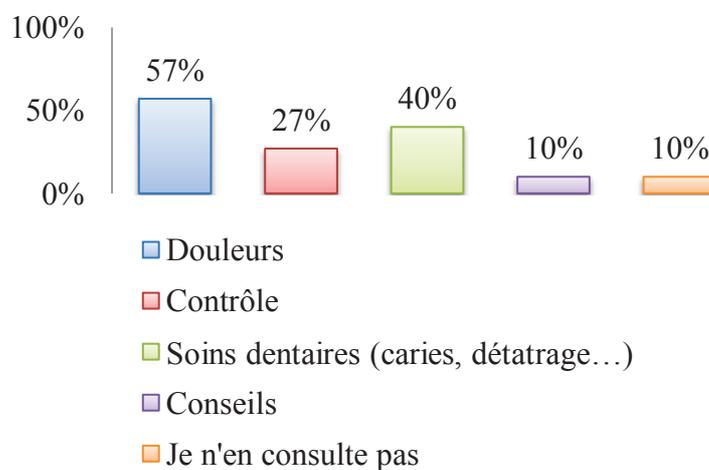
## 2. Vous consultez un dentiste :



*Figure n°37* : Graphique numéro 14.

- 5 patients ne consultent jamais de dentiste.
- 11 patients consultent un dentiste uniquement en cas de douleur.
- 9 patients consultent un dentiste chaque fois que nécessaire selon eux.
- 3 patients consultent un dentiste au rythme proposé par ce dernier.
- 5 patients ont du mal à consulter un dentiste mais se forcent.
- 3 patients ont du mal à consulter un dentiste et font trainer.

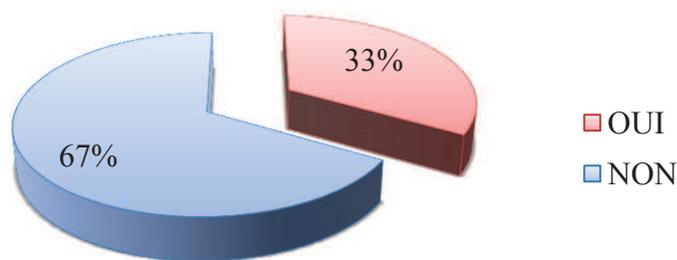
## 3. Pourquoi consultez-vous un dentiste ?



*Figure n°38* : Graphique numéro 15.

- 17 patients consultent un dentiste pour des douleurs.
- 8 patients consultent un dentiste pour des contrôles.
- 12 patients consultent un dentiste pour des soins.
- 3 patients consultent un dentiste pour des conseils.
- 3 patients ne consultent pas de dentiste.

4. **Avez-vous ressenti une réticence à vous soigner de la part du dentiste, en raison de votre dépendance ?**



*Figure n°39 : Graphique numéro 16.*

- 10 patients ont ressenti une réticence à les soigner de la part d'un dentiste.
- 20 patients n'ont ressenti aucune réticence à les soigner de la part d'un dentiste.

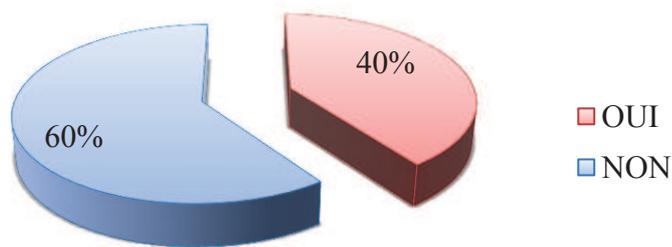
**Si oui, pourquoi ?**

Parmi les 10 patients ayant ressenti une réticence à les soigner de la part d'un dentiste, en voici les raisons d'après eux :

- « *Comme si le dentiste avait peur de moi* »
- « *A cause de mon niveau social : pour lui, toxicomanes voulait dire qui n'a pas d'argent donc la CMU.* »
- « *A priori par rapport à la dépendance.* »

- « *Le dentiste n'a pas effectué les soins car selon lui c'était non adapté au traitement substitutif.* »
- « *A priori sur les infections : il était sûr que j'avais le SIDA car je suis toxicomane.* »
- « *Gêne du dentiste.* »
- « *Peur !* »
- « *A priori de la part du dentiste, comme s'il me jugeait : " tu consommes c'est pas bien alors je ne sais pas si je vais te soigner !"* »
- « *Peur des infections par VIH et VHC.* »
- « *A priori de la part du dentiste (même basé uniquement sur mon habillement) !* »

##### 5. Votre dépendance vous pose-t 'elle problème pour consulter un dentiste ?



*Figure n°40 : Graphique numéro 17.*

- Pour 12 patients, leur dépendance leur pose problème pour consulter un dentiste.
- Pour 18 patients, leur dépendance ne leur pose pas problème pour consulter un dentiste.

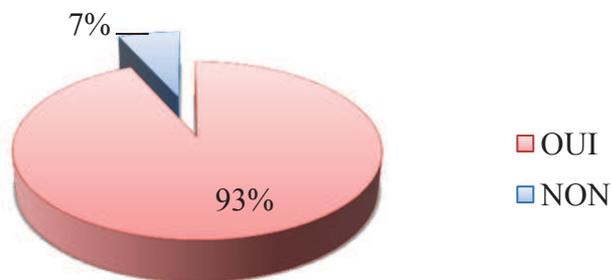
##### Si oui, pourquoi ?

Parmi les 12 patients à qui leur dépendance pose problème pour consulter un dentiste, en voici les raisons :

- « *Je n'y pensais même pas !* »
- « *Manque de temps.* »

- « *Je n'aime pas qu'on travaille dans ma bouche. »*
- « *J'ai moi-même eu des à priori sur ce que le dentiste allait penser de moi, ça me faisait peur. J'avais honte aussi. »*
- « *Honte ! »*
- « *Manque de temps : la dépendance occupe tout mon temps. »*
- « *Pas de prise en charge (sécurité sociale et mutuelle). Honte ! »*
- « *Peur et angoisse liées à la toxicomanie. »*
- « *Quand je suis en manque, je fais la course aux produits donc je ne vais pas aux rendez-vous... »*
- « *Honte d'y aller. »*
- « *Peur d'être jugé. »*
- « *Je suis gêné et embêté car je ne facilite pas le travail du dentiste : c'est plus dur de soigner quelqu'un comme moi. »*

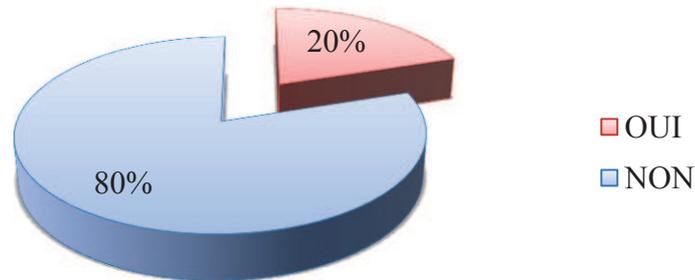
#### 6. Pour vous, l'hygiène dentaire est-elle importante ?



*Figure n°41* : Graphique numéro 18.

- Pour 28 patients, l'hygiène dentaire est importante.
- Pour 2 patients, l'hygiène dentaire n'est pas importante.

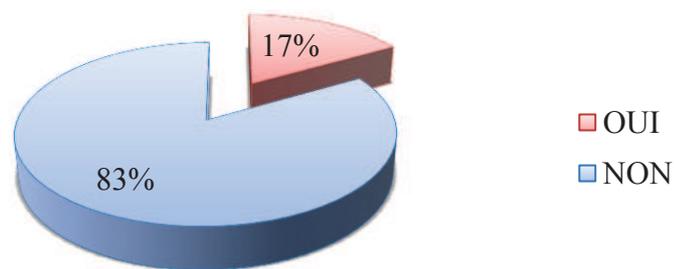
7. **Le dentiste vous a-t'il parlé de problèmes dentaires et/ou de précautions particulières en raison de votre consommation ?**



*Figure n°42 : Graphique numéro 19.*

- 6 patients déclarent que leurs dentistes leur ont parlé des problèmes dentaires et/ou des précautions particulières à prendre en cas de toxicomanie.
- 24 patients déclarent que leurs dentistes ne leur ont pas parlé des problèmes dentaires et/ou des précautions particulières à prendre en cas de toxicomanie.

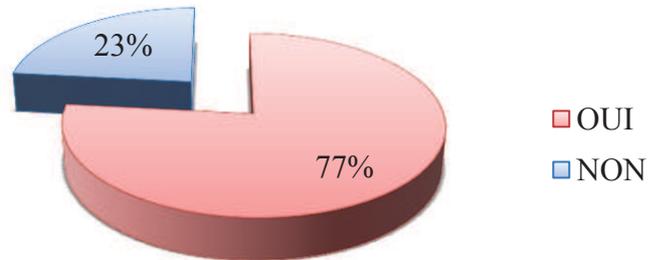
8. **Avez-vous eu de la fièvre ou des problèmes de santé après être allé chez le dentiste ?**



*Figure n°43 : Graphique numéro 20.*

- 5 patients ont eu de la fièvre ou des problèmes de santé après être allé chez le dentiste.
- 28 patients n'ont pas eu de fièvre ou de problèmes de santé après être allé chez le dentiste.

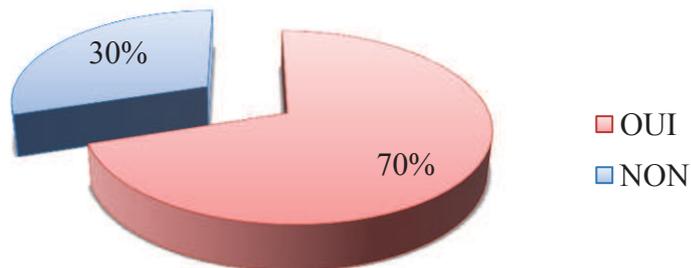
9. **En cas de douleur dentaire ou liée à un soin dentaire, le dentiste a-t'il pu la soulager ?**



*Figure n°44 : Graphique numéro 21.*

- Pour 23 patients, le dentiste a pu soulager leur douleur.
- Pour 7 patients, le dentiste n'a pas pu soulager leur douleur.

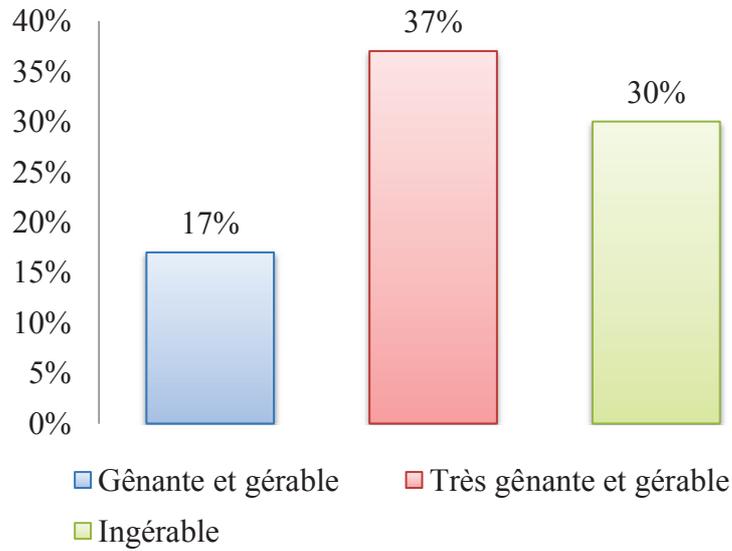
10. **Chez le dentiste, après une anesthésie (piqûre pour endormir une ou plusieurs dents), avez-vous eu mal ?**



*Figure n°45 : Graphique numéro 22.*

- 21 patients ont encore eu mal après une anesthésie locale.
- 9 patients n'ont plus eu mal après une anesthésie locale.

**Si oui, était-ce une douleur :**

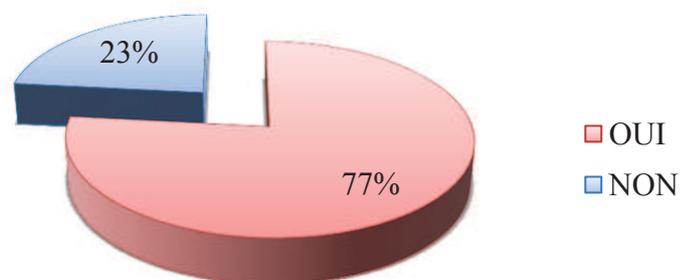


*Figure n°46 : Graphique numéro 23.*

Pour les 21 patients qui ont encore eu mal lors des soins après une anesthésie, cette douleur était :

- Gênante et gérable pour 8 d'entre eux
- Très gênante et gérable pour 3 d'entre eux
- Ingérable pour 10 d'entre eux.

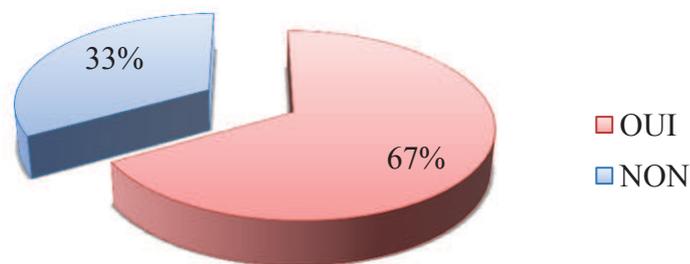
**11. Le dentiste doit-il rajouter du produit anesthésiant plusieurs fois pour que vous n'avez pas mal ?**



*Figure n°47 : Graphique numéro 24.*

- Pour 23 patients, leurs dentistes doivent rajouter du produit anesthésiant plusieurs fois pour qu'ils n'aient pas mal.
- Pour 7 patients, leurs dentistes n'ont pas besoin de rajouter du produit anesthésiant plusieurs fois pour qu'ils n'aient pas mal.

**12. D'après-vous, les dentistes doivent-ils améliorer leur gestion des soins chez des patients dépendant aux drogues ?**



*Figure n°48 : Graphique numéro 25.*

- 20 patients estiment que les dentistes doivent améliorer leur gestion des soins chez les patients toxicomanes.
- 10 patients estiment que les dentistes ne doivent pas changer leur gestion des soins chez les patients toxicomanes.

**Si oui, comment ?**

Voici les idées des vingt patients estimant que la gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes doit être améliorée :

- « *Etre plus prudent avec les patients toxicomanes (pour gérer la douleur et surtout pour gérer le stress).* »
- « *Etre plus à l'écoute et plus compréhensif.* »

- *« Expliquer quels problèmes dentaires les drogues peuvent entraîner et comment les prévenir. »*
- *« Abord relationnel : se montrer moins juge et moralisateur. »*
- *« Gestion de la douleur. »*
- *« Problèmes de coût. »*
- *« Réaliser un meilleur suivi (mais compliance des patients peut être parfois difficile je l'admets). Faire moins de soins "bâclés". »*
- *« Faire passer le côté humain avant tout ! Ne pas refuser les patients toxicomanes avec de petits moyens financiers : faire le strict nécessaire et essayer de les orienter vers une structure de prise en charge (ils reviendront pour continuer les soins quand ils auront moins de problèmes et plus de sous). »*
- *« Certains dentistes devraient améliorer leur prise en charge ! »*
- *« Faire des efforts pour accepter les patients en situation sociale précaire (certains dentistes n'acceptent pas du tout les CMU). »*
- *« Donner des conseils et des informations sur les risques dentaires de la consommation de drogues. »*
- *« Essayer de plus faire parler les patients car un toxicomane parle rarement de sa dépendance tout de suite. »*
- *« Avoir moins d'a priori. »*
- *« Les dentistes doivent être plus sensibilisés aux problèmes de drogues et doivent surtout plus sensibiliser les patients toxicomanes. Expliquer aux patients que les problèmes de drogues entraînent de gros problèmes dentaires. »*
- *« Mieux gérer la douleur : les patients dépendants sont beaucoup plus tolérants aux produits antalgiques. »*
- *« Prévention et soins adaptés ! »*
- *« Travailler au cas par cas : chacun de nous, toxicos, sommes différents ! Avoir moins de jugement et d'à priori. »*
- *« Améliorer la gestion de la douleur. »*
- *« Avoir beaucoup moins d'a priori sur ces types de patients. »*
- *« Connaitre les interactions entre les traitements/produits utilisés par les dentistes et les produits consommés. »*
- *« Amélioration des connaissances sur la toxicomanie : les dentistes n'en savent pas beaucoup ! »*

## V. DISCUSSION

## **A. Critiques**

Au vu du petit nombre de chirurgiens-dentistes alsaciens, soixante-cinq sur huit-cent-soixante-douze, ayant participé à notre étude, nous pouvons tout d'abord signaler le manque de puissance de celle-ci. Ce nombre dérisoire de réponses peut également montrer le peu d'intérêt que les praticiens portent à la prise en charge de patients toxicomanes.

En revanche, les patients toxicomanes interrogés se sont montrés pour la plupart très enthousiastes pour participer à cette étude.

De plus, il faut souligner que notre étude reste une étude descriptive, donc manquant de précision.

## **B. Discussion des résultats avec les données de la littérature**

Dix patients inclus dans notre étude, soit 33 %, ont ressenti une réticence à les soigner de la part de leur dentiste en raison de leur dépendance. Dans son étude de 2001, Sheridan décrit également des cas de refus ou de réticence à prendre en charge des patients toxicomanes par des dentistes anglais (1). De même, Sheedy évoque dans sa publication de 1996 des cas de refus de soins chez des patients sous substitution ou toxicomanes, par des dentistes, ainsi que des difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires en général pour ce type de patient (33).

De plus, les chirurgiens-dentistes alsaciens ne semblent pas porter beaucoup d'attention à la prise en charge de tels patients. En effet, ils sont peu nombreux à avoir participé à notre étude et parmi les soixante-cinq praticiens ayant répondu, 18 % n'ont jamais pris en charge de patients toxicomanes depuis au moins 5 ans. En outre, seul 26 % des dentistes inclus dans notre étude réussissent à suivre des patients toxicodépendants à long terme.

Selon Bullock, un chirurgien-dentiste devrait être capable de reconnaître les effets de certaines substances psychoactives sur la cavité buccale, voir même de détecter une dépendance aux drogues grâce à cela (44).

Nous pouvons alors supposer que le manque de connaissances au sujet de la toxicomanie peut constituer un frein à la prise en charge de patients dépendants aux drogues par les dentistes alsaciens. Ainsi, seul un peu plus de la moitié des chirurgiens-dentistes interrogés (58 %),

déclarent connaître les effets de la cocaïne, de l'héroïne et des molécules de substitution sur les structures de la cavité buccale.

Dans notre étude, d'autres lacunes de connaissances au sujet de la prise en charge de patients toxicomanes apparaissent. Si 82 % des dentistes interrogés déclarent savoir que les patients toxicomanes constituent un groupe de patients à risque infectieux accru, ils ne sont que 35 % à savoir que ces mêmes patients constituent également un groupe à risque hémorragique accru. Enfin, 17 % des patients déclarent avoir eu de la fièvre ou des problèmes de santé après être allé chez le dentiste. Nous pouvons supposer que ces problèmes sont dus à une méconnaissance des dentistes à ce sujet (non prescription d'antibiotiques en cas de risque infectieux, non mise en place d'un protocole d'hémostase locale en cas de risque hémorragique, etc).

66 % des praticiens interrogés ont rencontré des difficultés de prise en charge de patients toxicomanes. Ces difficultés peuvent alors elles aussi constituer un frein à la prise en charge de tels patients. Parmi les praticiens interrogés, 32 % rencontrent des difficultés pour gérer la douleur chez les patients toxicomanes et 31 % ont du mal avec l'aspect relationnel et la communication. 15 % estiment avoir du mal à gérer les éventuels risques (infectieux ou hémorragiques) chez ces patients.

Trois-quarts des praticiens alsaciens interrogés adaptent tout de même leur prise en charge et leur gestion des soins faces à des patients toxicomanes.

Parmi eux, 45 % déclarent adapter leur gestion des soins au niveau de l'anesthésie et 40 % au niveau de la gestion de la douleur. Ces points sont particulièrement évoqués, à la fois par les dentistes et par les patients toxicomanes. Comme Meechan, mais aussi Titsas et Ferguson le rappellent, le seuil de tolérance à la douleur est diminué chez les patients dépendants aux drogues (10, 19). Ainsi, dans notre étude sur les trente patients interrogés, ils sont vingt-et-un, soit 70 %, à avoir encore eu mal pendant les soins malgré une anesthésie locale. Pour onze patients, la douleur est restée gérable, malgré le fait qu'elle soit gênante pour huit d'entre eux et très gênante pour trois d'entre eux. En revanche, la douleur pendant les soins a été impossible à gérer pour dix autres patients, et ce, malgré l'anesthésie locale. De plus, 77 % des patients, déclarent que leurs dentistes ont dû compléter leurs anesthésies locales à plusieurs reprises afin de réaliser les soins sans peine. Cependant, dans notre étude, les

patients toxicomanes sont 77% à affirmer que leurs dentistes ont réussi à soulager une douleur dentaire ou liée à un soin dentaire.

Pour 29 % des praticiens interrogés dans notre étude, la séropositivité de certains patients toxicomanes constitue une entrave à la réalisation des soins bucco-dentaires. De surcroît, les chirurgiens-dentistes alsaciens de notre étude sont 43 % à adapté leur gestion des soins chez les patients toxicomanes selon le statut sérologique de leur patient. Certes, comme le montrent les études de Risdahl *et al*, Friedman *et al* ou encore D'Amore *et al*, la toxicomanie (en particulier à la cocaïne et à l'héroïne), est un facteur de risque de contamination par les virus de l'hépatite B ou C, et par le virus du S.I.D.A (18,20,25). Cela est particulièrement lié au mode de consommation. Toutefois, certains patients interrogés dans notre étude s'estiment jugés négativement sur ce point. En effet, parmi les dix patients ayant ressenti une réticence à les soigner de la part de leurs dentistes, certains pensent que c'est par peur des infections (SIDA, hépatites B et C) que des dentistes refusent de les soigner. Un des patients déclare même la chose suivante : « Le dentiste avait des *a priori* sur les infections : il était sûr que j'avais le SIDA car je suis toxicomane ! ».

Comme le montre la littérature, les risques hémorragiques et infectieux sont parfois plus élevés pour les patients toxicomanes (9,18,20,23–26,46). Parmi les dentistes ayant participé à notre étude, 43 % déclarent adapter leur prise en charge des patients toxicomanes au niveau de la gestion de ces risques. Ainsi, un peu moins de la moitié des praticiens interrogés semblent au courant des précautions concernant la prise en charge bucco-dentaire de patients dépendants aux drogues.

L'aspect relationnel est extrêmement important pour une prise en charge correcte de patients toxicomanes. Dans notre étude, certains s'estiment souvent jugés et ont peur de la réaction du dentiste. Ainsi, il est difficile pour le patient dépendant d'établir une relation de confiance et d'être à l'aise chez le dentiste (28). Cela se retrouve du point de vue des praticiens : sur les soixante-cinq chirurgiens-dentistes alsaciens interrogés, ils sont vingt à avoir des difficultés au niveau communicationnel et relationnel avec les patients toxicomanes. Toutefois, les praticiens interrogés sont 51 % à adapter leur prise en charge de tels patients au niveau de l'aspect relationnel. Pour mettre à l'aise ces patients, certains dentistes vont également adapter la durée des soins bucco-dentaires. Ils sont 22 %, soit quatorze parmi ceux interrogés dans notre étude, à faire cela. Cette façon de faire se rapproche de l'idée qu'a décrit Bullock en

1999 et qui consiste à débiter la prise en charge d'un patient toxicomane par des soins de courte durée afin de le mettre à l'aise au fur et à mesure.

Les praticiens interrogés sont 42 % à adapté leur prise en charge des patients toxicomanes au niveau de la prévention.

Chez ce type de patients, la prévention constitue un point clé puisqu'elle permet d'anticiper et d'éviter d'éventuels problèmes dentaires et par conséquent des problèmes de santé plus graves chez les patients dépendants.

L'hygiène bucco-dentaire est importante pour 93 % des patients toxicomanes interrogés. Pourtant la moitié d'entre eux (50 %) estiment leur état dentaire délabré et 17 % ne consultent pas de dentiste. Ils sont plus d'un tiers à ne se rendre chez un dentiste que lorsque la douleur dentaire n'est plus surmontable.

Cette différence notable peut en partie s'expliquer par le fait que les patients toxicomanes rencontrent des difficultés à consulter des chirurgiens-dentistes. Comme cité ci-dessus, 33 % des patients ont déjà ressenti une réticence de la part d'un dentiste à les soigner.

De surcroît, pour 40 % de ces patients, leur dépendance les empêche de consulter un dentiste. Parmi les raisons évoquées, trois ressortent particulièrement. Tout d'abord, comme l'ont rapporté Titsas et Ferguson, D'Amore *et al* et Meechan, les patients toxicomanes ou sous substitution sont extrêmement angoissés à l'idée de consulter un chirurgien-dentiste. Cette peur peut s'expliquer par les substances prises, entraînant des changements comportementaux et une angoisse souvent très intense (10, 19, 20). Dans notre étude, certains patients évoquent aussi la honte de devoir dévoiler leur dépendance face au dentiste ainsi que la peur d'être jugés. Enfin, ces patients sont nombreux à évoquer le manque de temps, dû à leur dépendance, qui les empêche d'aller à leur rendez-vous chez le dentiste. En effet, la dépendance occupe tout leur temps. Robinson *et al* souligne ce point dans une étude de 2005. Une des patientes, cocaïnomane, interrogée dans celle-ci déclare même : « Je n'ai pas le temps d'aller chez le dentiste car c'est la dernière chose à laquelle je pense. Tout ce à quoi je pense est de trouver ma drogue » (traduit en français ici) (34).

### **C. Comment améliorer la gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes en Alsace ?**

Face aux données collectées dans notre étude, nous pouvons clairement affirmer qu'en Alsace la gestion des soins bucco-dentaires pourraient être améliorée, malgré quelques bons points tout de même. En effet, plus de la moitié des chirurgiens-dentistes interrogés, soit 57 %, estiment que la gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes doit être améliorée. Quant aux patients toxicomanes de notre étude, ils sont une vingtaine, soit 67 % à penser que les praticiens alsaciens doivent améliorer leur gestion des soins chez eux.

Améliorer la gestion de la douleur est une demande qui ressort fortement de la part des deux partis concernés. Dans la littérature, des solutions sont évoquées pour cela : une prise en charge douce et sans stress, l'emploi de molécules spécifiques, etc (14).

Des améliorations de l'aspect relationnel sont ensuite fortement demandées de la part des patients toxicomanes. Comme le recommandent Bullock, Meechan ou Titsas et Ferguson (10,19,44), les patients de notre étude souhaitent une prise en charge plus empathique et respectueuse de la part des chirurgiens-dentistes. De plus, une prise en charge sans, ou avec moins de jugements et d'*a priori* permettrait selon eux d'améliorer la qualité de la gestion des soins bucco-dentaires. Cette notion de prise en charge sans jugement est développée dans la littérature (28) mais également évoquée par quelques un des praticiens de notre étude.

Selon les patients de notre étude, un défaut existe actuellement pour la gestion des soins bucco-dentaires de patients dépendants aux drogues : il s'agit du manque d'informations qu'ils reçoivent de la part des dentistes. En effet, certains patients, dans leurs idées pour améliorer la gestion de leurs soins bucco-dentaires, pensent qu'une meilleure connaissance sur la toxicomanie de la part des dentistes serait bénéfique. Ces mêmes patients demandent également à obtenir plus d'informations sur les effets des drogues sur la cavité buccale. Du côté des praticiens interrogés, ces derniers estiment qu'il faudrait améliorer leur formation concernant la toxicomanie et ses conséquences afin de mieux sensibiliser les patients aux risques bucco-dentaires de la dépendance. Cela permettrait aux dentistes d'être capables d'identifier des problèmes d'abus de substances psychoactives et donc d'informer et de conseiller les patients, comme Bullock le souligne dans son étude (44).

Pour certains des dentistes de notre étude, un meilleur suivi ainsi qu'une prise en charge plus précoce permettrait d'améliorer la gestion des soins chez les patients toxicomanes. L'un d'eux propose même de systématiser des rendez-vous chez un dentiste lors de l'instauration d'un traitement de prise en charge de la toxicomanie. Cela demande donc une collaboration étroite entre les différents soignants et intervenants auprès des patients toxicodépendants (médecins généralistes, bénévoles, dentistes...). Un seul chirurgien-dentiste interrogé évoque cette solution, tout comme Friedlander et Gorelick l'ont fait dans leur étude. Selon eux, une collaboration avec le médecin traitant du patient toxicomane, mais aussi une anamnèse médicale complète sont indispensables à une prise en charge bucco-dentaire correcte. Friedlander et Gorelick n'hésitent pas à conseiller aux dentistes de prendre directement contact avec les médecins des patients dépendants qu'ils suivent (13).

Enfin, d'autres idées ressortent de notre étude quant à l'amélioration de la gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes en Alsace. Des patients suggèrent par exemple aux praticiens alsaciens d'accepter plus facilement les personnes et situation précaire, cas de nombreux toxicomanes, ainsi que celles bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. Ils sont nombreux à évoquer les problèmes de coût pour aller chez le dentiste. Un chirurgien-dentiste alsacien propose même d'établir une prise en charge à 100 % des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes suivis.

Un des praticiens inclus dans notre étude pense également que sa gestion des soins bucco-dentaire serait meilleure s'il savait vers qui ou vers quelle structure orienter un patient toxicomane.

		<b>Chirurgiens- dentistes</b>	<b>Patients</b>
<b>Gestion de la douleur</b>		+	+
<b>Aspect relationnel</b>	Respect	-	+
	Moins de jugements	+	+
	Moins <i>d'a priori</i>	+	+
<b>Prévention et informations</b>		+	+
<b>Connaissances sur la toxicomanie</b>		+	+
<b>Autres</b>	Suivi et prise en charge précoce	+	-
	Collaboration entre soignants	+	-
	Orientation	+	-
	Précarité	+	+

Tableau n°4 : Tableau comparatif des idées pour améliorer la gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes. Points de vue des dentistes et des patients interrogés.

## **VI. CONCLUSION**

Une des principales informations ressortant de notre étude reste le manque d'intérêt considérable de la part des chirurgiens-dentistes envers les patients toxicomanes et leur prise en charge. En effet, parmi les 872 praticiens ayant reçu notre questionnaire, seuls 65 y ont répondu ! 26 % seulement des dentistes inclus dans notre étude suivent des patients toxicomanes au long cours et 18 % n'ont jamais pris en charge de patient toxicomanes depuis au moins cinq ans. De plus, un tiers des patients inclus dans notre étude ont ressenti une réticence de la part de leur dentiste à les soigner (et ce en raison de leur dépendance). Ces propos sont toutefois à nuancer par rapport à la difficulté à gérer certains usagers de substances psychoactives. Le dentiste, indépendant, est confronté à un patient totalement dépendant, et qui n'est pas toujours assidu à ses rendez-vous. Il faut comprendre que cela est difficile à gérer pour les praticiens, ayant déjà un agenda minuté et un plateau technique complexe. Praticiens et patients sont opposés et nécessitent de s'approprier afin de construire une véritable alliance thérapeutique.

Lorsque les praticiens décident de soigner des patients toxicomanes, ils rencontrent alors de nombreuses difficultés. 32 % des chirurgiens-dentistes de notre étude déclarent avoir du mal à gérer la douleur chez les patients toxicodépendants, 31 % ont du mal avec l'aspect relationnel et 15 % ne savent pas gérer les éventuels risques associés à la toxicomanie.

Ce sont les difficultés au niveau du relationnel praticien-patient qui entravent énormément les soins et surtout l'accès aux soins des patients toxicomanes. Ceux-ci se sentent jugés par les praticiens et ont donc du mal à établir une relation de confiance. Les patients se plaignent également fortement des *a priori* que de nombreux dentistes ont envers eux.

Comme nous l'avons vu, un manque de connaissances notable sur la toxicomanie est à déplorer chez les chirurgiens-dentistes alsaciens interrogés. Ainsi, ne faudrait-il pas offrir aux praticiens de l'art dentaire une formation plus approfondie sur les substances psychoactives et leurs conséquences ? Cela pourrait se faire d'une part pendant leurs études, mais aussi par la suite via le Développement Professionnel Continu (D.P.C.).

A noter tout de même, que des outils existent actuellement pour venir en aide aux dentistes, il suffit de s'y intéresser : articles et ouvrages scientifiques, ou même des sites Internet. En effet, il existe en France un site Internet, *infosdentistesaddictions.org*, qui donne gratuitement aux dentistes quelques connaissances et clés pour une meilleure gestion des soins dentaires chez le patient toxicomane.

En ce qui concerne les problèmes de gestion de la douleur et de l'anesthésie, des efforts restent à faire. Même si 45 % des praticiens inclus dans notre étude déclarent adapter leur gestion des soins au niveau de l'anesthésie, 21 des patients interrogés ont encore mal pendant les soins dentaires et ce malgré une anesthésie locale. La recherche pourrait un jour permettre d'envisager l'utilisation de molécules anesthésiques plus efficaces et compatibles chez les patients toxicodépendants.

De nombreuses idées ressortent de la part des deux parties concernées, en vue d'améliorer la gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicodépendants : amélioration des connaissances, de la gestion de la douleur, de l'aspect relationnel, du suivi...

Un des points clés d'une meilleure gestion des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes reste une étroite collaboration entre soignants, comme l'ont déjà souligné Friedlander et Gorelick en 1998 (13). En outre, une collaboration entre les différents soignants et les réseaux d'aides aux patients toxicodépendants améliorerait également la gestion des soins bucco-dentaires. Grâce à cela, tout chirurgien-dentiste pourrait orienter son patient vers des structures d'aide et d'accompagnement, tout comme Bullock l'a déjà suggéré (44). Il s'agit notamment des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (C.S.A.P.A.) et des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (C.A.A.R.U.D.).

Des campagnes de prévention seraient également envisageables ; elles pourraient être diffusées au sein des cabinets dentaires et médicaux, des services hospitaliers mais aussi des structures d'aides aux personnes dépendantes aux drogues. Alors, pourquoi ne pas créer, grâce à la collaboration entre soignants, structures d'accueil et Etat, des plaquettes et/ou affiches informatives ?

**REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Sheridan J, Aggleton M, Carson T. Dental health and access to dental treatment: a comparison of drug users and non-drug users attending community pharmacies. *Br Dent J.* 2001 Oct 27;191(8):453–7.
2. Le Petit Larousse 2014. Larousse. Larousse; 2014.
3. Organisation Mondiale de la Santé. Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance. Trente-troisième rapport. Genève; 2003. Report No.: 915.
4. Commission des dispositifs médicaux de l'Association Dentaire Française. Risques médicaux : guide de prise en charge par le chirurgien dentiste. Association Dentaire Française; 2013.
5. INPES. Baromètre santé. 2010.
6. Véléla D. Toxicomanie et conduites addictives. Heures de France. Heures de France; 2005. 379 p.
7. Hubert-Grossin K, George Y, Laboux O. Toxicomanie illicite : manifestations bucco-dentaires et prise en charge odontologique. *Rev Odontostomatol (Paris).* 2003;(32):119–34.
8. Rees TD. Oral effects of drug abuse. *Crit Rev Oral Biol Med Off Publ Am Assoc Oral Biol.* 1992;3(3):163–84.
9. Cabral GA. Drugs of abuse, immune modulation, and AIDS. *J Neuroimmune Pharmacol Off J Soc NeuroImmune Pharmacol.* 2006 Sep;1(3):280–95.
10. Titsas A, Ferguson MM. Impact of opioid use on dentistry. *Aust Dent J.* 2002 Jun;47(2):94–8.
11. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Rapport OFDT 2010. 2010.
12. Byck R, Freud S, Freud A. Cocaine papers. Stone Hill Publishing Company; 1974.
13. Friedlander AH, Gorelick DA. Dental management of the cocaine addict. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1988 Jan;65(1):45–8.

14. Blanksma CJ, Brand HS. Cocaine abuse: orofacial manifestations and implications for dental treatment. *Int Dent J.* 2005 Dec;55(6):365–9.
15. Brand HS, Gonggrijp S, Blanksma CJ. Cocaine and oral health. *Br Dent J.* 2008 Apr 12;204(7):365–9.
16. Parry J, Porter S, Scully C, Flint S, Parry MG. Mucosal lesions due to oral cocaine use. *Br Dent J.* 1996 Jun 22;180(12):462–4.
17. Gandara-Rey JM, Diniz-Freitas M, Gandara-Vila P, Blanco-Carrion A, Garcia-Garcia A. Lesions of the oral mucosa in cocaine users who apply the drug topically. *Med Oral Órgano Of Soc Esp Med Oral Acad Iberoam Patol Med Bucal.* 2002 Apr;7(2):103–7.
18. Risdahl JM, Khanna KV, Peterson PK, Molitor TW. Opiates and infection. *J Neuroimmunol.* 1998 Mar 15;83(1-2):4–18.
19. Meechan JG. Drug abuse and dentistry. *Dent Update.* 1999 Jun;26(5):182–7, 190.
20. D'Amore MM, Cheng DM, Kressin NR, Jones J, Samet JH, Winter M, et al. Oral health of substance-dependent individuals: impact of specific substances. *J Subst Abuse Treat.* 2011 Sep;41(2):179–85.
21. G B, C.-B W. Pathologies générales et bucco-dentaires chez le toxicomane. *Rev Odontostomatol Paris.* 1994;23(6):461–77.
22. Lee CY, Mohammadi H, Dixon RA. Medical and dental implications of cocaine abuse. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* 1991 Mar;49(3):290–3.
23. Reece AS. Clinical implications of addiction related immunosuppression. *J Infect.* 2008 Jun;56(6):437–45.
24. McCarthy L, Wetzel M, Sliker JK, Eisenstein TK, Rogers TJ. Opioids, opioid receptors, and the immune response. *Drug Alcohol Depend.* 2001 Apr 1;62(2):111–23.
25. Friedman H, Newton C, Klein TW. Microbial infections, immunomodulation, and drugs of abuse. *Clin Microbiol Rev.* 2003 Apr;16(2):209–19.
26. Johnson CD, Brown RS. How cocaine abuse affects post-extraction bleeding. *J Am Dent Assoc 1939.* 1993 Dec;124(12):60–2.

27. Burday MJ, Martin SE. Cocaine-associated thrombocytopenia. *Am J Med.* 1991 Dec;91(6):656–60.
28. Collège romand de médecine de l'addiction. Toxicodépendance : problèmes somatiques courants. *Médecine & Hygiène.* Médecine & Hygiène; 2003. 126 p.
29. Kim TW, Alford DP, Malabanan A, Holick MF, Samet JH. Low bone density in patients receiving methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2006 Dec 1;85(3):258–62.
30. Madrid C, Courtois B, Vironneau M, Bayssière J, Bernard JP, Coudert JL, et al. Emploi des vasoconstricteurs en odonto-stomatologie. *Médecine Buccale Chir Buccale.* 2003;9(2):65–94.
31. Shekarchizadeh H, Khami MR, Mohebbi SZ, Virtanen JI. Oral health behavior of drug addicts in withdrawal treatment. *BMC Oral Health.* 2013;13:11.
32. Mateos-Moreno M-V, Del-Río-Highsmith J, Riobóo-García R, Solá-Ruiz M-F, Celemín-Viñuela A. Dental profile of a community of recovering drug addicts: Biomedical aspects. Retrospective cohort study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2013 Jul;18(4):e671–679.
33. Sheedy JJ. Methadone and caries. Case reports. *Aust Dent J.* 1996 Dec;41(6):367–9.
34. Robinson PG, Acquah S, Gibson B. Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. *Br Dent J.* 2005;198(4):219–24.
35. Graham CH, Meechan JG. Dental management of patients taking methadone. *Dent Update.* 2005 Oct;32(8):477–8, 481–2, 485.
36. Brondani M, Park PE. Methadone and oral health--a brief review. *J Dent Hyg JDH Am Dent Hyg Assoc.* 2011;85(2):92–8.
37. Nathwani NS, Gallagher JE. Methadone: dental risks and preventive action. *Dent Update.* 2008 Oct;35(8):542–4, 547–8.
38. Meaney PJ. Methadone and caries. *Aust Dent J.* 1997 Apr;42(2):138.

39. Driscoll SE. A pattern of erosive carious lesions from cocaine use. *J Mass Dent Soc.* 2003;52(3):12–4.
40. Kapila YL, Kashani H. Cocaine-associated rapid gingival recession and dental erosion. A case report. *J Periodontol.* 1997 May;68(5):485–8.
41. Krutchkoff DJ, Eisenberg E, O'Brien JE, Ponzillo JJ. Cocaine-induced dental erosions. *N Engl J Med.* 1990 Feb 8;322(6):408.
42. Maloney WJ. The significance of cocaine use to dental practice. *N Y State Dent J.* 2010 Nov;76(6):36–9.
43. Ladner T, Linker M, Gitani J. [Functional repair of a major necrotic palatine defect caused by chronic cocaine inhalation]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2004 Nov;105(5):291–3.
44. Bullock K. Dental care of patients with substance abuse. *Dent Clin North Am.* 1999 Jul;43(3):513–26.
45. Cook H, Peoples J, Paden M. Management of the oral surgery patient addicted to heroin. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg.* 1989 Mar;47(3):281–5.
46. Vallejo R, de Leon-Casasola O, Benyamin R. Opioid therapy and immunosuppression: a review. *Am J Ther.* 2004 Oct;11(5):354–65.