

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2021

N°63

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 3 décembre 2021

par

PFLEGER Nina

née le 02/12/1996 à STRASBOURG

**EVALUATION DE LA SITUATION BUCCO-DENTAIRE ET
DE L'ACCES AUX SOINS DENTAIRES CHEZ LES
TOXICOMANES ALSACIENS**

Président : Professeur HUCK Olivier

Assesseurs : Docteur OFFNER Damien

Docteur EHLINGER Claire

Docteur BROLY Elyette

Doyen : Professeur Corinne TADDEI-GROSS

Doyens honoraires : Professeur Robert FRANK

Professeur Maurice LEIZE

Professeur Youssef HAIKEL

Professeur émérite : Professeur Henri TENENBAUM

Responsable des Services Administratifs : Mme Marie-Renée MASSON

Professeurs des Universités

Vincent BALL	Ingénierie Chimique, Energétique - Génie des Procédés
Agnès BLOCH-ZUPAN	Sciences Biologiques
François CLAUSS	Odontologie Pédiatrique
Jean-Luc DAVIDEAU	Parodontologie
Youssef HAIKEL	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Olivier HUCK	Parodontologie
Marie-Cécile MANIERE	Odontologie Pédiatrique
Florent MEYER	Sciences Biologiques
Maryline MINOUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Anne-Marie MUSSET	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Corinne TADDEI-GROSS	Prothèses
Béatrice WALTER	Prothèses
Matthieu SCHMITTBUHL	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie

Délégué (Juin 2024)

Maîtres de Conférences

Youri ARNTZ	Biophysique moléculaire
Sophie BAHI-GROSS	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
Yves BOLENDER	Orthopédie Dento-Faciale
Fabien BORNERT	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
Claire EHLINGER	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Olivier ETIENNE	Prothèses
Gabriel FERNANDEZ	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
DE GRADO	
Florence FIORETTI	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Catherine-Isabelle GROS	Sciences Anatomiques et Physiologiques - Biophysique - Radiologie
Sophie JUNG	Sciences Biologiques
Nadia LADHARI	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique
<i>Disponibilité (Déc. 2021)</i>	
Davide MANCINO	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Damien OFFNER	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Catherine PETIT	Parodontologie
François REITZER	Odontologie Conservatrice - Endodontie
Martine SOELL	Parodontologie
Marion STRUB	Odontologie Pédiatrique
Xavier VAN BELLINGHEN	Prothèses
Delphine WAGNER	Orthopédie Dento-Faciale
Etienne WALTMANN	Prothèses

Equipes de Recherche

Nadia JESSEL	INSERM / Directeur de Recherche/Directrice d'UMR
Philippe LAVALLE	INSERM / Directeur de Recherche
Pierre SCHAAF	UdS / Professeur des Universités / Directeur d'UMR
Bernard SENGER	INSERM / Directeur de Recherche

A Monsieur le Professeur Olivier Huck,

Tout d'abord, je voudrais vous remercier d'avoir accepté de diriger ce travail ainsi que de présider le Jury de cette thèse.

Merci également pour votre bienveillance et votre réactivité. Apprendre la parodontologie à votre côté fut un plaisir. Merci pour votre sens de l'humour toujours bien placé et vos conseils avisés.

Enfin, merci d'avoir cru en ce projet, de m'avoir permis de le réaliser comme je le souhaitais.

A Monsieur le Docteur Damien Offner,

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

Merci également pour votre sympathie, votre humour et votre joie de vivre.

Un grand merci pour toutes ces années de cours d'hygiène qui ont été très instructives.

A Madame le Docteur Ehlinger Claire,

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

Merci également d'avoir répondu à mes questions toutes ces années et d'avoir été si pédagogue.

Merci pour votre dynamisme, grâce à vous, mes vacances d'odontologie conservatrice ont été galvanisantes.

A Madame le Docteur Elyette Broly,

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

Je tenais à vous remercier pour votre implication auprès de mon apprentissage de la chirurgie dentaire ainsi que l'enthousiasme que vous portez pour cette thèse. Merci également pour votre sens du détail et d'avoir toujours répondu à mes questions avec entrain.

A mes parents, Claudine et Nicolas. Merci pour votre soutien constant, vos conseils et votre générosité. Merci également d'avoir toujours cru en moi !

A ma famille, merci d'avoir été présente et de m'avoir épaulée dans toute cette aventure.

A Anatole, merci d'avoir été à mes côtés dans les bons comme dans les mauvais moments. Un grand merci pour ton sens de l'humour inimitable et de m'avoir parfois interdit de trop travailler.

A Antoine et Fiorella, merci de m'avoir conseillée, débloquée musculairement et aidée informatiquement.

A mes amis, Inès, Sarah, Océane, Adrien, Léa, Hélène, Alev, Benjamin ... et ceux que j'oublie. Merci de m'avoir fait rire, de m'avoir encouragée et de m'avoir rappelé qu'il ne fallait pas tout prendre au sérieux.

A Alexandra, merci de m'avoir convaincue de partir à Dijon avec toi, ce fut une expérience inoubliable. Merci également pour tes blagues qui ne faisaient rire que nous et tes paroles réconfortantes qui m'ont poussée à croire en moi.

A Bolt, merci pour ta compagnie lors de la rédaction de cette thèse. Grâce à toi je n'ai pas passé une minute seule.

Enfin, merci au Docteur Hamm, à l'association Ithaque, à l'association Argile et à la maison de l'addiction de Colmar d'avoir accepté de diffuser ce questionnaire. Sans vous, ce travail n'aurait pas été possible.

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2021

N°63

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 3 décembre 2021

par

PFLEGER Nina

née le 02/12/1996 à STRASBOURG

**EVALUATION DE LA SITUATION BUCCO-DENTAIRE ET
DE L'ACCES AUX SOINS DENTAIRES CHEZ LES
TOXICOMANES ALSACIENS**

Président : Professeur HUCK Olivier
Assesseeurs : Docteur OFFNER Damien
Docteur EHLINGER Claire
Docteur BROLY Elyette

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	5
II.	La consommation de drogue.....	7
1.	L'addiction :.....	7
2.	Epidémiologie :.....	13
a.	Le cannabis :.....	14
b.	La cocaïne :.....	15
c.	L'héroïne et les opioïdes :	16
3.	La consommation de cannabis :.....	18
a.	Qu'est-ce que le cannabis ?	18
b.	Les différents modes de consommation :.....	20
c.	Les indications médicales du cannabis :	23
d.	Les conséquences générales de son usage :.....	24
e.	Les conséquences bucco-dentaires de son usage :.....	30
4.	La consommation de cocaïne :.....	34
a.	Qu'est-ce que la cocaïne ?.....	34
b.	Les différents modes de consommation :.....	35
c.	Les conséquences générales de son usage :.....	36
d.	Les conséquences bucco-dentaires de son usage :.....	41
5.	La consommation d'héroïne :.....	46
a.	Qu'est-ce que l'héroïne ?	46
b.	Les différents modes de consommation :.....	47
c.	Les conséquences générales de son usage :.....	48
d.	Les conséquences bucco-dentaires de son usage :.....	50
6.	Les traitements de substitutions aux opiacés :	54
a.	Qu'est-ce qu'un traitement de substitution aux opiacés ?	54
b.	Les différents modes de consommation :.....	57
c.	Les conséquences générales de l'usage de méthadone et de buprénorphine :.....	58
d.	Conséquences bucco-dentaires de l'usage de méthadone :.....	59
7.	La prise en charge des consommateurs de drogue.....	61
III.	Le questionnaire	66
1.	Matériels et méthodes :	66
2.	Le questionnaire :	68

3. Résultats :.....	73
4. La discussion :.....	97
a. Discussion des résultats avec les données de la littérature :.....	97
b. Comment améliorer la prise en charge des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes alsaciens ?	99
i. L'accès aux soins.....	99
ii. La réalisation des soins :	100
iii. La prévention :	101
c. Critiques :	101
IV. Conclusion.....	104

LISTE DES ABREVIATIONS :

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

CAARUD : Centre D'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues.

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

CIM : Common Information Model

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

THC : Tétrahydrocannabinol

VIH : Virus Immunodéficience Humaine

LSD : Diéthyllysergamide

MDMA : Méthylendioxyamphétamine

I. Introduction

De nos jours, se procurer de la drogue est devenu relativement simple. En effet, le progrès technologique et notamment le darknet rendent les drogues plus accessibles, ce qui entraîne une hausse des consommateurs notamment chez les femmes et les jeunes. [1]

Pour pallier à ce problème, la France et l'Europe mettent en place des stratégies globales fondées sur des preuves scientifiques. [2] Ces stratégies ont pour objectif la mise en place de plans de prévention efficaces ainsi que la mise en place de protocoles de prise en charge adaptés aux toxicomanes. De plus, la France essaye également de prévenir la consommation de drogue en retardant l'âge de la première prise, en promouvant la santé globale via des programmes de prévention validés scientifiquement auprès des populations les plus précaires mais aussi auprès des jeunes individus, en intervenant dans le milieu scolaire. Le gouvernement français lutte également contre le trafic et la production sur son territoire. [1]

Au niveau européen, la prévention consiste essentiellement en des systèmes de veille mis en place pour détecter et répondre le plus précocement possible aux nouvelles substances toxiques introduites sur le marché afin de prévenir leurs effets néfastes sur les populations. De plus, l'Europe essaye également d'agir sur la production de certaines substances en renforçant le contrôle de certains précurseurs chimiques qui sont indispensables à la production de certaines drogues. [2]

Concernant la prise en charge des toxicomanes, les programmes Français et Européen sont relativement similaires. En effet, tous deux souhaitent étendre l'accès aux traitements de substitution et renforcer les structures ambulatoires comme les CSAPA ou les CAARRUD qui sont des structures en première ligne pour la prise en charge des toxicomanes. [2] [1]

La consommation de drogue constitue également un problème sociétal ayant de lourdes conséquences sanitaires et sociales. [1] Sur le plan bucco-dentaire, les drogues entraînent certaines manifestations telles que la xérostomie, le risque accru de carie et de maladie parodontale ainsi que la candidose. [3] Le comportement et les habitudes associés à la santé bucco-dentaire sont par ailleurs difficiles à évaluer dans cette population spécifique. [4]

L'objectif de cette thèse est d'évaluer les habitudes d'hygiène bucco-dentaire d'une population de toxicomanes à travers l'utilisation d'un questionnaire distribué au sein de différentes associations alsaciennes dont une structure CARRUD présent au Nouvel Hôpital Civil de Strasbourg et possédant une salle de consommation à risques réduits.

II. La consommation de drogue

1. L'addiction :

L'addiction est décrite comme une pathologie cérébrale où l'individu est dépendant d'une substance ou d'une activité malgré les conséquences délétères de celle-ci. [5]

Parmi les addictions, nous retrouvons notamment l'addiction au tabac, à l'alcool, au cannabis, aux opiacés, à la cocaïne, aux amphétamines et leurs dérivés de synthèse.

[5]

Parmi les addictions comportementales, seul le jeu pathologique est reconnu cliniquement. [6]

L'individu « addict » consomme le produit de façon répétée ou pratique un comportement de manière anormalement excessive. [6]

Cette dépendance peut ainsi mener à :

- Une consommation compulsive [5]
- Un usage continu malgré les problèmes engendrés par celle-ci [5]
- Une tolérance accrue [5]
- Une perte de contrôle [6]
- Une modification de l'équilibre émotionnel [6]
- Des troubles de l'ordre médical [6]
- Des perturbations de la vie personnelle, professionnelle et sociale. [6]

Tous les individus ne sont pas égaux face à l'addiction. Sa survenue dépend de 3 composantes : **l'individu, le produit et l'environnement**. [6]

Concernant l'individu, son âge, son genre, sa personnalité peuvent influencer le risque d'addiction.

Plus un individu est jeune lors de son initiation, plus il a de risques de devenir dépendant.

Chez les hommes, les tendances dépressives ou la timidité sont également des facteurs de risque pour développer une addiction. En effet, si les effets procurés sont positifs car entraînant une forme de désinhibition chez une personne timide,

l'expérience sera plus facilement renouvelée. Si le consommateur a une tolérance spontanée et élevée à une substance, le risque de dépendance est également plus grand. [6]

Concernant le produit, le risque d'en devenir dépendant dépend surtout de ses caractéristiques.

Plus une substance a un potentiel addictif fort, plus le risque d'en être dépendant est grand. [6]

Concernant l'environnement, celui de l'individu joue également sur le risque d'addiction. Un environnement stressant ou le contexte social et amical peuvent accroître le risque de devenir accro à une substance. Par exemple, si les parents fument, les enfants ont plus de risques de devenir fumeurs et si au cours de l'adolescence l'individu fréquente des amis fumeurs de cannabis, il sera également plus à même d'en consommer. [6]

Pour qu'une addiction s'installe chez un individu, il doit passer par les 3 stades successifs suivants : [6]

- **La recherche de plaisir :**

La recherche de plaisir est le premier stade du processus. A ce moment-là, la substance consommée ou la pratique réalisée provoque l'activation du circuit cérébral de la récompense. Ce circuit est activé par la production de dopamine qui se dirige vers le noyau accumbens. A chaque consommation, le circuit s'active et cela va, à force d'être répété, conditionner le consommateur. Les décharges de dopamine vont même au bout d'un certain temps être libérées par anticipation. Ainsi, la nouvelle consommation de substance est favorisée.

Le système de récompense n'est pas le seul système à être modifié. D'autres systèmes sont mis en jeu comme celui de la sérotonine ou des récepteurs aux endorphines. Sous l'effet d'une consommation répétée, ces systèmes vont

devenir de moins en moins sensibles aux molécules endogènes permettant par exemple l'antalgie ou la sensation de bien-être. La production d'endorphines endogènes diminue. De fait, le plaisir est obtenu seulement par la consommation de la substance, ce qui augmente la tolérance au produit et provoque une sensation de manque à l'arrêt de celui-ci. [6]

- **Un état émotionnel négatif :**

A ce stade, l'individu ne recherche plus du plaisir mais cherche juste à sortir de son état émotionnel négatif. En effet, le circuit de récompense est devenu beaucoup moins sensible car à chaque consommation la production de dopamine diminue progressivement.

L'amygdale cérébrale voit son fonctionnement modifié par les décharges répétées de dopamine. Ainsi, l'individu souffre de dysphorie caractérisée par plus de stress et des émotions plus négatives. Dans cette situation, la seule solution pour activer le système de récompense et soulager la dysphorie est de consommer des doses de substances plus élevées. [6]

- **La perte de contrôle :**

A ce stade, les altérations sur le circuit de récompense ainsi que sur les émotions du consommateur sont telles que le cortex préfrontal est lui aussi altéré. Le cortex préfrontal joue un rôle majeur dans la capacité d'autorégulation, de prise de décision et de capacité à résister face à ses envies. Cette modification explique les nombreuses rechutes des consommateurs malgré leur désir sincère d'arrêter leur consommation. [6]

La dépendance comporte 5 étapes : [7]

- **La première utilisation** : cette utilisation peut être imposée par des tiers ou provenir d'une ordonnance médicale.

- **L'utilisation continue** : par exemple, si l'utilisation du médicament est continuée malgré le fait que le patient n'en ait plus besoin sur le plan thérapeutique.
- **La tolérance** : pour sentir le même effet, l'individu doit augmenter la dose de produit.
- **La dépendance** : lorsque le patient arrête sa consommation, il montre des signes physiques de manque et ne se sent plus « normal ».
- **L'accoutumance** : le patient peut soit se rendre compte que sa consommation est un problème, mais en consommer tout de même car il en a besoin et cela malgré les problèmes engendrés, soit le patient est dans le déni de la dépendance et s'enfoncé davantage dans sa consommation.

Dans le monde médical pour diagnostiquer une addiction, les spécialistes ont recours à deux grandes classifications : [\[5\]](#)

- Le **DSM** (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders)
- Le **CIM 10** (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé).

Le DSM V est paru en 2013 et cite 11 critères de diagnostic. Un sujet est considéré comme souffrant d'addiction s'il présente ou a présenté au cours des 12 derniers mois au moins 2 des 11 critères suivants [\[6\]](#) [\[5\]](#)

- Besoin impérieux et irrésistible de consommer la substance ou de jouer
- Perte de contrôle sur la quantité et le temps dédié à la prise de substance ou au jeu
- Beaucoup de temps consacré à la recherche de substances ou au jeu
- Augmentation de la tolérance au produit addictif
- Présence d'un syndrome de sevrage, c'est-à-dire de l'ensemble des symptômes provoqués par l'arrêt brutal de la consommation ou du jeu
- Incapacité de remplir des obligations importantes

- Usage même lorsqu'il y a un risque physique
- Problèmes personnels ou sociaux
- Désir ou efforts persistants pour diminuer les doses ou l'activité
- Activités réduites au profit de la consommation ou du jeu
- Poursuite de la consommation malgré les dégâts physiques ou psychologiques

Le nombre de critères présents chez l'individu permet de diagnostiquer la sévérité de l'addiction : [6] [5]

- Présence de 2 à 3 critères : addiction faible
- Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée
- Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère

La deuxième classification a été créée par l'OMS et comporte 6 critères. Pour être diagnostiqué comme souffrant d'une dépendance, il faut au moins la présence de 3 critères de manière simultanée au cours de la dernière année. Les critères sont les suivants : [5]

- Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive.
- Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation).
- Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré.
- Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets.

- Poursuite de la consommation de la substance malgré les conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

2. Epidémiologie :

De nos jours, toutes les couches sociales sont atteintes par la consommation de drogue. De plus, l'initiation à la drogue se fait de plus en plus jeune et la polyconsommation de drogue c'est-à-dire la consommation de plusieurs drogues de manière régulière est devenue un mode de consommation très courant. Ce type de consommation augmente la difficulté d'identifier à long terme les effets de la consommation de drogue. [8]

En outre, les différences de consommation qui existaient entre les hommes et les femmes ont tendance à régresser. Actuellement, les femmes consomment autant d'alcool et de tabac que les hommes. Néanmoins, concernant les autres substances, hormis les psychotropes, les femmes restent de plus petites consommatrices que les hommes. [9]

D'après le compte rendu de l'OFDT sur les drogues parues en 2019, nous comptons en France 350 000 usagers problématiques de drogues.

L'usage problématique de drogue est une formulation définie par l'OFDT comme « une consommation de drogue par voie intra-veineuse ou comme une consommation régulière d'opioïdes, de cocaïne ou d'amphétamines durant l'année passée parmi les 18-64 ans. »

Le coût social des drogues illicites est estimé à 8,8 milliards d'euros et nous pouvons compter au moins 537 décès par surdose par an. Ces individus sont pour la plupart marqués par la précarité, une forte morbidité psychiatrique et un usage de multiples substances. En effet, près d'un tiers ne dispose d'aucun revenu et vit de la mendicité, de la prostitution, de petits deals ou d'un revenu social. En 2017, La salle de consommation réduite de Paris a ainsi reçu 903 usagers différents et celle de Strasbourg 254. [10]

a. Le cannabis :

La France est le pays d'Europe ayant la prévalence de consommation de cannabis la plus élevée. (Figure n°1)

En 2017, 45% des adultes de 18 à 64 ans ont fait l'expérimentation du cannabis et 3,6% sont des consommateurs réguliers. [10]

D'après le « Cannabis Abuse Screening Test » (CAST) qui est un outil de repérage de l'usage problématique du cannabis, le pourcentage de consommateurs ayant un risque en 2017 est supérieur à celui de 2014. En effet, 25% des usagers actuels de 18-64 ans ont un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance ce qui représente 3% des 18-64 ans soit un peu plus de 1 million de personnes et 7% des 17 ans ce qui correspond à environ 60 000 personnes. [10]

L'usage du cannabis chez les adolescents en France est comme pour l'usage des adultes, l'une des plus élevée d'Europe. En 2019, 23% des adolescents de 16 ans ont expérimenté le cannabis et 13% ont, au cours du mois, consommé du cannabis. L'âge moyen du premier usage de cannabis est de 15 ans. [11] [12]

Carte 6. Niveaux d'usage de cannabis au cours du mois à 16 ans en 2019 en Europe (%)

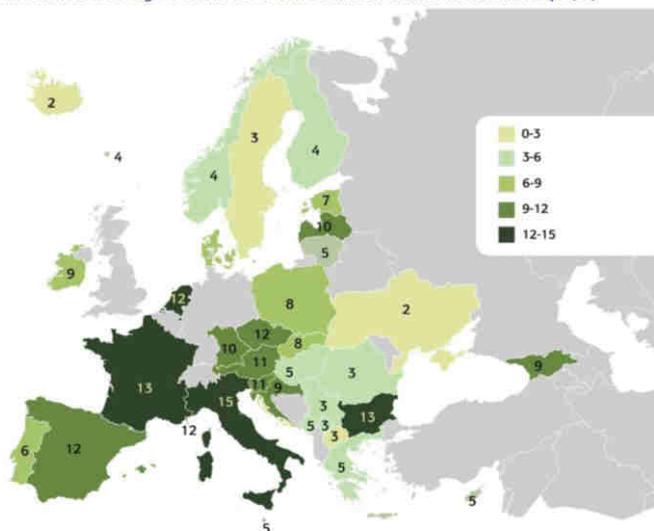


Figure n°1 : Carte de l'Europe représentant les niveaux d'usage au cours du mois de cannabis chez les consommateurs de cannabis de 16 ans en 2019. [11]

Dans la région Grand-Est, les adolescents consomment moins de cannabis que dans le reste de la métropole. (*Figure n°2*) En 2014, le taux d'expérimentation des adolescents de 17 ans est de 42% contre 47,8% sur l'ensemble du territoire et le pourcentage d'usagers réguliers est de 7% contre 9,2% dans le reste de la France. Au sein de la région Grand-Est, les trois anciennes régions : la Champagne-Ardenne, la Lorraine et l'Alsace ont des consommations de cannabis relativement similaires. De manière générale, depuis les années 2005, après un recul de la consommation de cannabis en France, une hausse de la consommation est observée. [12]

Tableau 7 - Consommations de cannabis à 17 ans, en 2014 (%)

	Grand-Est			Métropole		
	Hommes (n = 882)	Femmes (n = 837)	Ensemble (n = 1 719)	Hommes (n = 10 946)	Femmes (n = 11 077)	Ensemble (n = 22 023)
Expérimentation	45*	39*	42*	49,8	45,8	47,8
Dans l'année : ≥ 1 usage	37*	29*	33*	41,1	35,3	38,2
Dans le mois : ≥ 1 usage	25*	17*	21*	29,1	21,9	25,5
Dans le mois : ≥ 10 usages (réguliers)	9*	5	7*	12,5	5,8	9,2
Dans le mois : ≥ 30 usages ou quotidien	5	2	3	5,6	2,3	4,0

Source : ESCAPAD 2014, OFDT

Figure n°2 : Tableau comparant le nombre de consommateurs de cannabis dans la région Grand-Est et dans la métropole. [12]

b. La cocaïne :

En France, en 2017, chez les 18-64 ans, la cocaïne est expérimentée par 5,6% de la population et 1,6% de la population française sont des consommateurs actuels. En comparant ces chiffres à ceux de 2014, nous constatons que le nombre de consommateurs de cocaïne est en progression. [10]

La majorité de ces consommateurs sont des hommes : 2,3% d'hommes contre 0,9% de femmes. [10]

Dans la région Grand-Est, il y a moins d'expérimentation que dans le reste de la France. En 2014, parmi les 15-64 ans, seuls 3% ont expérimenté la cocaïne contre

5,9% dans le reste de la métropole. En 2017, nous observons aussi une expérimentation plus forte dans la métropole qu'en région Grand-Est pour les adultes de 18 à 64 ans. [12] [13]

c. L'héroïne et les opioïdes :

En France, en 2017 chez les 18-64 ans, 1,3% ont expérimenté l'héroïne contre 2% dans la région Grand-Est et 0,2% de la population française sont des usagers actuels. *(Figure n°3)* Chez les individus ayant 17 ans, 0,7% d'entre eux ont expérimenté l'héroïne. [9] [13]

La consommation antalgique opioïde a diminué de 56% entre 2006 et 2017. En 2015, environ 10 millions de personnes ont bénéficié d'un remboursement d'un antalgique opioïde tels que la codéine, le tramadol etc. [9]

Dans les pays européens, le taux de consommation problématique d'opiacés varie entre 1 et 5 cas pour 1000 personnes ayant entre 15 et 64 ans. En Europe, cette prévalence varie peu entre les différents pays et après avoir augmenté dans les années 90, elle semble aujourd'hui avoir reculé. [14][15]

La consommation d'héroïne a connu des bouleversements comme la mise sur le marché en 1996 de traitements de substitutions mais également la stigmatisation de cette substance comme « drogue du SIDA » ce qui a contribué à son involution. [16]

Usages de produits psychoactifs à l'âge adulte (18-75 ans pour l'alcool et le tabac, 18-64 ans pour les autres produits) en 2017 dans la région Grand-Est et en France métropolitaine (%)

		Région Grand-Est			France métropolitaine		
		H (n=1010)	F (n=1149)	Ens. (n=2159)	H (n=11596)	F (n=13723)	Ens. (n=25319)
Alcool	Expérimentation	98	95	96*	96,1	93,1	94,6
	Usage régulier (≥ 10 usages dans le mois)	26	10	18	28,4	9,7	18,8
	Usage quotidien (≥ 30 usages dans le mois)	16	6	11	16,1	5,4	10,6
Alcoolisation ponctuelle importante (API)	Dans le mois (≥ 1 fois)	24	7	15	25,2	7,6	16,2
Tabac	Expérimentation	84*	72	78	81,2	70,5	75,7
	Quotidien (≥ 1 cigarette/jour)	33	28	30*	29,8	24,2	27,0
	Intensif (≥ 10 cigarettes/jour)	20*	14*	17*	15,7	10,2	12,8
Cannabis	Expérimentation	53	34*	43	52,7	37,2	44,8
	Usage dans l'année	15	6	11	15,1	7,1	11,0
	Usage régulier (≥ 10 usages dans le mois)	5	1	3	5,4	1,8	3,6
Poppers	Expérimentation	9	5	7*	11,7	5,8	8,7
Cocaïne	Expérimentation	6	2*	4*	8,0	3,2	5,6
MDMA/ecstasy	Expérimentation	6	3	4	7,3	2,7	5,0
Champignons hallucinogènes	Expérimentation	7	2*	4	8,0	2,7	5,3
LSD	Expérimentation	4	1	2	4,0	1,4	2,7
Amphétamines	Expérimentation	2*	1	2	3,2	1,2	2,2
Héroïne	Expérimentation	2	1*	2	2,1	0,5	1,3
Crack	Expérimentation	1	1	1	1,1	0,3	0,7

Source : Baromètre de Santé publique France 2017

Note : Les prévalences régionales sont arrondies à l'unité près pour des raisons d'effectif.

Note de lecture : 20* signifie que l'usage intensif de tabac des hommes dans la région est supérieur (test de Chi2 au seuil 0,05) à celui de leurs homologues du reste de la France.

Figure n°3 : Tableau comparatif des usages de produits psychoactifs à l'âge adulte en 2017 dans la région Grand-Est et en France Métropolitaine. [13]

3. La consommation de cannabis :

a. Qu'est-ce que le cannabis ?

Le cannabis est une drogue végétale produite à partir de la plante *Cannabis Sativa*.
(Figure n°4) [17]

Cette substance psychoactive est psychodysléptique, c'est-à-dire une substance capable de produire un état hallucinogène ou délirant. [18] [3]

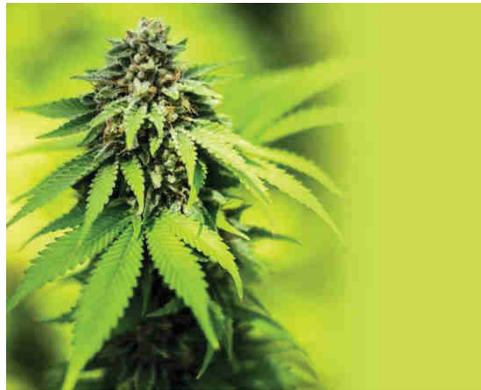


Figure n°4 : Plante *Cannabis Sativa*. [19]

Ce produit est utilisé par l'Homme depuis des siècles pour de multiples usages tels que la confection de corde et de vêtements grâce à la fibre de la plante appelée chanvre mais aussi en tant qu'aliment ou médicament. [20] [21]

Jusqu'en 500 avant JC son utilisation en tant que stupéfiant ne concernait que l'Inde. Il faudra attendre le XXème siècle pour que sa consommation soit associée à des rites religieux ou à un comportement récréatif. [17]

Lorsqu'il est utilisé en tant que stupéfiant, les individus le consommant recherchent un état euphorique, un état de contentement, une désinhibition, un sentiment de douceur, un calme intérieur, une euphorie, une prise de recul sur leur environnement ou une augmentation de la confiance en soi. [8] [21]

Aujourd'hui, la consommation de cannabis est un enjeu de santé publique car son usage est très répandu à travers le monde et ses conséquences sanitaires peuvent être sévères. C'est également la substance illicite la plus consommée en France. [22] [23]

Cette substance peut être retrouvée sous différentes formes : la marijuana, le hashish ou l'huile de hashish. [17] [21]

La marijuana est obtenue à partir de la plante entière tandis que le hashish est obtenu grâce à la résine présente au sommet de la plante. Le hashish est cinq à dix fois plus puissant que la marijuana et plus euphorique que celle-ci. L'huile de hashish est quant à elle encore plus puissante que le hashish. [8]

Le cannabis contient un groupe unique de produits chimiques qui sont pour certains psychoactifs : les cannabinoïdes. [17] [20]

On en retrouve plus de 60 types, cependant c'est seulement en 1964 qu'est découvert son principe actif, le delta 9 tétra hydrocannabinol ou THC qui est le cannabinoïde psychoactif provoquant le principal effet pharmacologique. [3] [8] [20] [21] Le THC lorsqu'il est métabolisé par le foie forme un métabolite appelé le 11-hydroxy-THC qui est lui aussi un agent psychoactif. Les cannabinoïdes sont produits par des petites glandes présentes à la surface de la plante *Cannabis sativa*. La concentration de THC varie en fonction de la source et de la préparation de la plante. [20] Nous pouvons retrouver cette plante sous sa forme femelle ou male, et la plante femelle est celle qui produit les fleurs contenant le plus de THC. [20] [21] De manière générale, la concentration en THC est moindre dans les branches, les feuilles et les graines. [20]

A l'état sauvage, la concentration de THC retrouvée sur la plante femelle est de 0,5% à 5%. [21]

Cependant, la concentration en THC des plantes actuelles est plus élevée. La sélection variétale ainsi que l'évolution des techniques de culture ont permis de produire des plantes avec un taux de THC de 25%. [21] Le THC peut s'accumuler dans la rate, le foie et les poumons et ses propriétés

lipophiles lui permettent de se stocker dans les tissus adipeux constituant des réserves de substance qui sont progressivement relâchées dans le corps. Le temps de demi-vie du cannabis est de 7 jours en moyenne et son élimination totale peut prendre 1 mois. [8] [20]

Le système biologique permettant aux cannabinoïdes d'avoir un effet psychotrope a été identifié dans les années 80. Le corps humain possède des récepteurs endogènes spécifiques aux cannabinoïdes, les récepteurs CB1 et CB2. [20] Ces récepteurs ont pour rôle la modulation de l'activité neuronale en affectant le second messager et le transport ionique. [20]

Ce stupéfiant largement utilisé à des fins récréatives ne provoque pas de dépendance lorsqu'il est consommé de manière peu fréquente et à petite dose. Lorsqu'il est consommé de manière intensive et prolongée, une tolérance est alors possible. Nous pouvons aussi observer une dépendance physique en cas de consommation intensive ce qui peut mener à des symptômes de sevrage relativement légers. [8]

b. Les différents modes de consommation :

Le cannabis peut se trouver sous 3 formes différentes.

La **marijuana** est la forme la plus fréquemment rencontrée. Elle est retrouvée sous forme de fleurs et de feuilles séchées.

Le **hashish** se présente sous la forme d'un bloc noir ou brun de résine obtenu après compression des capitules de la plante.

La forme la plus puissante est l'**huile de hashish** qui est une huile épaisse extraite du hashish. [20]

Le cannabis peut être mélangé à d'autres substances pour augmenter son volume tel que : du henné, des cires, de la paraffine, de la colle, des huiles de vidange, des déjections d'animaux ou encore des microbilles de verre ou de silice. [23]

Le cannabis peut être consommé de différentes façons :

- **Par inhalation :**

Le cannabis sous forme de marijuana ou de hashish peut être fumé dans une cigarette qui peut contenir ou non du tabac. [20] [24] [24]

Le tabac permet d'obtenir une meilleure combustion du cannabis. En moyenne, un joint de cannabis contient 0,5 à 1g de feuilles de cannabis. [20] A la différence d'une cigarette de tabac, le cannabis a tendance à être fumé sans filtre ou avec un mégot de plus petite taille ce qui entraîne une inhalation de fumée plus élevée. [22]

L'huile de hashish peut également être fumée en badigeonnant la feuille ou la pointe d'une cigarette. [20]

Le cannabis peut également être fumé grâce à des pipes dont la plus courante est la pipe à eau aussi appelé un « bong » ou un « bang » qui est une pipe artisanale nécessitant des pièces similaires à celle du narguilé.

(Figure n°5) [20] [23] L'intérêt d'utiliser cette pipe est que l'effet est plus intense et plus rapide que lorsque le cannabis est consommé dans une cigarette. [23]

Le principe de ces pipes à eau est que la fumée est aspirée à travers une couche d'eau ce qui permet d'éliminer une partie du goudron et des irritants. [20]

L'inhalation de cannabis est la façon de consommer la plus courante et la plus efficace car sa préparation est aisée et l'effet est rapide. [20] [17] Lorsque le cannabis est fumé, 50% du THC pénètre dans la circulation sanguine grâce à l'absorption pulmonaire, puis atteint le cerveau en quelques secondes. Des traces de THC seront encore présentes dans le cerveau de l'individu 24h après la consommation de cannabis. [20] [17]

Après inhalation, les effets du cannabis se font sentir en 10-20 secondes à quelques minutes et le pic est présent au bout de 10 minutes. Une heure plus tard, la concentration en THC baisse à 5-10%. [21]

Pour maximiser son absorption, les consommateurs ont tendance à inhaler profondément et à retenir leur souffle. [20] [22]

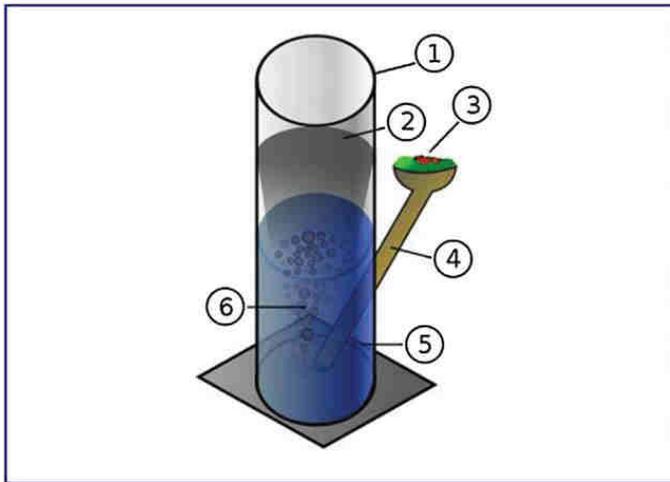


Figure 1. Représentation schématique d'un « bang » de cannabis.
1 : embout, 2 : récipient, 3 : douille, 4 : tuyau, 5 : socle, 6 : bulles.

Figure n°5 : Schéma représentant les différents éléments du « bang ». [25]

- **Par ingestion :**

Le hashish est soluble dans les graisses et l'alcool, ainsi il peut être introduit dans des aliments qui en contiennent tels que des biscuits ou des gâteaux. [20] Lorsque le THC est ingéré, sa concentration est diminuée de 25-30% par rapport à une consommation par inhalation car le THC est une première fois métabolisé par le foie. L'apparition des effets est retardée et commence 30 minutes à 2 heures après l'ingestion. Cependant, les effets du stupéfiant sont plus longs. [20] [21]

En deux millénaires d'histoire médicale, aucune surdose de cannabis n'a été enregistrée et l'effet immédiat de la consommation de cannabis est généralement un état plaisant car il altère l'attention, les performances cognitives et les performances psychomotrices de l'utilisateur. La nature de ces effets explique pourquoi cette substance est qualifiée de « drogue douce ». [21] [17]

Ces effets dépendent de la dose et de la qualité du produit et sont pour la plupart réversibles. [17]

Il existe de rare cas d'hospitalisation suite à un « empoisonnement » au cannabis. Le seul cas recensé d'une mort suite à la consommation de cannabis vient d'Inde, chez un patient porteur d'une anomalie cardiaque concomitante.

La dose létale estimée est de 20 000 à 40 000 fois le niveau d'une dose normale et s'explique par le nombre réduit de récepteur endogène CB2 dans le tronc cérébral. [21] [20]

c. Les indications médicales du cannabis :

Utilisé depuis plusieurs siècles, le cannabis connaît de nombreuses indications thérapeutiques. [8] [24] Cette substance illégale en France peut être dans certains cas prescrite sous forme synthétique et administrée par voie orale pour éviter le passage pulmonaire. [24]

Le cannabis peut être indiqué pour :

- **La psychose post-partum** [8]
- **L'insomnie** [8]
- **Son effet antiémétique :**
Récemment, cette substance fut indiquée pour les patients ayant recours à une chimiothérapie anticancéreuse ou lorsque les patients sont atteints du SIDA.
Il est depuis longtemps réputé en Asie pour soulager les nausées. [8] [20] [24]
- **Limiter la perte d'appétit, l'anorexie :**
Cette indication concerne encore une fois les patients ayant une chimiothérapie en phase terminale ou les patients atteints du SIDA mais aussi les patients atteints de sclérose en plaque ou d'une atteinte de la moelle épinière. [24]

- **Son effet antiasthmatique :**
Le cannabis permettrait d'augmenter la capacité des poumons à absorber de l'oxygène par bronchodilatation. [20]
- **Soulager l'anxiété :** chez les patients qui sont en phase terminale d'un cancer par exemple. [8]
- **Soulager la douleur :**
Cette substance est indiquée pour traiter les douleurs sévères telles que celles de la polyarthrite rhumatoïde ou de la névralgie. [8] [20]
- **Le glaucome :**
Il a été démontré que l'application topique de cannabis sur le globe oculaire permettait de diminuer la pression intra-oculaire. [8] [20]
- **Son effet anticonvulsivant ou pour soulager les spasmes musculaires involontaires** [8]

d. Les conséquences générales de son usage :

Malgré les vertus du cannabis, sa consommation surtout lorsqu'elle est chronique et prolongée peut entraîner des conséquences néfastes sur la santé générale de son utilisateur. [20] [24]

Etudier l'impact du cannabis n'est pas évident car les consommateurs le fument le plus souvent avec du tabac et peuvent avoir un mode de vie ou des comportements influençant la survenue ou l'évolution de certaines pathologies. [24]
L'ajout de certains adjuvants pourraient être la cause de certaines manifestations pathologiques. [24] [23]

Voici les principaux effets du cannabis sur le corps humain :

- **Les yeux rougis** [21]
- **L'apparition de fringales** [21]
- **Les propriétés analgésiques :**

Ce symptôme bien qu'utile peut s'avérer néfaste car les propriétés analgésiques du cannabis retardent la prise en charge de certains troubles comme les angines de poitrine car les douleurs thoraciques sont moins ressenties par le consommateur. [20] [17]

- **Des troubles cardiaques :**

La consommation de cannabis entraîne une tachycardie pouvant atteindre selon la dose administrée 50% de vasodilatation généralisée et une augmentation de la tension artérielle. [20] [24] [21]

Cette augmentation de la fréquence cardiaque augmente la charge de travail du cœur et donc sa demande en oxygène ce qui peut chez les individus les plus sensibles provoquer une ischémie. [20]

Le cannabis a été reconnu comme facteur déclenchant de l'infarctus du myocarde ce qui peut mener à une mort brutale. [24]

Dans l'heure qui suit l'absorption du produit, le risque d'infarctus du myocarde est multiplié par 5. [24]

Le cannabis provoque des troubles du rythme cardiaque tels que des fibrillations auriculaires paroxystiques, des tachycardies ventriculaires, des blocs auriculo-ventriculaires. [24]

- **Les AVC :**

Aucune étude épidémiologique n'a été réalisée pour confirmer ou infirmer le lien entre les AVC et le cannabis. Pourtant la question se pose car plusieurs cas ont été publiés chez de jeunes patients. Ces observations pourraient être expliquées par une diminution de la perfusion cérébrale causée par le THC contenu dans le cannabis. Le cerveau d'un consommateur entre 18 et 25 ans aurait une perfusion cérébrale comparable à un individu de 60 ans. [24]

- **Des troubles pulmonaires :** [3]

La fumée résultant de la combustion du cannabis a le même contenu que la fumée du tabac à l'exception de la nicotine. [20]

Elle contient un niveau plus élevé de certains composés cancérigènes. [20] [24]

La consommation de 3-4 cigarettes de cannabis par jour équivaut à fumer 20 cigarettes de tabac ou plus par jour. Cette différence est liée à l'absence de filtre sur les cigarettes de cannabis ainsi qu'à une inhalation plus profonde. [20]

La quantité de goudron est 3 fois supérieure à celle d'une cigarette de tabac qui est retenue dans les voies respiratoires. [20]

Les consommateurs chroniques sont sujet à des toux, des bronchites, une respiration sifflotante, un emphysème, des expectorations, une inflammation des voies respiratoires et une modification de la croissance des cellules bronchiques. [20] [24] [23]

La prédisposition des consommateurs aux infections respiratoires est aussi liée au fait que la capacité de phagocytose des macrophages alvéolaires est altérée par la consommation de cannabis. [20]

On observe une augmentation du risque de survenue du cancer du poumon et de la tuberculose pulmonaire chez les consommateurs de cannabis. [24]

- **Des hémoptysies :**

Ce symptôme surviendrait principalement chez les consommateurs de cannabis utilisant des pipes à eau fabriquées avec du plastique depuis au moins 3 ans ou plus de 4 fois par jour. [23]

Actuellement, nous ne pouvons dire si ces manifestations sont liées au cannabis ou aux matériaux utilisés pour la fabrication du « bong ». [23]

- **Un risque majoré d'apparition de cancers des voies aéro-digestives supérieures :** [3]

Selon certaines études, le cannabis et en particulier sa fumée serait 3 à 5 fois plus irritante et cancérigène que la fumée du tabac. [3]

Cette augmentation du risque cancérigène serait liée aux habitudes des consommateurs d'inhaler profondément le produit et de retenir leur souffle ce qui faciliterait le dépôt des produits cancérigènes dans les voies respiratoires. [22]

Sa fumée contiendrait des produits potentiellement cancérigènes tel que : les hydrocarbures polyaromatiques, le monoxyde de carbone, l'acétaldéhyde, le toluène, le naphthalène, le benzanthracène et le benzopyrène. [8]

- **Risque accru de cancer :**

Le cannabis possède un tableau clinique proche de celui du tabac. [24]
En plus des cancers des voies aéro-digestives supérieures, d'autres cancers ont été identifiés comme le cancer du poumon et plus rarement le cancer de la prostate, de la vessie et du col de l'utérus. [24]

Il semblerait que comme pour le cancer des voies aéro-digestives supérieures, l'apparition du cancer peut être plus précoce que lorsque celui-ci est causé par le tabac. [22]

Le risque de cancer du poumon augmente de 6 à 8 fois. [22]

- **L'immunodépression :** [24]

L'immunodépression provoquée par la consommation de cannabis a été observée dans de nombreuses études, cependant des études supplémentaires sont nécessaires pour statuer sur ce symptôme. [20]

La consommation de cannabis provoquerait un retard dans la maturation des monocytes. [8]

La diminution du nombre des lymphocytes B et T a été démontrée bien que ces effets soient réversibles à l'arrêt de la consommation de cannabis. [8] [20]

Il a été également mis en évidence que la diminution de la résistance de l'hôte face aux infections bactériennes et virales serait liée à l'impact de la substance sur les macrophages et les cellules tueuses naturelles [20] [17]

- **Des troubles de la reproduction :**

Les deux sexes subissent des difficultés pouvant mener à une infertilité. [24]

L'équilibre hormonal semble bouleversé pour les deux parties. Pour la femme, le cannabis aurait un effet anti-oestrogénique et pour l'homme, la concentration du sperme en spermatozoïdes et leur mobilité sont réduites [24]

- **Des malformations congénitales :**

On observe des troubles du développement intra-utérin comme le risque du ventricule unique ainsi que des malformations congénitales et le développement de certaines tumeurs pédiatriques. [24]

Le risque de cancer pédiatrique est augmenté lorsque la mère consomme du cannabis, mais également si le père en consomme autour du temps de conception. Lors d'une grossesse avec consommation chronique de cannabis, l'enfant est souvent de faible taille et poids et son temps de gestation est réduit. [24]

Selon la période d'exposition, le risque de la mort subite du nourrisson peut être augmenté. [24]

- **Des troubles cognitifs et mnésiques :** [3]

Les troubles de la mémoire à court terme sont réversibles après l'arrêt du cannabis. [21]

- **Des troubles anxieux, dépressifs :**

Les troubles anxieux et dépressifs sont observés chez les consommateurs ayant une toxicomanie chronique au cannabis. [24]

Les attaques de panique représentent le trouble le plus fréquent chez les consommateurs de cannabis. Ce phénomène peut survenir lors de la première consommation ou lors d'un usage régulier. Le consommateur ressent alors une anxiété brutale, la peur de devenir fou, de perdre le contrôle ou de mourir. [24] Des symptômes physiques se rajoutent à la crise comme des palpitations, des vertiges ou une sensation d'étouffement. [24]

Les symptômes ou les troubles dépressifs peuvent être causés par la consommation de cannabis en fonction de l'intensité de la consommation. Ces troubles peuvent mener à des tentatives de suicide. [21]

- **Le syndrome amotivationnel :**

L'utilisation prolongée de cannabis mènerait à des comportements où l'individu aurait une perte d'intérêt généralisée, un état d'indifférence, une apathie, une fatigabilité importante avec une baisse d'énergie et des troubles de la concentration pouvant mener à des difficultés socio-professionnelles. [3] [24]

- **Des maladies psychiatriques :**

Ces troubles sont décrits depuis le XIXème siècle dans le livre « Du Hashish et de l'aliénation mentale » écrit par le psychiatre Jacques-Joseph Moreau de Tours. [24]

De nos jours, il a été largement démontré que le cannabis pouvait entraîner des troubles psychiatriques ou aggraver des troubles psychiatriques préexistants. [20] [24]

L'apparition de ces troubles varie de manière interindividuelle en fonction de la posologie, du mode d'administration, de l'environnement et de la personnalité du consommateur. [20]

Les récepteurs endogènes CB1 se situent dans le cortex, les aires limbiques, les noyaux gris centraux, le cervelet et les zones thalamiques ce qui explique les effets du cannabis sur la santé mentale du consommateur. [20]

Des troubles délirants ou psychotiques avec une éventuelle apparition de schizophrénie sont possibles. [3] [20]

Lors des psychoses, l'individu est confus, désorienté et peut subir des hallucinations auditives et visuelles. [20]

A long terme, ces épisodes de psychoses peuvent mener à l'apparition d'une schizophrénie.

Un épisode psychotique peut survenir de manière aiguë et régresser en quelques heures ou semaines. Malheureusement, il peut dans certain cas être un symptôme inaugural de pathologies psychiatriques chroniques. [24]

Aujourd'hui, nous n'avons pas encore de moyens fiables permettant d'identifier les sujets à risque. [24]

- **Risque de « psychose cannabique » :**

Cette psychose est caractérisée par la survenue d'hallucinations et/ou d'idées délirantes. Ces symptômes peuvent durer jusqu'à 1 mois après l'intoxication au cannabis. Il est très important de ne pas banaliser ces épisodes car ils peuvent mener à l'apparition d'une schizophrénie ou d'une bipolarité de l'humeur. [24]

e. Les conséquences bucco-dentaires de son usage :

Le cannabis peut entraîner des répercussions sur la sphère orale telles que :

- **Une xérostomie :**

Suite à une intoxication intensive. [8] Cet effet favorise la survenue des caries dentaires. [20] [26]

- **Baisse de la qualité salivaire :**

La consommation de cannabis provoque une baisse du Ph salivaire qui devient donc plus acide. La salive est épaisse, blanchâtre et collante. [21]

- **Incidence des caries augmentée :**

Ce symptôme pourrait être lié au mode de vie adopté par le patient consommateur de cannabis ainsi que son niveau d'hygiène bucco-dentaire. [8] [20] [21] [17] [26]

- **Maladie parodontale :**

La consommation de cannabis favorise la gingivite et la perte osseuse alvéolaire des individus la consommant. [3] [8] [20] [21] [17] [26]

Chez les consommateurs de cannabis, l'indice de plaque est plus élevé. [20] [17]

La consommation de cannabis maintient une inflammation chronique de la muqueuse buccale. Cette inflammation pourrait être due à la température élevée de la combustion et/ou aux produits chimiques contenus dans la fumée. [17]

Nous pouvons observer chez les consommateurs des gingivites ainsi que des stomatites très inflammatoires. [3]

- **Candidose :**

La prévalence et la densité des candidoses sont augmentées chez les patients consommant du cannabis. Cela pourrait être dû aux hydrocarbures que contient le cannabis et qui sont une source d'énergie pour ces pathogènes. [20] [17] Il faut également prendre en compte, l'immunosuppression induite par le cannabis, le niveau d'hygiène, le niveau d'hygiène prothétique et le déséquilibre nutritionnel présenté par le toxicomane. [20]

En plus des candidoses, d'autres affections fongiques sont observées telles que : la perlèche, la glossite losangique médiane, la langue noire villositaire ou la langue chevelue. [21]

- **Des troubles sensoriels.** [3]

- **Des modifications de la muqueuse buccale comme des hyperplasies gingivales.** [3] [26]

- **Une augmentation des cancers buccaux :** [26]

Sous l'effet du cannabis, l'incidence des carcinomes épidermoïdes buccaux est augmentée, liée aux modifications épithéliales que le cannabis provoque. [8] La fumée est associée à la dysplasie de la muqueuse épithéliale menant à des lésions buccales précancéreuses, des leucoplasies et des erythroplasies. [20] [17]

La majorité de ces cancers se situe sur le plancher ou la langue du patient qui sont pour la plupart retrouvés chez des patients jeunes de moins de 50 ans mais qui comportent des tumeurs agressives ce qui nécessite un traitement plus radical. [20]

- **Une apparition fréquente de papillomes buccaux :**

Ces lésions apparaîtraient sur des sites peu communs tels que la gencive linguale où le risque de traumatisme et d'irritation chronique est faible. [8]

Ces lésions pourraient être liées à la suppression de la réponse immunitaire causée par le cannabis, mais le virus du papillome humain pourrait également jouer un rôle. (Figure n°6) [20]

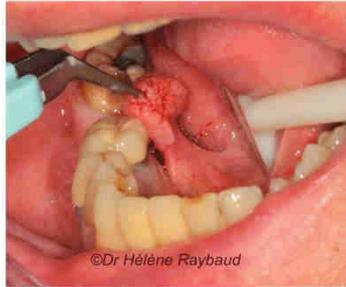


Figure n°6 : Photo d'un papillome prenant naissance au niveau du plancher buccal. [27]

- **Un œdème et un érythème de la luette :**

Ce symptôme est rapporté chez des consommateurs de hashish. [8]

- **Une leucoplasie :**

Ce symptôme est rapporté lors de consommation excessive de marijuana.

(Figure n°7) [8]



Figure n°7 : Photos représentant une leucoplasie. [21]

- **La « stomatite au cannabis » :**

Cette stomatite à lieu lorsque le cannabis est fumé ou mastiqué, et se manifeste par un leuco-œdème et une hyperkératose orale. [8] [20]

Le cannabis provoque une modification de l'épithélium buccal aboutissant à des symptômes aigus comme une irritation et une anesthésie superficielle de l'épithélium buccal mais également une sialostasie et une xérostomie. [20]

La leucoplasie de la « stomatite au cannabis » peut évoluer en néoplasie. [20]

Le leuco-œdème semblerait provenir en partie d'une irritation légère et répétée formant une décoloration pelliculeuse opaque, blanche ou gris ardoise de la muqueuse. Lorsque la muqueuse est relâchée, la lésion paraît ridée, plissée mais lorsque le tissu est tendu, la lésion disparaît partiellement, ce qui permet de la différencier des autres lésions potentiellement cancérigènes. [17]

4. La consommation de cocaïne :

a. Qu'est-ce que la cocaïne ?

La cocaïne ou benzoylecgonine est une substance illicite produite à partir de feuilles d'*Erythroxylon coca*. [28] [29] [26]

Les feuilles encore vertes sont plongées dans un solvant organique puis dans de l'acide chlorhydrique ce qui permet d'extraire le chlorhydrate de cocaïne, qui est un sel soluble dans l'eau et pharmacologiquement actif. [30]

Faisant partie des psycho-analeptiques, cette substance a des propriétés excitantes sur l'activité cérébrale pouvant créer une euphorie intense, des hallucinations ou des prouesses physiques. [3] [8]

La cocaïne est sympathomimétique et stimule le système dopaminergique produisant ainsi ses effets. [31]

On estime que cette substance est utilisée depuis au moins le VI^{ème} siècle. [8] Les Indiens d'Amérique du Sud ont pendant des siècles consommé des feuilles de coca pour ses vertus euphoriques mais également dans des rituels religieux. [8] [28] Les feuilles ainsi mâchées permettaient d'augmenter l'endurance et de soulager la fatigue et la faim. [8]

Aux Etats-Unis lors de la fin du 19^{ème} siècle, elle fut utilisée comme stimulant ou comme moyen thérapeutique lors de l'anesthésie dentaire, l'ophtalmologie ou l'oto-rhino-laryngologie. [3] [8] [31]

Par la suite, elle fut également utilisée dans le sevrage de l'alcoolisme et de l'addiction à la morphine. [3] [8]

Son usage fut détourné et son utilisation devint illégale en 1914 aux Etats-Unis suite à la découverte de ses propriétés addictives. [8] [31]

La cocaïne fut, depuis les années 1950, principalement consommée par des individus de la classe socio-économique moyenne à supérieure car le coût de la substance est

élevé. [8]

Une autre substance illicite qui découle de la cocaïne apparaît à partir de 1986. Nous la retrouverons en France dans les années 90. Le sulfate de cocaïne, plus connu sous le nom de crack est développé. [3] On obtient ce dérivé de cocaïne solide en mélangeant de la cocaïne non raffinée avec de l'ammoniaque ou du bicarbonate de sodium. [3]

Peu à peu, ce produit fut de plus en plus utilisé car son coût est faible et il est donc facilement accessible. [3]

La dépendance au crack est extrêmement rapide et très forte. [3]

b. Les différents modes de consommation :

La cocaïne est vendue sous forme d'une poudre blanche cristalline. [8] Le crack est quant à lui disponible sous forme solide. [28]

On peut « couper » la cocaïne avec divers adjuvants tels que : la quinine, la caféine, le talc, le plâtre de Paris ou des amphétamines. Il peut aussi être rajouté à de la cocaïne de la lidocaïne et de la procaïne ce qui augmente son effet anesthésiant. [28]

Il existe plusieurs façons de consommer ces substances :

- **Par injection :**

Elle peut être consommée par injection intra-veineuse ou sous cutanée. [8]

La popularité du crack aurait selon certains auteurs rendu l'injection de cocaïne obsolète. [28]

- **Par voie orale :**

La cocaïne est parfois frottée sur les gencives ou la muqueuse buccale du consommateur. Cette pratique peut avoir différents buts. [8] Le consommateur peut vouloir tester la pureté du produit, ou alors il souhaite obtenir un

soulagement de son inconfort buccal en utilisant les propriétés anesthésiques du produit. [8] [28]

Les feuilles de coca peuvent être consommées telles quelles ou après un éventuel ajout de chaux éteinte ou d'hydroxyde de calcium. Préparée comme cela, la feuille peut être mâchée 2 à 3 heures. [8]

- **Par voie nasale ou sniff :**

Cette méthode est la méthode d'administration principalement utilisée par les consommateurs. [28]

- **Par inhalation :**

Pour être fumée, la cocaïne doit se trouver dans un état solide. Pour fumer de la cocaïne, il faut la transformer en crack, appelé comme cela car lorsqu'il est chauffé, le produit émet des craquements. [28] [29]

Les consommateurs utilisent soit des pipes ordinaires, soit des pipes artisanales pour fumer le produit. [29] Son effet est alors extrêmement rapide, plus rapide que l'injection intra-veineuse. [3] Le produit passe dans la circulation artérielle pulmonaire ce qui lui permet d'être rapidement assimilé. [3]

Cependant, le produit ne fait pas effet longtemps. [3]

- **Par voie vaginale ou rectale** [8]

c. Les conséquences générales de son usage :

L'usage de cocaïne peut entraîner de multiples manifestations telles que :

- **Une mydriase** [28] [31]
- **Une anorexie** [31]
- **Une diminution du désir de dormir** [28] [31]

- **Une augmentation de la température corporelle** [8] [28]
- **Des troubles de l'innervation** : pouvant aboutir à une paresthésie et/ou à des troubles moteurs [3]
- **Un effet anesthésiant** :
La cocaïne possède un effet anesthésiant réversible en se liant aux canaux sodium dans l'axoplasme des neurones permettant de bloquer la génération d'un potentiel d'action. [28]
- **Des troubles de l'agrégation plaquettaire** : avec la formation de micro-agrégats. [3]
- **Une insuffisance rénale** [3]
- **Une vasoconstriction puissante** :
Le produit ayant un effet sympathomimétique, son action peut entraîner des pathologies telles qu'un infarctus du myocarde, une dépression respiratoire sévère ou des hémorragies méningées. [3] [31]
- **Une hypertension artérielle, une tachycardie, une augmentation de la fréquence respiratoire** :
Avec des doses croissantes de cocaïne, l'état d'excitation est progressivement remplacé par une dépression du système nerveux central pouvant mener à une diminution de la fréquence respiratoire et des périodes d'apnée. [28] [31]
- **Des manifestations cardiaques** :
Les consommateurs peuvent souffrir d'un syndrome coronarien aigu, de troubles du rythme cardiaque, de crises hypertensives, de dissection aortique, d'une occlusion artérielle aigue mais également d'une angine de poitrine, d'un infarctus du myocarde ou d'une mort subite d'origine cardiaque. [32][8] Ces pathologies s'expliquent par le fait que la cocaïne est sympathomimétique, ainsi

elle entraîne une augmentation de la fréquence cardiaque mais également de la demande en oxygène du cœur. Son effet vasoconstricteur sur les artères diminue l'apport en oxygène. La combinaison de ces différents effets mène donc à des pathologies telles que les angines de poitrine, des infarctus du myocarde ou des dysrythmies cardiaques. [28] [31]

- **Des complications pulmonaires** : [3]

Ces manifestations peuvent être diverses, l'individu peut souffrir d'un pneumothorax, d'un œdème pulmonaire non cardiogénique, ou alors d'une aggravation de ses maladies pulmonaires préexistantes. [32]

- **Des troubles neurologiques** :

La cocaïne peut provoquer des convulsions ou des accidents vasculaires cérébraux, plus rarement, il peut provoquer une vascularite. [32]

- **Des lésions des muqueuse ORL** :

Ces lésions peuvent être présentes sur les voies aérodigestives supérieures avec des brûlures ou alors se manifester par des infections naso-sinusiennes telles que les rhinites ou les sinusites. [14] Nous pouvons détecter la sinusite maxillaire grâce à une radiographie dentaire panoramique. [31]

Les lésions de la muqueuse nasale sont fréquentes et peuvent se limiter à une simple irritation ou à une épistaxis mais peuvent également évoluer en ulcération voire en perforation lorsque le produit est administré de manière abusive par voie nasale (observé chez 5% des renifleurs de cocaïne). [32][8]

[28] [32] [31] Une nécrose des cloisons nasale est possible avec dans de rares cas une nécrose extensive de la face. [32] (*Figure n° 8*)

La perforation de la cloison nasale est observée chez environ 5 % des consommateurs de cocaïne par voie nasale. [28] Cette perforation donne un aspect atypique au nez de l'individu. [28] Il est large et plat, on l'appelle un nez de selle. [28] (*Figure n°9*)

Ces conséquences seraient liées aux effets vasoconstricteurs de cette substance qui provoqueraient une ischémie locale, menant à la nécrose du tissu. [28] [32] Cependant, ces complications pourraient également être liées

aux adjuvants rajoutés au produit pour le « couper » qui provoqueraient une irritation chimique des tissus. [28]

Mis à part la gêne mécanique d'une telle perforation, les patients atteints par ce type de complications ont un système de transport mucociliaire nasal diminué. Ce système étant diminué, le consommateur est plus exposé aux infections telles que celles provoquées par *Staphylococcus aureus* ce qui pourrait contribuer aux lésions tissulaires nasales. [28]

Pour le chirurgien-dentiste, différencier les douleurs sinusiennes des douleurs dentaires n'est pas tâche aisée. [31]



Figure n°8 : Photographie d'une perforation du septum nasal suite à la consommation abusive de cocaïne. [28]



Figure n° 9 : Photographie de profil d'un homme ayant le nez déformé par la consommation de cocaïne. [28]

- **Une diminution de la réponse immunitaire :**

Cette manifestation est controversée, certaines études *in vitro* démontrent que la cocaïne à très forte concentration réduirait la réponse immunitaire. Les études *in vivo* se contredisent, certaines ont pour conclusion une suppression immunitaire, d'autres une stimulation immunitaire et d'autres aucun effet. [8]

- **Des infections :**

Le partage des pailles de snif ainsi que des aiguilles peut transmettre à l'utilisateur des pathologies telles que le VIH, l'hépatite B ou C. [32] [8]

L'injection du produit peut également créer des abcès ou d'autres complications cutanées au niveau du site de l'injection. [32]

La consommation de cocaïne augmenterait également de manière indirecte le risque d'infections sexuellement transmissibles. [32]

- **Des effets intra-utérins :**

La consommation de cocaïne diminue le tour de tête occipital frontal à la naissance, peut provoquer une arythmie cardiaque chez le nouveau-né ou une prématurité. [32] [28]

Sa consommation aurait un léger effet sur le développement de la parole. [28]

Au cours de la grossesse, ce produit pourrait être responsable d'un retard de croissance intra-utérin, d'un hématome rétro-placentaire et d'un infarctus utérin. [32]

- **Des hallucinations visuelles, auditives et cutanées :** [3]

Le consommateur peut voir par exemple la « lumière de la neige » qui sont des rayons lumineux colorés en bordure des champs. Ils peuvent également avoir des hallucinations tactiles telle que la formication qui est la sensation d'avoir des insectes qui rampent sous ou sur la peau. [31]

- **Des troubles psychiatriques :**

La consommation de cocaïne peut mener à des altérations variables des fonctions cognitives pouvant atteindre les capacités attentionnelles de l'individu ainsi que sa mémoire de travail, sa mémoire visuelle ou sa mémoire des fonctions exécutives. [32]

Sa consommation peut également provoquer des troubles de l'humeur chez le consommateur comme un épisode dépressif ou anxieux. [32] Il peut également être plongé dans un état paranoïaque, délirant ou développer des manies ainsi qu'une schizophrénie. [32] [8] [28]

Les patients ayant des comorbidités psychiatriques tels que des troubles anxieux, des troubles de la personnalité, des troubles bipolaires ou une hyperactivité avec déficit attentionnel seraient plus enclins à développer les troubles psychiatriques nommés précédemment.

- d. **Les conséquences bucco-dentaires de son usage :**

La cocaïne a de multiples effets délétères sur la cavité buccale et sur les dents. Voici ses principales manifestations :

- **Une xérostomie :**

De manière générale, la cocaïne provoque une xérostomie. [31] [26] Les médicaments utilisés pour réduire les symptômes de sevrage peuvent également être à l'origine d'effets secondaires délétères pour la sphère bucco-dentaire.

En effet, les antidépresseurs provoquent une xérostomie. [28] Nous pouvons également citer le lithium et la lévodopa ® qui sont eux aussi utilisés dans le sevrage de cocaïne et qui provoquent une dysgueusie. [28]

- **L'incidence des caries et de la perte des dents est élevée** [28] [31] [26]

- **Une maladie parodontale :**

Cette manifestation n'est pas directement liée à la consommation de cocaïne, cependant, on remarque que chez les patients consommant de la cocaïne l'incidence de la maladie parodontale est plus élevée. [29] [31] [26]

Il a été prouvé que la cocaïne augmentait la production d'interleukine 8 responsable d'un état inflammatoire. [29]

Ramos Cury et Nunes dos Santos en 2016 démontrent qu'il n'y a pas de lien entre la dépendance à la cocaïne ou au crack et la maladie parodontale contrairement aux précédentes études. [29]

Dans cette étude regroupant 160 sujets dont 40 sont dépendants à la cocaïne ou au crack, les scientifiques démontrent après ajustement des covariables que la maladie parodontale n'est pas liée à la consommation de crack ou de cocaïne mais à l'indice de plaque et à l'âge des patients. [29]

- **Une candidose, une chéilite angulaire** [31] [26]

- **Abrasion cervicale dentaire :**

Ce phénomène peut être lié soit à l'application de cocaïne directement sur la dent ou alors il peut être lié à des brossages vigoureux et intempestifs de l'utilisateur sous l'emprise du stupéfiant. [3] [8] [28] [31] [26]

Les consommateurs de cocaïne auraient ce type de comportement surtout lors des phases de manque ou lors de certaines hallucinations sensorielles telles que les fourmillements. [3]

Généralement, nous retrouvons ces abrasions sur le côté gauche des droitiers et inversement pour les gauchers. [31]

- **Des lacérations gingivales :**

Ce phénomène serait également dû à un brossage violent du consommateur. [3] [28] [31] [26]

- **Une érosion dentaire :**

Cette érosion dentaire touche les faces cervicales ainsi que les faces occlusales des dents des consommateurs de cocaïne. [8] [30] Certains cas rapportent des sensibilités dentaires des dents concernées. [8]

A l'état pur, la cocaïne présente un pH de 4,5, cependant lorsqu'elle est mélangée à la salive, ou en contact avec la muqueuse orale ou nasale, le produit devient acide. [30] La poudre de cocaïne dissoute dans la salive entraîne une diminution du pH salivaire. [28] Cette diminution augmente le risque de dissolution des dents du consommateur. [28]

Les dents apparaissent lisses et vitreuses. [28] [30] Leur émail est fin, voire inexistant. [30] Les consommateurs ayant des érosions dentaires consomment la cocaïne soit par insufflation nasale ce qui amène le produit dans l'oropharynx puis dans la bouche ce qui cause une érosion dentaire. [30] Soit le consommateur applique le produit directement sur les gencives et ainsi les dents adjacentes sont touchées. [30]

- **Des troubles occlusaux :**

Ces troubles comprennent des douleurs oro-faciales, des dysfonctionnements temporo-mandibulaires ou alors du bruxisme. [3] [8] [28] [31] [4] Le bruxisme mène à un aplatissement des pentes cuspidiennes des dents des consommateurs ainsi que des douleurs au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire et des muscles masticateurs. [8] [28] [31]

Des études chez le rat ont confirmé que la consommation de cocaïne augmentait significativement le taux d'attrition et de mastication non fonctionnellement activées. [28]

Dans le rapport de cas de *Lary et Johnson de 1987*, il est aussi rapporté des sensibilités musculaires au niveau des muscles masticatoires et un cliquetis de l'articulation temporo-mandibulaire. [8]

- **Glossodynie [31]**

- **Des saignements post-extractionnels, des pétéchies et des saignements gingivaux diffus :**

Ces manifestations sont dues à la thrombocytopénie que provoque l'usage de cocaïne. [3] [26]

- **Des lésions de la muqueuse orale :**

Dans ce type de manifestation, ce qui est en cause est l'application topique du stupéfiant sur la muqueuse. Son application provoque une inflammation très marquée du tissu et peut également provoquer des saignements de celui-ci. [3] Ces lésions peuvent évoluer vers des rétractions gingivales, des ulcérations voire des nécroses dans les cas les plus graves. La nécrose peut atteindre et impliquer l'os alvéolaire sous-jacent si l'application de cocaïne sur la muqueuse gingivale est chronique. [3] [8] [28] [32]

Des échantillons de muqueuses ont été étudiés histologiquement et les résultats montrent une vascularite superficielle du tissu. [8] Nous pouvons confirmer que le produit a un effet ischémique et que c'est cet effet qui provoque la nécrose des tissus et de l'os sous-jacent. [8] Les patients, après un arrêt strict de la cocaïne peuvent dans la majorité des cas, voir leurs lésions gingivales disparaître spontanément dans les 2 semaines à 18 mois qui suivent. [28]

- **Des perforations palatines :**

La consommation chronique de cocaïne peut causer des perforations des cloisons nasales et des perforations du palais. [28] [26] [4] Depuis 1989, il a été signalé au moins 45 cas de perforations oro-nasales suite à la consommation de cocaïne. [28]

Il semblerait que la perforation du palais soit une complication de la perforation nasale. La perforation nasale apparaît en premier et quelques mois plus tard, la perforation palatine s'agrandit. [28]

Le diamètre de cette perforation peut varier de 2 à 30mm et semble toucher majoritairement le palais dur. [28]

Cette perforation semble également affecter une majorité de femme. Selon *Brand, Gonggrijp & Bla en 2008*, 72% des patients atteints de nécrose palatine sont des femmes. [28] En outre, les patients présentant ce type de perforation rencontrent des difficultés de communication. Leur discours est hypernasal et leur articulation est difficile. Cette perforation provoque un reflux oro-nasal rendant leur alimentation et leur hydratation difficiles. (Figure n° 10) [28]



Fig. 3 Intraoral view showing extensive palatal perforation in the patient depicted in Figure 2. (reproduced with permission from the *Journal of Disability and Oral Health*)

Figure n°10 : Photographie représentant une perforation palatine chez un consommateur de cocaïne. [28]

5. La consommation d'héroïne :

a. Qu'est-ce que l'héroïne ?

L'héroïne (ou diacétylmorphine) est ce qu'on appelle un opiacé, c'est-à-dire une substance qui contient de l'opium. [15]

En effet, l'héroïne est créée par acétylation de la morphine (un des alcaloïdes de l'opium) qui est fabriquée à partir de la sève des graines de pavot. [15] [8] L'héroïne est considérée comme un opioïde car elle produit un effet analogue à celui de la morphine. [33]

Bien que l'opium fût déjà consommé au VI^{ème} siècle, l'héroïne fut quant à elle synthétisée pour la première fois en 1874. [3] [8] On s'en servait à ce moment-là à des fins médicales pour traiter l'insomnie, la douleur ou les pathologies pneumologiques. [3]

Elle fut commercialisée en 1898 par la firme Bayer comme antitussif afin de soulager les patients atteints de maladies pulmonaires sévères. [15]

Cependant, comme ce fût le cas pour la cocaïne, son usage fût détourné et ses dangers apparurent, c'est pourquoi ils furent tous deux interdits en 1963. [3]

Cet opiacé semi-synthétique fait partie des psycholeptiques car il a un effet dépressur du système nerveux central. [3] [15]

Par conséquent, son effet est sédatif et analgésique. [8] Il produit sur les individus qui le consomment un sentiment de bien-être intense, un apaisement et une euphorie. [36]

L'héroïne est plus liposoluble que la morphine, ainsi elle traverse plus facilement la barrière hémato-encéphalique ce qui permet à cet agoniste des récepteurs opioïdes d'agir plus rapidement. [15]

b. Les différents modes de consommation :

L'héroïne consommée peut être appelée « la brune », « blanche » (perçue comme de meilleure qualité mais plus difficile à trouver), « came », « héro » mais aussi « rabla ».
[16]

L'héroïne dans sa forme la plus pure est une poudre cristalline blanche et fine. Selon sa fabrication et les additifs incorporés, elle peut avoir différentes consistances : sous forme de poudre, sous forme de substance brunâtre parfois granuleuse, de gomme poisseuse... [34]

Divers produits sont utilisés pour la diluer : du sucre, du bicarbonate de soude, de l'amidon, du talc, de la quinine, du lait en poudre... [8]

L'héroïne peut être consommée de plusieurs façons :

- **Par voie nasale, autrement dit en « sniff »** [8] :

C'est le mode d'administration le plus utilisé selon l'analyse menée sur une quarantaine d'usagers d'héroïne par *Reynaud-Maurupt, Verchère, Toufix & Bello en 2003*. [16] [15] [26]

- **Par inhalation :**

- Dans une cigarette ou un joint. [16] [26]

- « En chassant le dragon » ou « chinesisg » [16]. :

Ce mode de consommation serait né à Hong Kong dans les années 50 avant de se répandre au Pays-Bas dans les années 70 puis à travers le monde. Il consiste à chauffer la poudre d'héroïne posée sur un support en aluminium pour en inhaler la vapeur qui se dégage du produit lors de son évaporation. Cette pratique procurerait un effet intense et immédiat en pénétrant dans les alvéoles pulmonaires. [15]

- **Par injection :** par voie intraveineuse ou sous-cutanée. [8] [16] [26]

L'héroïne est également utilisée en simultanée avec d'autres substances pour :

- **En moduler les effets** : par exemple elle peut être consommée mélangée à des stimulants tels que la cocaïne. [16]
- **Masquer les effets d'autres substances ou se calmer** : certains consommateurs utilisent de l'héroïne pour améliorer le déroulement des descentes de substances hallucinogènes ou pour masquer les usages abusifs de drogues devenus problématiques. [16]

c. Les conséquences générales de son usage :

Selon un groupe d'expert au Royaume-Uni, l'héroïne serait la drogue la plus dommageable pour le consommateur devant la méthamphétamine, le crack et l'alcool. [15]

D'autres affirment qu'elle serait moins dangereuse que la cocaïne. En effet, sa dangerosité viendrait de son mode de consommation. En outre absorber de l'héroïne par voie parentérale augmente significativement ses risques par rapport aux autres modes de consommation. [3]

La consommation d'héroïne peut se traduire par les manifestations suivantes :

- **Constipation** : la motilité gastro-intestinale est réduite [3] [15]
- **Dysurie** [36]
- **Myosis** [36]
- **Anorexie** : diminution de l'appétit, nausée, vomissement. [3] [15]
- **Hypotension orthostatique** [3]

- **Dépression respiratoire aigüe** : mortelle en cas de dose trop élevée. [3] [15] [26]
- **Bradypnée, bradycardie et hypotension** : qui peuvent en cas de dose trop importante provoquer un coma. [15] [36] [26]
- **Démangeaison cutanée** [15]
- **Faible masse osseuse avec parfois une ostéoporose** : ce symptôme est soupçonné car il pourrait aussi être la conséquence d'un mode de vie malsain. [15]
- **Un effet délétère sur les cellules cardiaques** : ce symptôme est aggravé par la consommation de méthadone. [15]
- **Une altération du système veineux** : lorsque le produit est administré par voie parentérale ce qui peut occasionner un abcès, une nécrose, voire une septicémie. [15]
- **Des pathologies pulmonaires** : lorsque le produit est inhalé tel que la fibrose ou l'embolie pulmonaire [15]
- **Des comorbidités psychiatriques** : troubles de la personnalité, troubles affectifs, troubles anxieux et dépressifs. [15]
- **Immunosuppression** :
Les opioïdes ont pour effet la diminution du ratio lymphocytaire CD4/CD8, une réduction de la production des immunoglobulines et des facteurs de nécrose tumorale ainsi que la suppression de l'activité des cellules tueuses naturelles. [33]
Par conséquent, les consommateurs sont couramment atteints d'infections telles que :
-Le VIH [8] [15] [33]

- Les hépatites [8] [15] [33]
- L'endocardite infectieuse [8] [33]
- Le tétanos [15]
- La tuberculose [15]

Cette spécificité doit être particulièrement prise en compte dans la prise en charge des soins bucco-dentaires. [33]

Les produits ajoutés à l'héroïne tels que le talc, le bicarbonate de soude... introduisent dans la circulation sanguine des micro-organismes lorsque celle-ci est consommée par voie parentérale ce qui peut causer une endocardite infectieuse par exemple. [8] Aux Etats-Unis, d'après Terry & Rees en 1992, 21 à 28% des cas de SIDA sont imputables à la consommation de drogue par intraveineuse et notamment au partage d'aiguille. [8]

En outre, il faut aussi être conscient que cette immunosuppression bien que dûe à la consommation d'héroïne, peut être également causée par d'autres facteurs tels que l'alcoolisme, les carences nutritionnelles qui nuisent elles aussi au système immunitaire. [33] De plus, cette action immunosuppressive est réversible après plusieurs années de totale abstinence. [33]

d. Les conséquences bucco-dentaires de son usage :

L'héroïne est connue pour provoquer de nombreux dégâts dentaires, cependant, elle provoquerait moins de pathologies et de manifestations bucco-dentaires que la cocaïne. [3]

Selon l'étude TADAM (étude où 74 patients ont été suivis dans le cadre d'un projet pilote de traitement assisté par héroïne), 86% des patients ont des problèmes dentaires. [15]

La consommation d'héroïne impacte la santé bucco-dentaire avec les manifestations suivantes :

- **La xérostomie :**

La sécrétion salivaire est diminuée et cette diminution augmente le nombre de caries dentaires mais également l'incidence des maladies parodontales. [15] [33] [4]

Il est reconnu que les patients ayant un flux salivaire réduit ont une plaque dentaire plus cariogène. [33]

- **Le risque accru de carie dentaire :**

Ce risque est plus observé chez les consommateurs de drogues que dans la population générale. [4] Cela peut être lié à de nombreux facteurs tels que la malnutrition, la négligence, l'absence de soins dentaires, l'anxiété, la xérostomie... [8] [15] [33] [26]

Les consommateurs d'opioïdes ont une préférence gustative pour les produits sucrés. [33] [26] [4]

Ceci a été démontré chez la souris. En administrant chez la souris un antagoniste tel que le naltrexone, la préférence pour le saccharose fut inversée. [33]

Ces caries sont particulièrement répandues sur les surfaces lisses et cervicales. [33]

Ce type de lésion est appelé **carie serpigneuse du collet ou lésion en forme de croissant**. [3] (*Figure n°11*) Ces caries de couleur presque noire, dures et indolores se situent au collet d'une partie ou de la totalité de la face vestibulaire, palatine ou linguale. [3] L'inconvénient de ce type de carie est qu'elle peut s'étendre très rapidement autour de la dent, ce qui augmente considérablement le risque de fracture de celle-ci. [3]



Figure n°11 : Photographie représentant des caries serpigneuses chez un patient consommant de l'héroïne. [35]

- **La maladie parodontale :** [26]

Elle s'exprime principalement sous forme de parodontite, mais des cas de gingivite nécrosante ont également été décrits.

La fréquence des problèmes parodontaux est plus élevée chez les héroïnomanes. [8] Ce phénomène semblerait être lié à l'immunodépression qu'induit cette drogue. [8] [33]

Cette immunosuppression associée à la xérostomie ainsi qu'aux profils microbiens potentiellement modifiés sont à l'origine de l'exacerbation des pathologies parodontales. [8] [15]

Ce phénomène peut aussi être expliqué par d'autres facteurs tels que la négligence, la malnutrition, l'absence de soins dentaires, les envies sucrées, l'anxiété. [8] [15]

- **Les infections fongiques et virales :** [26]

Ces pathologies seraient également liées à l'immunodépression qu'induit cette drogue. [8] Comme pour la parodontite, des anomalies des lymphocytes T provoquées par la morphine ont été associées à une augmentation de la maladie parodontale, fongique et virale de la cavité buccale. [8]

La candidose est fréquemment observée car la morphine a un effet inhibiteur sur la phagocytose de *Candida* par les macrophages celle-ci étant associée à un flux salivaire réduit. [33]

- Le bruxisme [3] [33]
- La dysplasie des muqueuses [33]

6. Les traitements de substitutions aux opiacés :

a. Qu'est-ce qu'un traitement de substitution aux opiacés ?

En Europe et en France dans les années 1970-1980, une forte dépendance aux opiacés s'est développée. [14]

Dès que ce problème apparut, des stratégies thérapeutiques ont été mises en place. Pendant de nombreuses années, l'abstinence totale et immédiate était le traitement de choix dans la lutte contre l'usage de l'héroïne. [14]

Cependant, beaucoup de rechutes étaient observées, ainsi d'autres traitements ont été mis en place et notamment les traitements de substitution afin de stabiliser la dépendance. [15]

La méthadone fut dans un premier temps un médicament conçu et utilisé pendant la seconde guerre mondiale par l'armée allemande pour pallier le manque de morphine et fut par la suite prescrite en tant que traitement de substitution. [36] [37]

En 1960, suite aux découvertes des chercheurs américains Dole et Niswanger sur la méthadone comme traitement de « maintenance », un certain nombre de pays organisent des programmes de traitement substitutif. [14] [36]

Pourtant, la France conserve une appréhension envers l'utilisation des morphiniques. Ce n'est seulement qu'au milieu des années 1990, en réponse à la crise sanitaire causée par le SIDA, que l'autorisation de mise sur le marché de différents produits de substitution est acceptée et les traitements de substitution admis. [14]

En 1994, la France commence à traiter les héroïnomanes ayant échoué dans leur tentative de sevrage par de la méthadone. [36] Il faudra attendre 1996 pour que la buprénorphine haut dosage, un autre produit de substitution, soit elle aussi autorisée. [36]

De cette façon, la France est passée de quelques patients traités par traitement de substitution en 1995, à plus de 100.000 en 2008. [14]

Chez certains patients particulièrement dépendants, une consommation occasionnelle ou fréquente de l'héroïne de rue peut être observée malgré le traitement de substitution mis en place. [15]

Les traitements de substitution sont des traitements opioïdes qui permettent de réduire ou de cesser la consommation d'opiacés illicites chez les patients dépendants. [15]

Cette diminution permet, entre autres, de réduire le risque de décès, l'implication des usagers dans les milieux de consommation mais aussi la propagation de maladies infectieuses telles que le VIH et les hépatites. [15]

Cette thérapie oblige le patient à rencontrer régulièrement des professionnels de santé pour pouvoir obtenir son traitement substitutif et ainsi créer une relation de confiance ce qui permet la mise en place d'une prise en charge globale. [14] Ces traitements permettent également aux personnes dépendantes de créer une transition vers un mode de vie plus sain, sans drogue. [33]

Avant de commencer un traitement de substitution, les patients subissent un examen médical approfondi permettant de détecter, entre autres, de potentielles infections au VIH ou des hépatites ainsi qu'une évaluation psychologique. [33] Par ailleurs, 75% des prescriptions sont effectuées par les médecins généralistes. [14]

Dans la plupart des cas, les patients nécessitant ce type de traitement ont entre 25 et 35 ans, sont sous-alimentés, d'apparence cachexique et présentent des problèmes de santé généraux tels que l'asthme, le diabète et la dépression clinique. [33] [38]

Les principaux traitements de substitution sont :

- **La méthadone :**

La méthadone est un puissant opioïde synthétique agoniste prescrit chez les patients dépendants. [39]

Considéré comme le traitement de première ligne, il est légèrement plus efficace que la buprénorphine face à la dépendance aux opiacés. [15]

Il est particulièrement indiqué chez les patients souffrant de dépendance sévère, de difficulté à renoncer à l'injection, de difficulté de gestion du traitement ou de pathologies psychiatriques associées. [14]

Ce traitement est contre-indiqué lorsque l'usager a moins de 15 ans, une intoxication aiguë à l'alcool ou aux benzodiazépines et une insuffisance respiratoire grave. [14]

- **La buprénorphine haut dosage :**

La buprénorphine semblerait plus indiquée pour les consommateurs d'héroïne dépendants depuis peu ou pour relayer la méthadone en fin de traitement de substitution. [15]

Les contre-indications de ce traitement sont similaires à celles de la méthadone, mais il s'y ajoute l'insuffisance hépatique grave. [14]

- **Le diacétylmorphine :**

Ce traitement est d'après Ashton et Witton une « inversion des rôles » historiquement paradoxale dans le milieu médical. [40]

C'est ce que nous pouvons appeler une « substitution vraie » contrairement aux autres produits proposés qui sont des « substitution-déplacement ». [14]

Il est indiqué chez les patients chez qui les autres traitements de substitution ont échoué. [15] [40]

En 1994, dans plusieurs pays tels que la Suisse, l'Allemagne, l'Espagne, le Pays-Bas, le Canada et le Royaume-Uni des études randomisées ont été menées afin de tester le traitement par diacétylmorphine. Après cela, seul le Canada a arrêté ce type de traitement. [15]

En 2003, l'agence nationale britannique souligne que ce type de traitement doit être sous contrôle médical strict et utilisé en dernier recours. [40] Cette thérapie ne peut être prescrite que par des médecins spécialisés dans la dépendance à l'héroïne. [40]

Ces différents traitements sont efficaces car ce sont des opioïdes. [33] Comme la morphine, ces peptides naturels ou synthétiques agissent sur les récepteurs morphiniques endogènes avec la même action que celle-ci, mais de manière prolongée. [41] [14]

Les opioïdes se fixent sur les récepteurs reconnus par les peptides opioïdes endogènes, comme les enképhalines, les endorphines et les dynorphines. [33]

La méthadone et la buprénorphine sont des produits de substitution intéressants, car en dose suffisante, ils suppriment les signes de sevrage et diminuent l'appétence pour l'héroïne et les opiacés en général. [14]

Effectivement, en prise régulière les effets euphorisants ainsi que la modification de la conscience ou des capacités intellectuelles ne sont pas modifiés. [37] L'objectif est de maintenir le traitement à faible dose pour éviter la tolérance tout en maintenant le traitement efficace. [41] Malheureusement, ce produit est aussi addictif et des cas de primo-dépendance au médicament de substitution aux opiacés ont été signalés. [14]

b. Les différents modes de consommation :

La méthadone ou la buprénorphine haut dosage ont toutes deux une demi-vie très longue et une action dénuée de pic. [14] Ces caractéristiques sont un avantage dans la prise en charge de la dépendance car elle remplace un produit ayant une courte durée d'action et qui donc nécessite de multiples doses. [14] Effectivement, la posologie de ces traitements est une dose unique et plutôt matinale. [14]

Le début de son action est de moins de 30 minutes et dure de 24 à 36 heures. [39] [41] [37]

Par conséquent, le but ultime est de réduire graduellement les doses. [39] Ces produits permettent au patient d'avoir un mode de vie compatible avec une vie sociale et professionnelle. [37]

Les formes pharmacologiques diffèrent selon le traitement mais sont toujours prévues par administration orale. [33] [14]

La méthadone est retrouvée sous forme de sirop et, depuis 2008, sous forme de gélule. [36]

La buprénorphine est quant à elle retrouvée sous forme de comprimés qui peuvent être détournés et utilisés pour être injectés, sniffés ou fumés. [14] En outre, l'utilisation de la méthadone peut également être détournée. Sous forme de sirop, elle est souvent maintenue de manière prolongée dans la cavité buccale pour prolonger le temps d'absorption de la muqueuse buccale, mais également pour la revente ou pour l'utiliser par voie parentérale. [33] [38] Cependant, le sirop étant très riche en saccharose, l'incidence des caries est nettement augmentée. [33] [39] [38]

c. Les conséquences générales de l'usage de méthadone et de buprénorphine :

La méthadone et la buprénorphine sont tous deux des médicaments opioïdes et les effets secondaires liés à l'absorption de ceux-ci sont courants. [33]

L'usage de médicaments opioïdes peut avoir différents effets qui sont en partie similaires à ceux causés par la consommation d'héroïne car elles sont toutes deux des opioïdes : [33]

- **Nausées, vomissements** [33] [37]
- **Prurit** [37]
- **Dysurie** [37]
- **Constipation** [33] [37]

- **Hypotension, bradycardie** [33] [37]
- **Dépression respiratoire** [14] [33] [37]
- **Sédation** [37]
- **Atténuation des réflexes de toux** [37]
- **Modification des productions d'hormones hypophysaires** [37]
- **Baisse de la qualité globale du sommeil** [37]

d. **Conséquences bucco-dentaires de l'usage de méthadone :**

Les traitements de substitution auraient un effet néfaste sur la santé bucco-dentaire et en particulier la méthadone surtout si ces traitements sont associés à une mauvaise hygiène bucco-dentaire, un régime alimentaire riche en sucre et à l'usage d'autres drogues illicites. [41]

Les conséquences bucco-dentaires de la méthadone sont :

- **Xérostomie :**

Cette manifestation serait due à une perturbation du système périphérique ayant pour rôle la signalisation des récepteurs muscariniques parasympathiques ou centraux présents dans les centres salivaires primaires. [41]

Avec un flux salivaire réduit, le risque de voir se développer une pathologie carieuse chez ces patients est plus grand. [39] [4]

- **Augmentation du risque carieux :**

Chez les patients traités avec de la méthadone sous forme de sirop sucré, l'incidence du nombre de caries est largement augmentée. [33]
Pour certains, la présence de caries cervicales sur les canines et les

prémolaires est presque un signe pathognomonique chez les patients traités avec de la méthadone. [41]

De plus, ce phénomène est encore plus accentué lorsque les patients gardent ce sirop sucré en bouche pendant de nombreuses heures. [33]

Suite à ces constatations, le saccharose a été substitué dans certains sirops par du sorbitol, et de la méthylcellulose ou de la gomme adragante. La préparation est moins sucrée et donc moins cariogène. [33] Avant cette modification, le sirop de méthadone contenait 50% de saccharose. Ces modifications rendent la préparation moins facile à injecter. [38]

L'augmentation du risque carieux est aussi due aux propriétés xérostomiques du produit. [39]

Il a été démontré que l'activation des récepteurs opioïdes μ et κ améliore les voies de récompenses générées par l'ingestion d'aliments procurant ainsi des envies de sucre, ce qui explique également le taux d'incidence élevée des maladies carieuses. [41]

Par ailleurs, ces caries ont été décrites par Lewis comme des lésions de couleur sombre, semblables à celles des patients ayant subi une radiothérapie de la tête et du cou. [41]

- **Maladie parodontale :**

Ce symptôme serait le résultat d'un apport nutritionnel insuffisant et d'une hygiène insuffisante. [39]

- **Candidoses buccales :**

Cet effet fait également partie des conséquences de la xérostomie. [39]

- **Difficulté de la rétention des prothèses :**

Cette difficulté est aussi due au syndrome de la bouche sèche qui touche ces patients. [39]

- **Bruxisme :**

L'incidence du bruxisme chez ces patients est plus élevée. Le bruxisme peut mener à terme à des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire et à des douleurs myofasciales. [41]

7. La prise en charge des consommateurs de drogue.

Les patients usagers de drogues nécessitent une prise en charge bucco-dentaire. Cependant, les patients toxicomanes consultent moins leur chirurgien-dentiste que les patients non toxicomanes. [41] [4]

Pourtant, Il est constaté dans l'étude TADAM que 86% des patients dépendants à l'héroïne ont des problèmes bucco-dentaires. [15]

Parmi les toxicomanes 50% consultent leur dentiste qu'en cas de douleurs intenses. [41]

De manière plus globale, Charnock *et al.* ont démontré que les problèmes de santé bucco-dentaires sont plus répandus chez les consommateurs de drogue : 68% contre 51% chez les non-usagers. [41]

Malheureusement, l'accès aux soins par les toxicomanes n'est pas aisé. Il a également été constaté que 20,8% des toxicomanes se voient refuser un traitement par leur chirurgien-dentiste contre 1,6% des patients non toxicomanes. [41]

Comme mentionné, malgré la nécessité des soins, une majorité de toxicomanes ne consulte pas de chirurgien-dentiste. [41] Voici quelques-unes des raisons qui freinent les toxicomanes dans leur accès aux soins :

- La recherche de stupéfiants pour assouvir leur dépendance est leur priorité [8]
- Le manque de moyens financiers pour payer le traitement [8] [41]
- La seule option de traitement proposée est l'avulsion dentaire [8]
- Une dent cariée non traitée peut être gardée volontairement pour obtenir une ordonnance d'analgésique. [8]
- L'usage chronique de certaines substances peut masquer la douleur d'une maladie dentaire non traitée. [8] [4]
- Une trop grande anxiété [8]
- Peur d'être stigmatisé, marginalisé [41] [4]

- Faible estime de soi [8] [41]

Certains patients dépendants qui souhaitent être pris en charge se voient refuser l'accès aux soins. [41] [4]

Voici quelques exemples des motifs de refus des chirurgiens-dentistes :

- Le comportement des patients [41]
- Le besoin de test sanguin avant les rendez-vous [41]
- Les retards ou les absences du patient [41] [4]
- N'effectue pas le règlement des soins [41]

Pour aider les patients toxicomanes à avoir accès aux soins, différents lieux existent tels que les CSAPA, les CAARUD ou les médecins de villes. [10], Les CSAPA sont des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Les anciens centres de cure ambulatoire pour toxicomanes et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes ont été fusionnés pour former les CSAPA. [42] Ces nouveaux centres de soins ont de multiples missions comme l'évaluation et la prise en charge médicale, psychologique et sociale du patient usager de drogue ou dans les cas échéant, l'orientation du patient dans un lieu plus adapté à sa spécificité. [42]

Lorsque les soins sont réalisés au CSAPA, ils peuvent être faits soit en ambulatoire, soit en hébergement. [42] Le CSAPA assure aussi une prévention, une réduction des risques ainsi qu'un suivi des patients toxicomanes. [42] [43] En 2016, 59 000 personnes ont été prises en charge dans les CSAPA en raison de leur consommation de cannabis et 45 000 personnes en raison de leur consommation d'opioïdes. [10]

Les CAARUD ont également leur rôle dans la prise en charge des patients toxicomanes. En plus de leur mission de réduction de risques liés aux drogues, ils accompagnent et orientent la personne dans son parcours de santé. Cet accompagnement peut porter aussi bien sur des soins spécifiques que sur la validité des droits des patients (assurance maladie, complémentaire). [42] [43]

Les médecins de ville reçoivent plus rarement des patients toxicomanes dans leur cabinet. Quand c'est le cas, le patient consulte majoritairement pour une prescription de médicaments de substitution aux opioïdes. En 2017 180 000 personnes ont reçu un médicament de substitution aux opioïdes. [10]

Lorsque le patient toxicomane accède à une prise en charge bucco-dentaire, cette prise en charge peut être difficile pour de multiples raisons. La plupart des patients dépendants donnent une faible priorité aux soins bucco-dentaires. [8] [4]

Les patients peuvent cacher leur dépendance au praticien d'où la nécessité d'un questionnaire médical écrit et oral poussé pouvant permettre au patient d'indiquer une éventuelle addiction. Le praticien doit également observer méticuleusement le comportement du patient, ses symptômes ainsi que les signes précédemment décrits. Si le patient reconnaît consommer une substance, il faudra en connaître le type, la quantité et les périodes où le produit est consommé. Le praticien peut alors intégrer ces données dans son traitement et organiser une coordination médicale des soins. [8]

Les patients peuvent aussi avoir recours à l'automédication. Par exemple, les patients consommateurs de cocaïne peuvent appliquer localement la substance sur la zone douloureuse et les patients consommateurs d'héroïne peuvent en consommer pour calmer leurs douleurs dentaires. [39] [32]

Les patients consommateurs d'opioïdes ont une réactivité réduite aux anesthésiques locaux. [8]

Les patients toxicomanes ont tendance à être très anxieux lors des soins dentaires surtout chez les patients ayant recours à la voie parentérale. [8] Ils sont aussi en proie à des risques médicaux propres à leur consommation de drogue tels que le risque hémorragique, ou le risque infectieux notamment chez les patients atteints par le VIH ou VHB. [33] [39] [4] [3]

Les patients utilisateurs de drogues par intraveineuse ont un risque élevé de développer une endocardite infectieuse. Certains considèrent tous les utilisateurs de

drogue par voie parentérale comme vulnérables à l'endocardite infectieuse. [33]

Concernant la mise en place d'un traitement dentaire, la plupart des auteurs préconise un traitement simple. Ce traitement n'est pas nécessairement différent d'un traitement chez un patient non dépendant. [8]

Cependant, le traitement, les précautions et l'anesthésique utilisés ainsi que l'éventuelle prescription faite, doit tenir compte de la substance consommée par le patient. [3] (*Figure n° 12*)

Tableau 2 - L'essentiel à retenir sur la prise en charge bucco-dentaire du patient toxicomane.

Généralités	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan de la santé générale indispensable avant tout traitement. • Plan de traitement simple avec des séances courtes • Programmation des séances à distances de la prise de toxiques • Intérêt particulier à apporter sur la motivation et l'hygiène • Vigilance face aux risques liés au tabac • Prise en charge de leur grande anxiété
Principaux risques généraux	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de problèmes cardio-vasculaires imprévisibles chez le cocaïnomane • Risque d'endocardite infectieuse chez les toxicomanes IV • Risque infectieux chez les patients souffrant d'immuno-dépression sévère (thrombophlébite, septicémie...)
Anesthésie	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'anesthésie au cabinet si traitement à base de clonidine ou de lévomépromazine • Éviter les prémédications sédatives, préférer une préparation psychologique • Vigilance face aux allergies, notamment aux esters chez le cocaïnomane, de manière générale éviter les anesthésiques de type esters comme la procaine • Choix des molécules par rapport à la qualité de la fonction hépatique, éviter les amides en cas de maladies graves du foie sauf l'Articaïne • Limitation de l'usage des vasoconstricteurs • Molécule de choix : articaïne, amide, sans vasoconstricteurs avec une bonne tolérance hépatique • Réalisation de l'anesthésie à distance de la prise de substances : <ul style="list-style-type: none"> - cocaïne : délai de 6 à 24 heures - cannabis : délai d'une semaine si emploi de vasoconstricteurs
Soins	<ul style="list-style-type: none"> • Soins simples et courts • Préférer l'utilisation de l'amalgame ou de CVI à celle du composite • Préférer la réalisation de couronnes provisoires à celle de très gros amalgames • Vigilance face aux risques infectieux post-opératoires
Actes invasifs	<ul style="list-style-type: none"> • Bilan de l'hémostase préalable • Prévention du risque infectieux per- et post-opératoire • Préparation psychologique indispensable
Prescriptions	<ul style="list-style-type: none"> • Rigueur dans la rédaction de l'ordonnance avec notamment la posologie et la durée de traitement en lettres • Attention à la présence d'éventuelles altérations de la fonction rénale ou hépatique • Antalgiques de niveau I généralement suffisants mais avec majoration des doses • Vigilance face au pouvoir de manipulation

Figure n° 12 : Tableau récapitulatif des principales précautions à mettre en œuvre lors de la prise en charge d'un patient toxicomane. [3]

III. Le questionnaire

Ce questionnaire est destiné à une population spécifique, les toxicomanes. Le but de cette étude est d'évaluer la santé bucco-dentaire des usagers de drogues c'est-à-dire leurs habitudes d'hygiène bucco-dentaire mais également l'état bucco-dentaire de ceux-ci.

A travers ces questions, nous évaluerons également la prise en charge des patients toxicomanes en évaluant leurs motifs de consultation, leur niveau d'anxiété ou alors les raisons qui les poussent à ne pas consulter un chirurgien-dentiste.

1. Matériels et méthodes :

Le questionnaire mis en œuvre pour évaluer la santé bucco-dentaire ainsi que la prise en charge des toxicomanes en Alsace fait 5 pages et compte 49 questions. Pour pouvoir évaluer ces paramètres, nous avons conçu des questions spécifiques et nous avons utilisé des questions validées par différentes études. Ce questionnaire est un auto-questionnaire, c'est-à-dire que les personnes y répondant le font seules. Elles lisent les questions puis cochent la ou les cases qui correspondent à leur situation.

Le questionnaire est introduit par une petite présentation de celui-ci expliquant son but, mais également le fait qu'il est totalement anonyme pour permettre aux toxicomanes de se sentir en confiance et de comprendre l'intérêt de l'étude.

Le questionnaire est construit de telle sorte que différents thèmes sont progressivement abordés.

En effet, dans la première partie du questionnaire, nous avons demandé le genre et l'âge de la personne répondant au questionnaire.

Après cela, nous nous sommes intéressés à la consommation de drogue du toxicomane. Nous avons dans un premier temps axé nos questions sur les drogues

les plus communes comme l'alcool, le cannabis et le tabac, suivi du test de Fagerström pour déterminer la dépendance au tabac de l'individu interrogé. [44]

Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressés aux drogues les plus dévastatrices telles que : la cocaïne, le crack, l'héroïne, les morphiniques, les amphétamines, le LSD, la MDMA, l'ecstasy.

Nous avons alors demandé quelles drogues étaient consommées, depuis quand et à quelle fréquence. De plus, il est demandé au consommateur s'il utilise un traitement substitutif et si oui, lequel.

Après cela, vient une partie du questionnaire qui s'intéresse à la prise en charge médicale ainsi qu'aux antécédents médicaux du patient.

Nous demandons si le patient est suivi, si oui à quelle fréquence et si le patient souffre d'une pathologie ayant un impact sur la prise en charge bucco-dentaire telle que les hépatites ou une maladie auto-immune par exemple.

Puis, nous nous sommes interrogés sur la prise en charge bucco-dentaire et sur la prévention bucco-dentaire existante.

Nous demandons à l'utilisateur s'il a déjà reçu des conseils sur son hygiène bucco-dentaire et si oui, par quel moyen. Les questions qui déterminent le taux de consultation et les motifs de consultation proviennent de l'étude de *Melo, Marques & Monteiro Silva de 2017*. [45]

Le questionnaire poursuit sur les antécédents de soins dentaires et le contexte dentaire actuel, dont la santé parodontale. La majorité de ces questions sont adaptées des études de *Melo, Marques & Monteiro Silva de 2017* et de *Carra et al de 2018* [46] [45]

La fin du questionnaire aborde la perception du patient par rapport à sa santé bucco-dentaire, les questions sont inspirées de l'étude de *Melo, Marques & Monteiro Silva de 2017*. [45]

Le niveau d'anxiété est évalué selon les questions de l'étude de *Piano et al de 2019*. [47]

2. Le questionnaire :

Questionnaire

Dans le cadre de ma thèse en chirurgie dentaire, nous avons créé un auto-questionnaire ayant pour but la mise en évidence de la situation bucco-dentaire des usagers de drogues ainsi que les difficultés rencontrées par ceux-ci dans leur parcours de soins dentaires.

Bien entendu, ce questionnaire est ANONYME.

Etes-vous un/une :

Femme Homme

Quel âge avez-vous :

..... ans

Vous consommez régulièrement du :

Tabac Alcool Cannabis Aucun Autre :

Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette :

Dans les 5 minutes 6-30 minutes 31-60 minutes Plus de 60 minutes

Trouvez-vous qu'il est plus difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

Oui Non

A quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement :

A la première de la journée A une autre

Combien de cigarette fumez-vous par jour en moyenne :

10 ou moins 11-20 21-30 31 ou plus

Fumez-vous à intervalle plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée :

Oui Non

Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

Oui Non

Quel type de drogue consommez-vous :

Cocaïne Héroïne Amphétamine LSD Aucune
Crack MDMA Morphiniques Ecstasy Autre :

Depuis quand consommez-vous ces substances :

<5 ans 5-10 ans >10 ans

A quelle fréquence journalière consommez-vous ces substances :

<1 fois par jour 1 fois par jour >1 fois par jour

Prenez-vous un traitement substitutif :

Oui Non Je ne sais pas

Si vous prenez un traitement substitutif, duquel s'agit-il :

.....

Etes-vous suivi par un médecin :

Oui Non Je ne sais pas

Si vous bénéficiez d'une prise en charge médicale, à quelle fréquence consultez-vous :

<1 fois par an 1 fois par an >1 fois par an

Souffrez-vous de pathologies tel que :

Diabète Maladie auto-immune HIV
Aucune Hépatites Je ne sais pas Autre :

Avez-vous déjà eu des conseils sur votre santé bucco-dentaire :

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, par qui :

Le médecin Le pharmacien Le centre de consommation réduite
Le dentiste Le journal

Consultez-vous un dentiste :

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, combien de fois par an aller vous consultez votre dentiste :

<1 fois par an 1 fois par an >2 fois par an
Seulement pour les urgences dentaires Je ne sais pas

Vous consultez peu ou pas votre dentiste car :

Vous ne pensez pas que cela soit nécessaire Pour des raisons financières
Car la distance entre votre praticien et votre lieu de résidence est trop grande
Car vous avez peur

Avez-vous eu des soins dentaires :

Oui Non Je ne sais pas

Avez-vous déjà eu des extractions dentaires :

Non Oui, <6 dents Oui, >6 dents Oui, toutes les dents
Je ne sais pas

Avez-vous remplacé les dents perdues :

Oui En partie Non Je ne sais pas

Avez-vous déjà eu des caries :

Non Oui, <5 caries Oui, >5 caries Je ne sais pas

Avez-vous des couronnes :

Non Oui, <5 couronnes Oui, >5 couronnes Je ne sais pas

Avez-vous une prothèse amovible (« dentier ») :

Oui Non Je ne sais pas

Combien de dents vous reste-il :

Toute Plus de la moitié Moins de la moitié Aucune
Je ne sais pas

Pensez-vous avoir une maladie des gencives :

Oui Non Je ne sais pas

Dans l'ensemble, comment évaluez-vous la santé de vos dents et de votre gencive :

Excellente Très bonne Bonne Correcte
Mauvaise Je ne sais pas

Avez-vous déjà eu des gencives douloureuses :

Oui Non Je ne sais pas

Avez-vous eu récemment des saignements au niveau des gencives :

Oui Non Je ne sais pas

Avez-vous perdu des dents qui n'avais pas de pathologie :

Oui Non Je ne sais pas

Avez-vous remarqué que vos dents s'allongent :

Oui Non Je ne sais pas

Pensez-vous que les racines de vos dents sont plus visibles aujourd'hui que dans le passé :

Oui Non Je ne sais pas

Avez-vous de la nourriture coincée entre vos dents :

Oui Non Je ne sais pas

Vous a-t-on dit que vous aviez une perte osseuse autour de vos dents :

Oui Non Je ne sais pas

Avez-vous reçu le traitement suivant : détartrage et surfacage radiculaire (nettoyage en profondeur) :

Oui Non Je ne sais pas Refusé

Vous vous brossez les dents :

2 fois par jour 1 fois par jour Plusieurs fois par semaine Jamais

Au cours des 7 derniers jours, en plus du brossage des dents, avez-vous utilisé du fil dentaire ou un autre appareil pour nettoyer vos dents :

Une ou plusieurs fois Jamais

Au cours des 7 derniers jours, en plus du brossage des dents, avez-vous utilisé du bain de bouche ou un produit de rinçage dentaire :

Une ou plusieurs fois Jamais

Avez-vous des difficultés à vous nourrir ou à boire (dû à vos dents) :

Oui Non

Avez-vous honte de l'apparence de vos dents :

Oui Non

Avez-vous des douleurs au niveau des dents et/ou des gencives :

Oui Non

Comment vous sentez-vous la veille d'un rendez-vous chez votre dentiste :

Je me sens bien, je n'y pense pas

Je suis un peu inquiet

Je ressens un grand inconfort

J'ai peur de ce qui pourrait se passer

J'appréhende énormément et je ne dors pas bien

Comment vous sentez-vous dans la salle d'attente, avant d'être appelé :

Je suis calme, détendu

Je ressens un peu d'inconfort

Je suis stressé

Je suis anxieux, effrayé

Comment vous sentez-vous dans le fauteuil du dentiste, avant la procédure d'anesthésie :

Je suis calme, détendu

Je ressens un peu d'inconfort

Je suis stressé

Je suis anxieux, effrayé

Comment vous sentez-vous après l'anesthésie, avant de commencer les soins :

Je suis calme, détendu

Je ressens un peu d'inconfort

Je suis stressé

Je suis anxieux, effrayé

Je suis tellement anxieux ou effrayé que j'ai commencé à transpirer et à me sentir mal

3. Résultats :

Le questionnaire a été diffusé à différentes associations qui sont au contact des toxicomanes en Alsace afin d'avoir un maximum de réponses.

Les questionnaires ont été envoyés à :

- L'association Haut-Rhinoise Argile : ainsi les questionnaires ont été distribués dans le CSAPA de Colmar et dans le CAARUD de Mulhouse.
- La maison de l'addiction de Colmar.
- L'association Ithaque : qui a mis à disposition les questionnaires dans son CARRUD à Strasbourg qui est l'une des deux salles de consommation réduite de France.
- Au Docteur Hamm : un médecin généraliste strasbourgeois qui les a transmis à ses patients dépendants.

Nous avons collecté 50 questionnaires remplis par des toxicomanes Alsaciens dont :

- 4 proviennent du CAARUD de Mulhouse.
- 6 proviennent du CSAPA de Colmar.
- 5 proviennent de la maison de l'addiction de Colmar.
- 29 proviennent de la salle de consommation réduite de Strasbourg.
- 6 proviennent du Docteur Hamm.

Question 1 : Etes-vous une femme ou un homme ? (Figure n° 13)

- 10 personnes ont répondu être une femme.
- 40 personnes ont répondu être un homme.

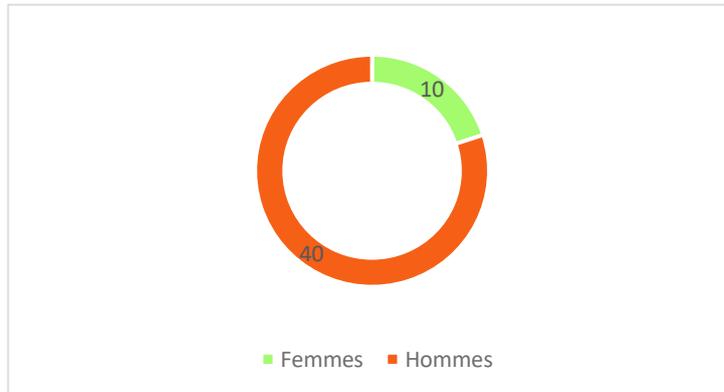


Figure n°13 : Graphique représentant le nombre de femmes et d'hommes

Question 2 : Quel âge avez-vous ?

La moyenne d'âge des patients ayant participé à l'étude est de 43 ans.

Question 3 : Vous consommez régulièrement du : (Figure n° 14)

- 43 personnes consomment régulièrement du tabac
- 22 personnes consomment régulièrement de l'alcool
- 25 personnes consomment régulièrement du cannabis

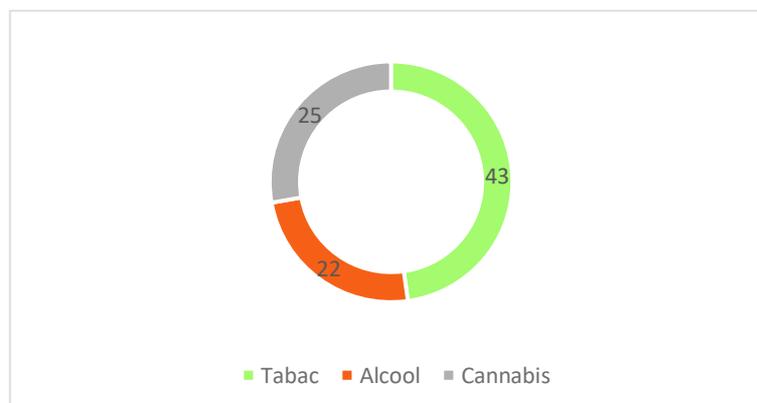


Figure n° 14 : Graphique représentant la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis.

Question 4 : Le matin, combien de temps après vous être réveillé fumez-vous votre première cigarette ?

- 18 personnes fument dans les 5 minutes après leur réveil
- 17 personnes fument entre 6 et 30 minutes après leur réveil
- 7 personnes fument entre 31 et 60 minutes après leur réveil
- 4 personnes fument plus de 60 minutes après leur réveil
- 4 personnes n'ont pas répondu

Question 5 : Trouvez-vous qu'il est plus difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?

- 15 personnes ont répondu oui
- 31 personnes ont répondu non
- 4 personnes n'ont pas répondu

Question 6 : A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?

- 28 personnes renonceraient plus difficilement à la première cigarette de la journée
- 16 personnes renonceraient plus difficilement à une autre cigarette de la journée
- 6 personnes n'ont pas répondu

Question 7 : Combien de cigarette fumez-vous par jour en moyenne ?

- 17 personnes fument 10 ou moins de 10 cigarettes
- 17 personnes fument entre 11 et 20 cigarettes
- 10 personnes fument entre 21 et 30 cigarettes
- 2 personnes fument plus de 30 cigarettes
- 4 personnes n'ont pas répondu

Question 8 : Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

- 23 personnes fument à intervalle plus rapproché le matin
- 23 personnes ne fument pas à intervalle plus rapproché le matin
- 4 personnes n'ont pas répondu

Question 9 : Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?

- 23 personnes fument lorsqu'elles sont malades
- 23 personnes ne fument pas lorsqu'elles sont malades
- 4 personnes n'ont pas répondu

D'après le test de Fagerstrom qui comprend les question 4 à 9, sur 44 personnes ayant signalé une consommation de tabac : (Figure n°15) [44]

- 6 personnes ne sont pas dépendantes
- 12 personnes sont faiblement dépendantes
- 13 personnes sont moyennement dépendantes
- 13 personnes sont fortement/ très fortement dépendantes

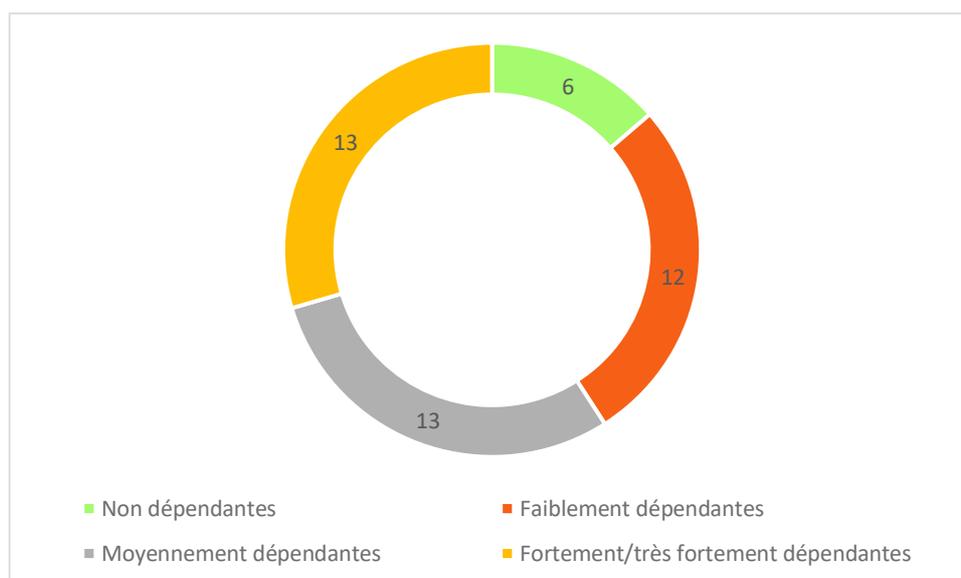


Figure n°15 : Graphique représentant la dépendance des consommateurs de drogue.

Question 10 : Quel type de drogue consommez-vous ? (Figure n°16)

- 25 personnes consomment de la cocaïne
- 16 personnes consomment de l'héroïne
- 9 personnes consomment des amphétamines
- 7 personnes consomment du LSD
- 9 personnes consomment du crack
- 5 personnes consomment de la MDMA
- 7 personnes consomment des morphiniques
- 10 personnes consomment de l'ecstasy
- 17 personnes ne consomment aucune des substances énumérées
- 18 personnes sont polyconsommatrices de drogue
- 4 personnes n'ont pas répondu

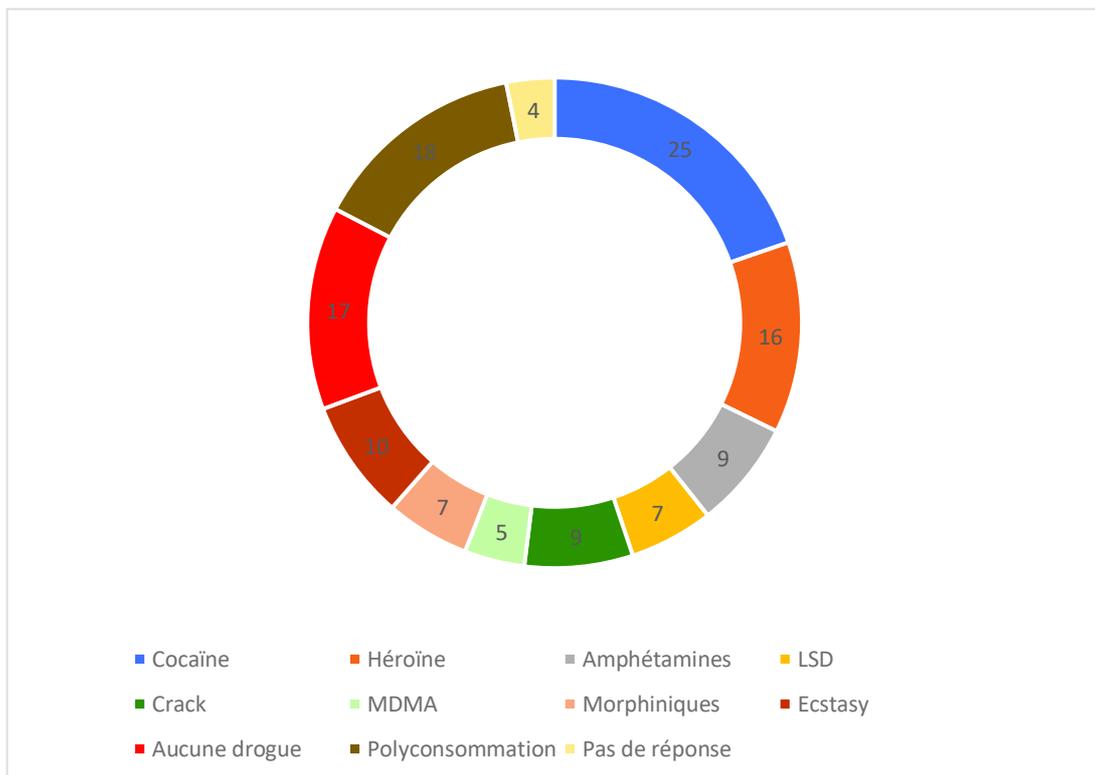


Figure n°16 : Graphique représentant la consommation des différentes drogues.

Question 11 : Depuis quand consommez-vous ces substances ? (Figure n°17)

- 5 personnes consomment ces substances depuis moins de 5 ans
- 3 personnes consomment ces substances depuis 5-10 ans
- 33 personnes consomment ces substances depuis plus de 10 ans
- 9 personnes n'ont pas répondu

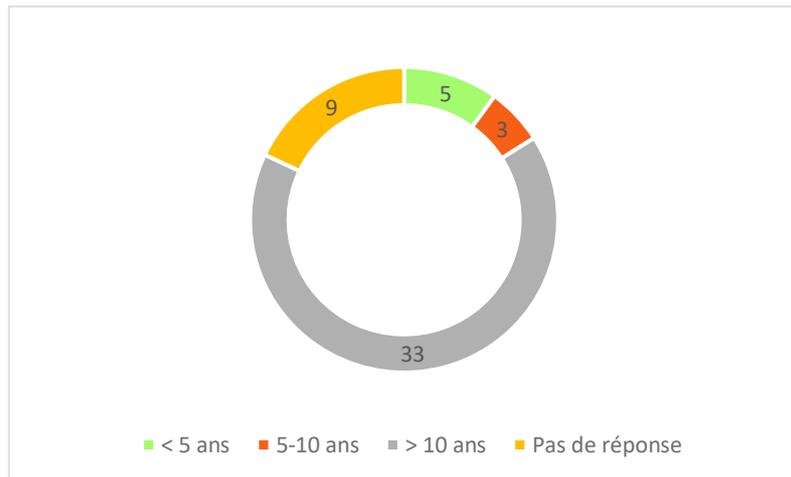


Figure n°17 : Graphique représentant la durée de consommation.

Question 12 : A quelle fréquence journalière consommez-vous ces substances ?

(Figure n° 18)

- 13 personnes consomment de la drogue moins de 1 fois par jour
- 6 personnes consomment de la drogue 1 fois par jour
- 21 personnes consomment de la drogue plus de 1 fois par jour
- 10 personnes n'ont pas répondu

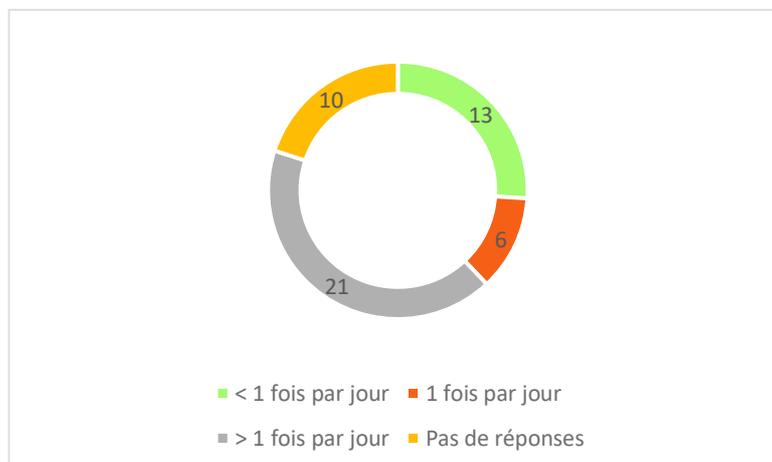


Figure n°18 : Graphique représentant la fréquence journalière de consommation.

Question 13 : Prenez-vous un traitement substitutif ? (Figure n° 19)

- 34 personnes prennent un traitement substitutif
- 9 personnes ne prennent pas un traitement substitutif
- 7 personnes n'ont pas répondu

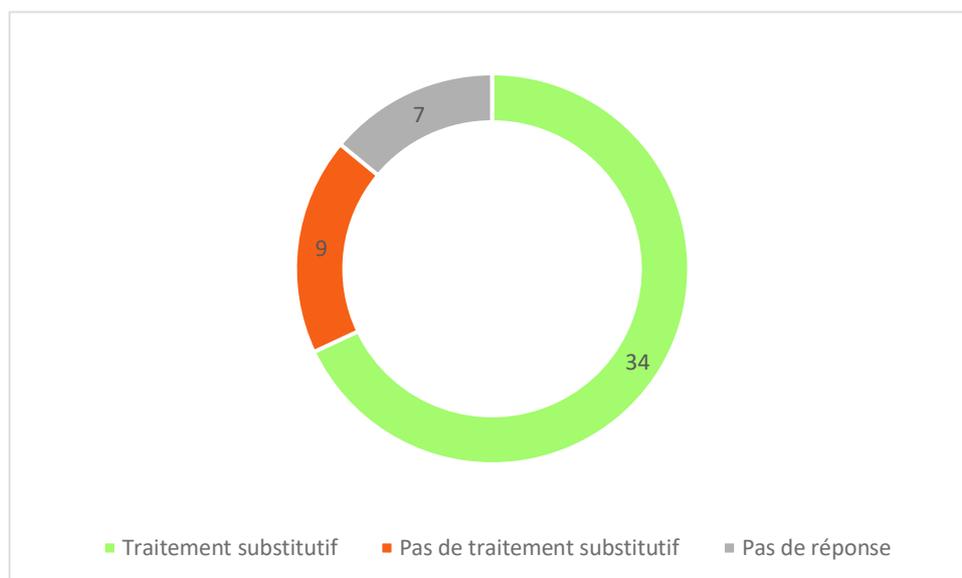


Figure n°19 : Graphique représentant le nombre de personnes ayant un traitement de substitution.

Question 14 : Si vous prenez un traitement substitutif, duquel s'agit-il ? (Figure n° 20)

- 1 personne consomme du Valium
- 20 personnes consomment de la méthadone
- 12 personnes consomment du Subutex
- 17 personnes n'ont pas répondu

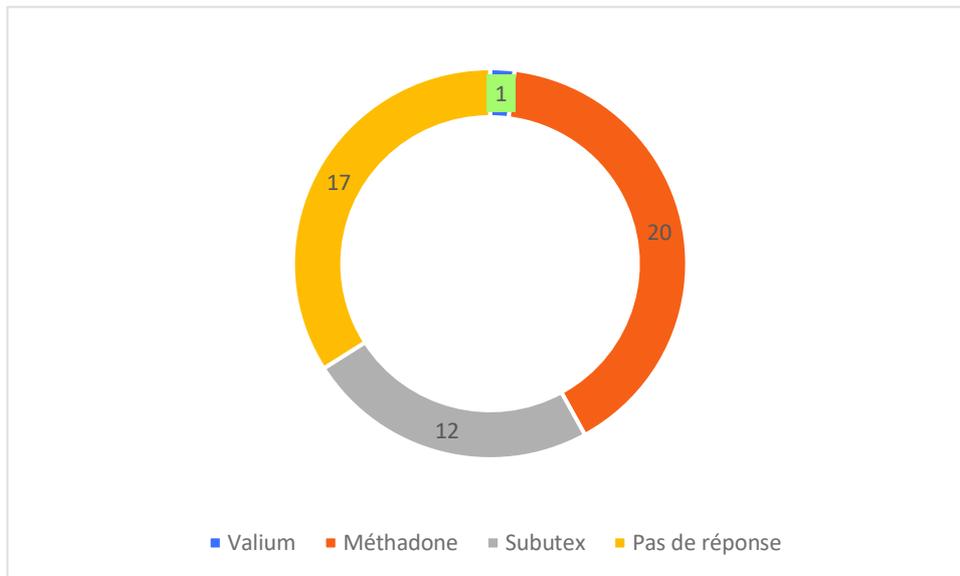


Figure n°20 : Graphique représentant les différents traitements de substitution.

Question 15 : Etes-vous suivi par un médecin ? (Figure n°21)

- 37 personnes sont suivies par un médecin
- 7 personnes ne sont pas suivies par un médecin
- 6 personnes n'ont pas répondu

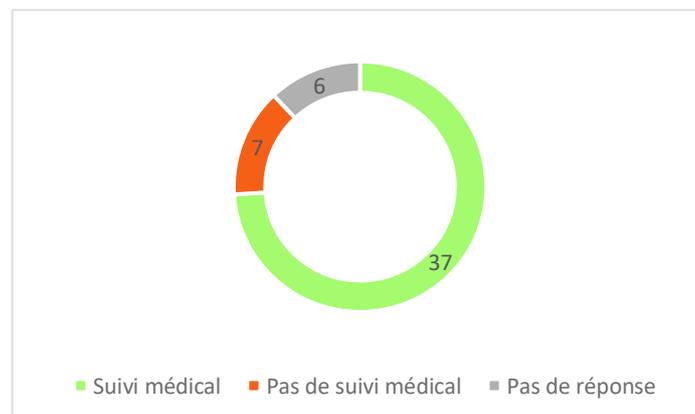


Figure n°21 : Graphique représentant le suivi médical.

Question 16 : Si vous bénéficiez d'une prise en charge médicale, à quelle fréquence consultez-vous ?

- 8 personnes consultent leur médecin moins de 1 fois par an
- 4 personnes consultent leur médecin 1 fois par an
- 29 personnes consultent leur médecin plus de 1 fois par an
- 9 personnes n'ont pas répondu

Question 17 : Souffrez-vous de pathologies telles que ? (Figure n°22)

- 1 personne souffre de diabète
- 1 personne est atteinte du VIH
- 1 personne fait de l'hypertension artérielle
- 3 personnes souffrent d'une maladie auto-immune dont 1 personne ayant la maladie de Verneuil
- 9 personnes ont une hépatite
- 22 personnes n'ont pas de pathologies
- 6 personnes ne savent pas s'ils ont une pathologie
- 8 personnes n'ont pas répondu

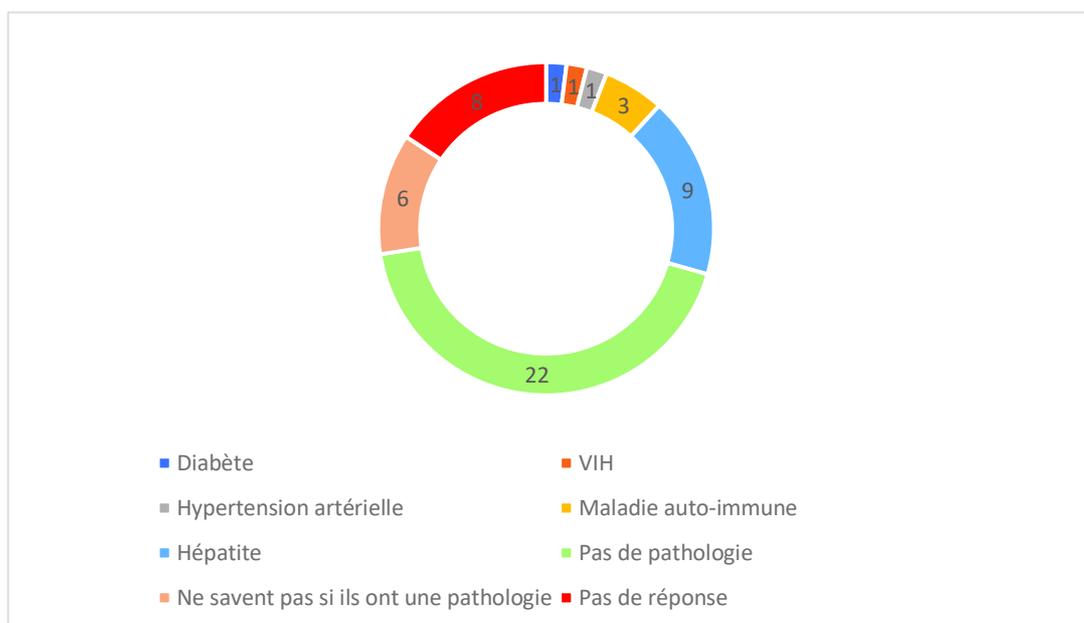


Figure n°22 : Graphique représentant les différentes pathologies.

Question 18 : Avez-vous déjà eu des conseils sur votre santé bucco-dentaire ? (Figure n°23)

- 28 personnes ont reçu des conseils
- 16 personnes n'ont pas reçu de conseils
- 6 personnes n'ont pas répondu

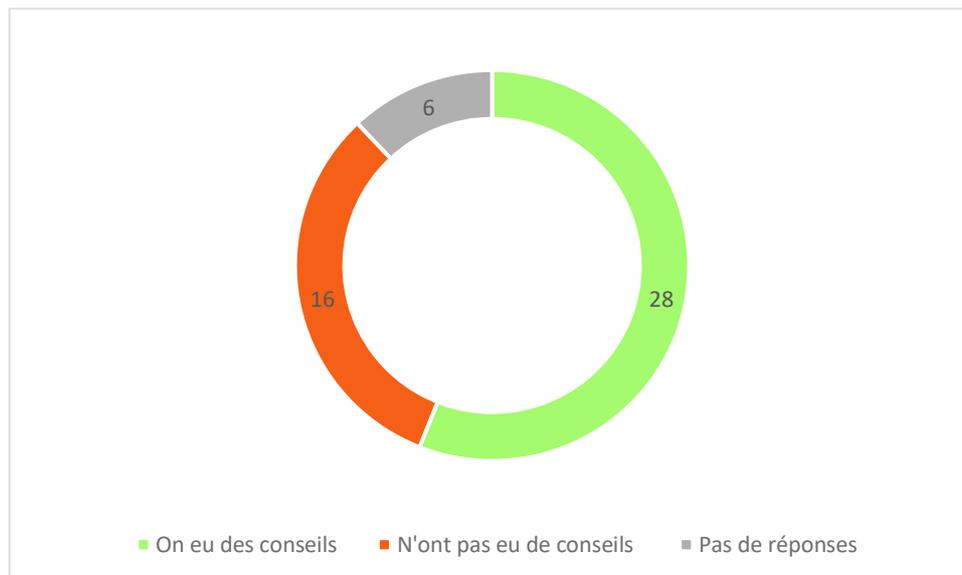


Figure n° 23 : Graphique représentant les conseils sur la santé bucco-dentaire.

Question 19 : Si oui, par qui ?

- 9 personnes ont reçu des conseils de la part de leur médecin
- 2 personnes ont reçu des conseils de la part de leur pharmacien
- 1 personnes ont reçu des conseils de la part du centre de consommation réduite
- 27 personnes ont reçu des conseils de la part de leur dentiste
- 11 personnes n'ont pas répondu

Question 20 : Consultez-vous un dentiste ? (Figure n° 24)

- 17 personnes consultent un dentiste
- 27 personnes ne consultent pas un dentiste
- 6 personnes n'ont pas répondu

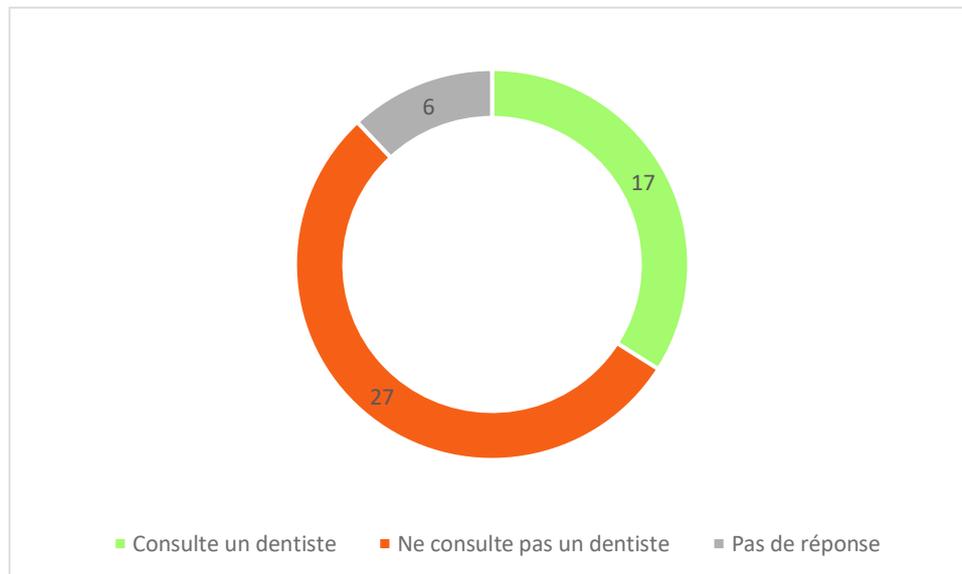


Figure n°24 : Graphique représentant les toxicomanes consultant un dentiste.

Question 21 : Si oui, combien de fois par an allez-vous consulter votre dentiste ?

- 9 personnes vont chez le dentiste moins de 1 fois par an
- 5 personnes vont chez le dentiste 1 fois par an
- 7 personnes vont chez le dentiste plus de 2 fois par an
- 16 personnes vont chez le dentiste seulement pour une urgence dentaire
- 13 personnes n'ont pas répondu

Question 22 : Vous consultez peu ou pas votre dentiste car ? (Figure n°25)

- 11 personnes ne pensent pas que cela soit nécessaire
- 13 personnes ne consultent pas pour des raisons financières
- 2 personnes ne consultent pas car la distance entre le praticien et le lieu de résidence est trop élevée
- 10 personnes ne consultent pas par peur du dentiste
- 15 personnes n'ont pas répondu



Figure n°25 : Graphique représentant les raisons pour lesquelles les toxicomanes ne consultent pas ou peu.

Question 23 : Avez-vous eu des soins dentaires ? (Figure n°26)

- 38 personnes ont répondu oui
- 5 personnes ont répondu non
- 7 personnes n'ont pas répondu

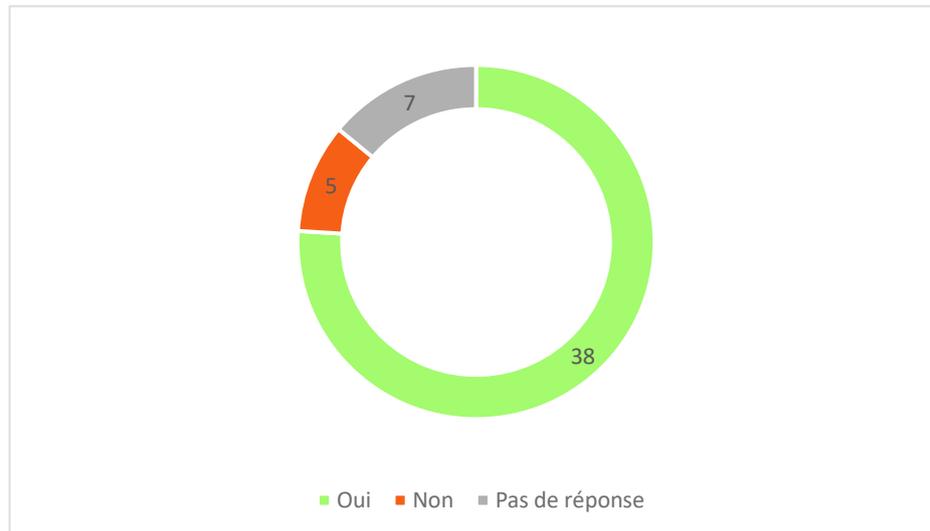


Figure n°26 : Graphique représentant les soins dentaires.

Question 24 : Avez-vous déjà eu des extractions dentaires ?

- 6 personnes n'ont pas eu d'extraction dentaire
- 21 personnes se sont fait extraire moins de 6 dents
- 15 personnes se sont fait extraire plus de 6 dents
- 5 personnes se sont fait extraire la totalité de leurs dents
- 2 personnes ne savent pas s'ils ont eu des extractions dentaires
- 1 personnes n'a pas répondu

Question 25 : Avez-vous remplacé les dents perdues ?

- 16 personnes ont remplacé les dents perdues
- 9 personnes ont remplacé partiellement les dents perdues
- 22 personnes n'ont pas fait remplacer les dents perdues
- 1 personne ne sait pas si elle a fait remplacer ses dents perdues
- 2 personnes n'ont pas répondu

Question 26 : Avez-vous déjà eu des caries ?

- 6 personnes n'ont pas eu de caries
- 14 personnes ont eu moins de 5 caries
- 24 personnes ont plus de 5 caries
- 5 personnes ne savent pas s'ils ont des caries
- 1 personne n'a pas répondu

Question 27 : Avez-vous des couronnes ?

- 32 personnes n'ont pas de couronnes
- 7 personnes ont moins de 5 couronnes
- 5 personnes ont plus de 5 couronnes
- 4 personnes ne savent pas si elles ont des couronnes
- 2 personnes n'ont pas répondu

Question 28 : Avez-vous une prothèse amovible (« dentier ») ?

- 15 personnes ont une prothèse amovible
- 31 personnes n'ont pas de prothèse amovible
- 4 personnes n'ont pas répondu

Question 29 : Combien de dents vous reste-il ?

- 4 personnes ont la totalité de leurs dents
- 19 personnes ont plus de la moitié de leurs dents
- 14 personnes ont moins de la moitié de leurs dents
- 7 personnes n'ont plus aucune dent
- 5 personnes ne savent pas combien de dents il leur reste
- 1 personne n'a pas répondu

Question 30 : Pensez-vous avoir une maladie des gencives ?

- 8 personnes pensent avoir une maladie des gencives
- 32 personnes ne pensent pas avoir une maladie des gencives
- 8 personnes ne savent pas s'ils ont une maladie des gencives
- 2 personnes n'ont pas répondu

Question 31 : Dans l'ensemble, comment évaluez-vous la santé de vos dents et de votre gencive ? (Figure n° 27)

- 1 personne pense avoir une santé bucco-dentaire excellente
- 3 personnes pensent avoir une santé bucco-dentaire très bonne
- 7 personnes pensent avoir une santé bucco-dentaire bonne
- 11 personnes pensent avoir une santé bucco-dentaire correcte
- 22 personnes pensent avoir une santé bucco-dentaire mauvaise
- 5 personnes ne savent pas l'état de leur santé bucco-dentaire
- 3 personnes n'ont pas répondu

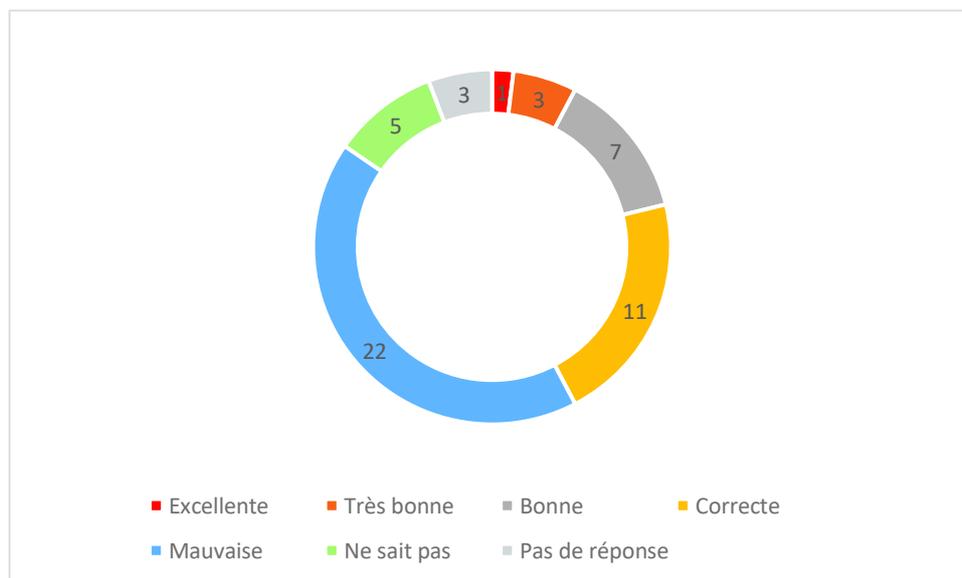


Figure n°27 : Graphique représentant la perception de la santé des dents et des gencives.

Question 32 : Avez-vous déjà eu des gencives douloureuses ?

- 30 personnes ont déjà eu des gencives douloureuses
- 17 personnes n'ont jamais eu de gencives douloureuses
- 3 n'ont pas répondu

Question 33 : Avez-vous eu récemment des saignements au niveau des gencives ?

- 26 personnes ont récemment eu des saignements de gencives
- 22 personnes n'ont pas récemment eu des saignements de gencives
- 2 personnes n'ont pas répondu

Question 34 : Avez-vous perdu des dents qui n'avaient pas de pathologie ?

- 14 personnes ont perdu des dents sans pathologies
- 32 personnes n'ont pas perdu des dents sans pathologies
- 3 personnes ne savent pas si elles ont perdu des dents sans pathologies
- 1 personne n'a pas répondu

Question 35 : Avez-vous remarqué que vos dents s'allongent ?

- 5 personnes ont remarqué que leurs dents s'allongent
- 34 personnes n'ont pas remarqué que leurs dents s'allongent
- 6 personnes ne savent pas si leurs dents s'allongent
- 5 personnes n'ont pas répondu

Question 36 : Pensez-vous que les racines de vos dents sont plus visibles aujourd'hui que dans le passé ?

- 12 personnes pensent que les racines de leurs dents sont plus visibles qu'auparavant
- 21 personnes ne pensent pas que les racines de leurs dents sont plus visibles qu'auparavant
- 12 personnes ne savent pas si les racines de leurs dents sont plus visibles qu'auparavant
- 5 personnes n'ont pas répondu

Question 37 : Avez-vous de la nourriture coincée entre vos dents ?

- 28 personnes ont de la nourriture coincée entre leurs dents
- 16 personnes n'ont pas de la nourriture coincée entre leurs dents
- 6 personnes n'ont pas répondu

Question 38 : Vous a-t-on dit que vous aviez une perte osseuse autour de vos dents ?

- 11 personnes ont été informées d'une perte osseuse autour de leurs dents
- 26 personnes n'ont jamais été informées d'une perte osseuse autour de leurs dents
- 8 personnes ne savent pas si elles ont été informées d'une perte osseuse autour de leurs dents
- 5 personnes n'ont pas répondu

Question 39 : Avez-vous reçu le traitement suivant : détartrage et surfaçage radiculaire (nettoyage en profondeur) ?

- 19 personnes ont eu un détartrage et un surfaçage radiculaire
- 23 personnes n'ont pas eu de détartrage et de surfaçage radiculaire
- 3 personnes ne savent pas s'ils ont eu un détartrage et un surfaçage radiculaire
- 5 n'ont pas répondu

Question 40 : Vous vous brossez les dents ? (Figure n°28)

- 18 personnes se brossent les dents 2 fois par jour
- 16 personnes se brossent les dents 1 fois par jour
- 4 personnes se brossent les dents plusieurs fois par semaine
- 7 personnes ne se brossent jamais les dents
- 5 n'ont pas répondu

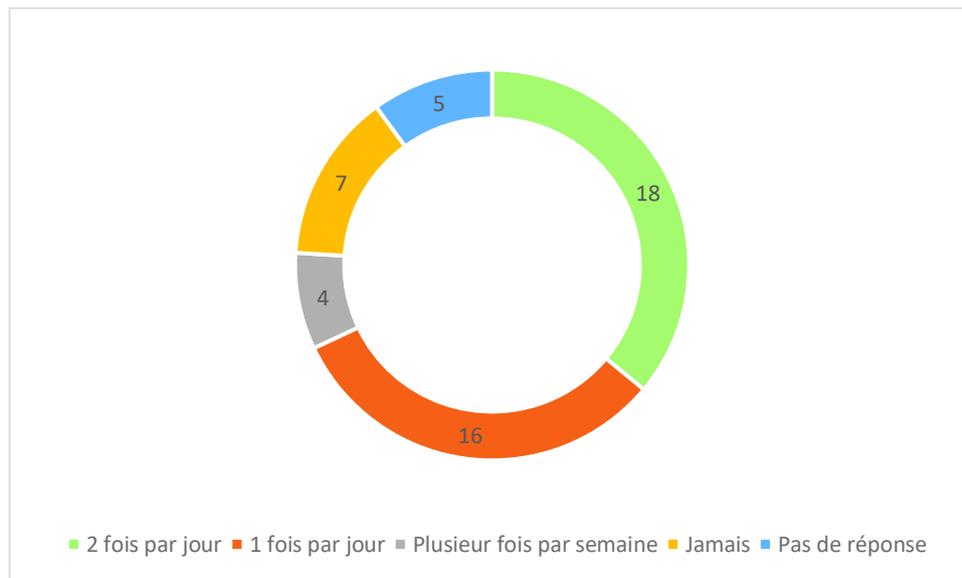


Figure n°28 : Graphique représentant la fréquence du brossage des dents.

Question 41 : Au cours des 7 derniers jours, en plus du brossage des dents, avez-vous utilisé du fil dentaire ou un autre appareil pour nettoyer vos dents ?

- 4 personnes ont utilisé une ou plusieurs fois en plus du brossage du fil dentaire ou un autre appareil pour nettoyer leurs dents
- 40 personnes n'ont pas utilisé en plus du brossage du fil dentaire ou un autre appareil pour nettoyer leurs dents
- 6 n'ont pas répondu

Question 42 : Au cours des 7 derniers jours, en plus du brossage des dents, avez-vous utilisé du bain de bouche ou un produit de rinçage dentaire ?

- 17 personnes ont utilisé une ou plusieurs fois en plus du brossage du bain de bouche ou un produit de rinçage
- 27 personnes n'ont pas utilisé en plus du brossage du bain de bouche ou un produit de rinçage
- 6 n'ont pas répondu

Question 43 : Avez-vous des difficultés à vous nourrir ou à boire (dû à vos dents) ?

(Figure n°29)

- 20 personnes rencontrent des difficultés à se nourrir ou à boire
- 25 personnes ne rencontrent pas de difficultés à se nourrir ou à boire
- 5 n'ont pas répondu

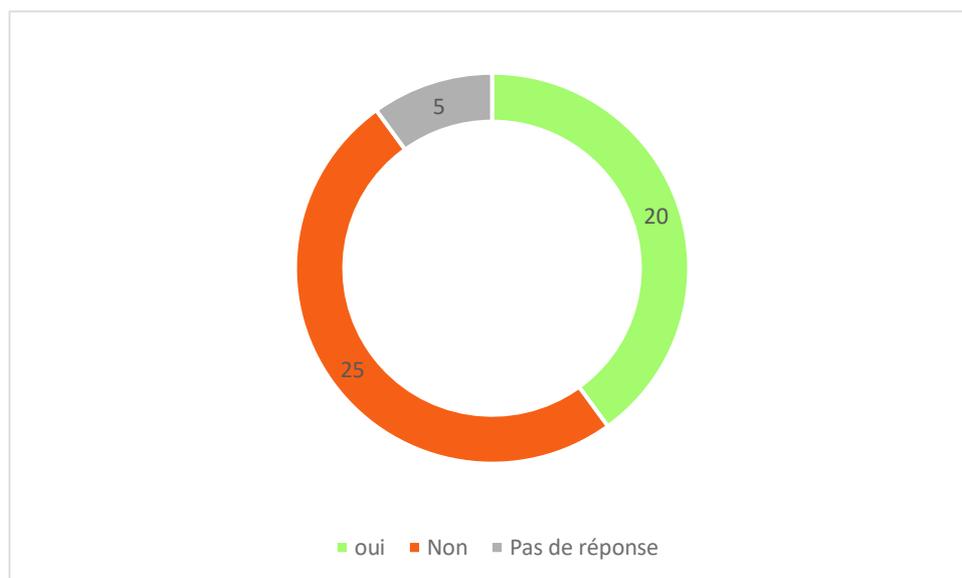


Figure n°29 : Graphique représentant les difficultés de se nourrir ou de boire.

Question 44 : Avez-vous honte de l'apparence de vos dents ? (Figure n° 30)

- 27 personnes ont honte de l'apparence de leurs dents
- 18 personnes n'ont pas honte de l'apparence de leurs dents
- 5 n'ont pas répondu



Figure n°30 : Graphique représentant le ressenti des toxicomanes sur l'apparence de leurs dents.

Question 45 : Avez-vous des douleurs au niveau des dents et/ou des gencives ?

- 19 personnes ont des douleurs au niveau de leurs dents et/ou de leurs gencives
- 26 personnes n'ont pas de douleurs au niveau de leurs dents et/ou de leurs gencives
- 5 personnes n'ont pas répondu

Question 46 : Comment vous sentez-vous la veille d'un rendez-vous chez votre dentiste ? (Figure n°31)

- 27 personnes se sentent bien, n'y pensent pas
- 11 personnes se sentent un peu inquiètes
- 3 personnes ressentent un grand inconfort
- 5 personnes ont peur de ce qui pourrait se passer
- 8 personnes appréhendent énormément et ne dorment pas bien
- 3 personnes n'ont pas répondu

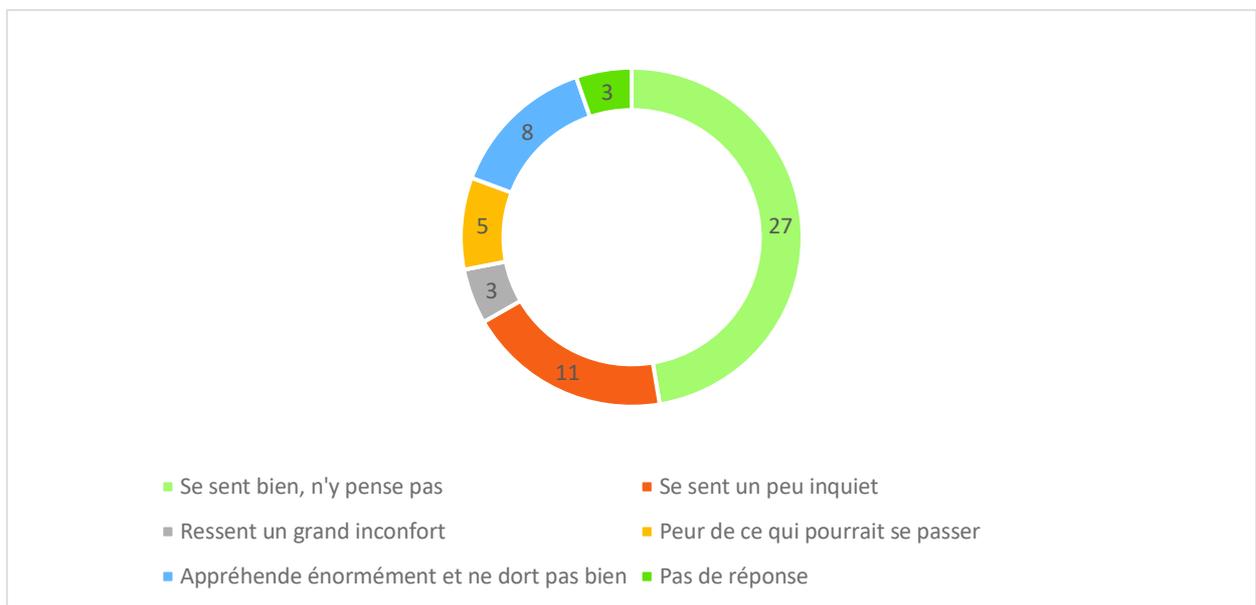


Figure n° 31 : Graphique représentant le ressenti la veille d'un rendez-vous chez le dentiste.

Question 47 : Comment vous sentez-vous dans la salle d'attente, avant d'être appelé ?

(Figure n°32)

- 22 personnes se sentent calmes et détendues
- 12 personnes ressentent un peu d'inconfort
- 12 personnes se sentent stressées
- 4 personnes sont anxieuses, effrayées
- 4 personnes n'ont pas répondu

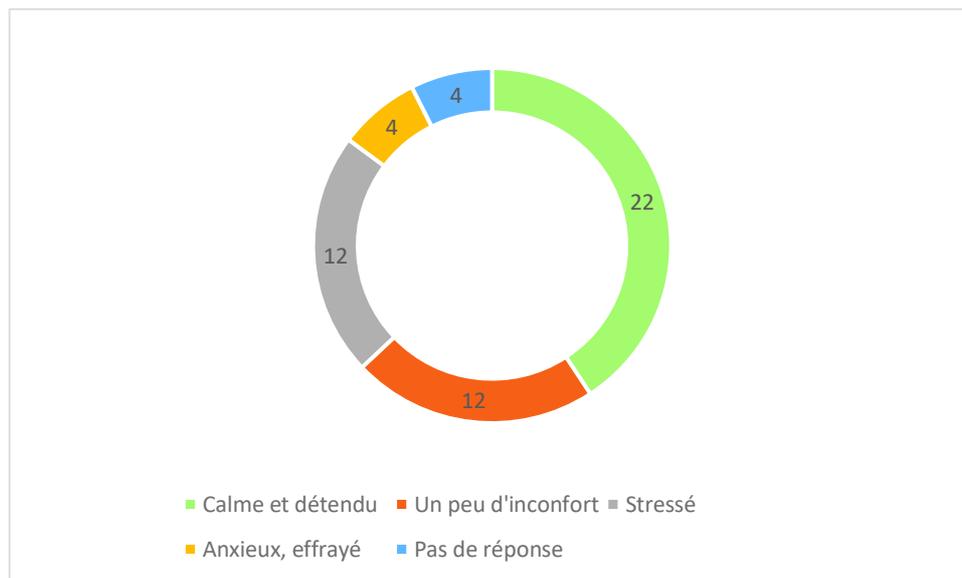


Figure n°32 : Graphique représentant les ressentis dans la salle d'attente du dentiste.

Question 48 : Comment vous sentez-vous dans le fauteuil du dentiste, avant la procédure d'anesthésie ? (Figure n°33)

- 23 personnes se sentent calmes et détendues
- 9 personnes ressentent un peu d'inconfort
- 10 personnes se sentent stressées
- 7 personnes sont anxieuses, effrayées
- 3 personnes n'ont pas répondu

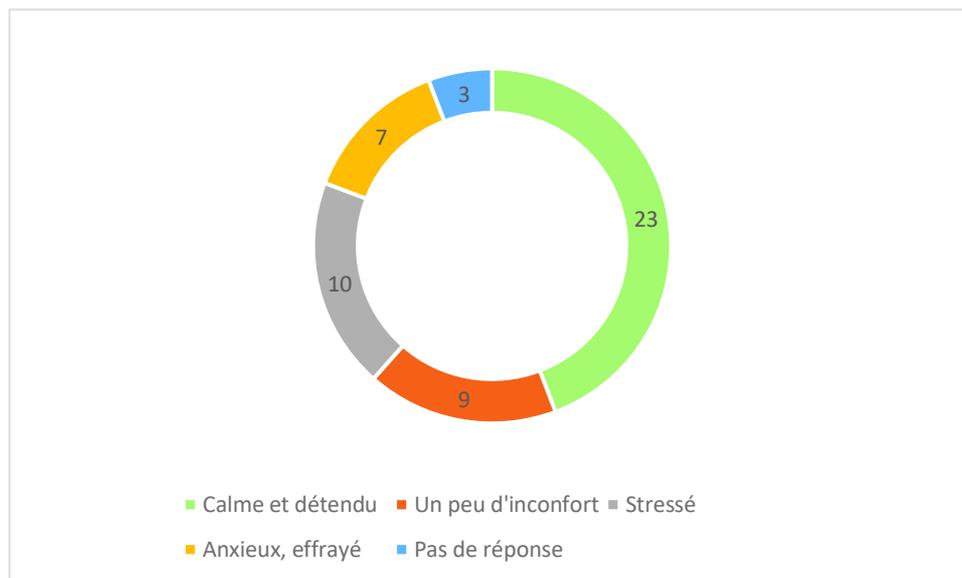


Figure n°33 : Graphique représentant le ressenti dans le fauteuil du dentiste, avant la procédure.

Question 49 : Comment vous sentez-vous après l'anesthésie, avant de commencer les soins ? (Figure n°34)

- 28 personnes se sentent calmes et détendues
- 7 personnes ressentent un peu d'inconfort
- 7 personnes se sentent stressées
- 2 personnes sont anxieuses, effrayées
- 3 personnes sont tellement anxieuses ou effrayées qu'elles commencent à transpirer et à se sentir mal
- 4 personnes n'ont pas répondu

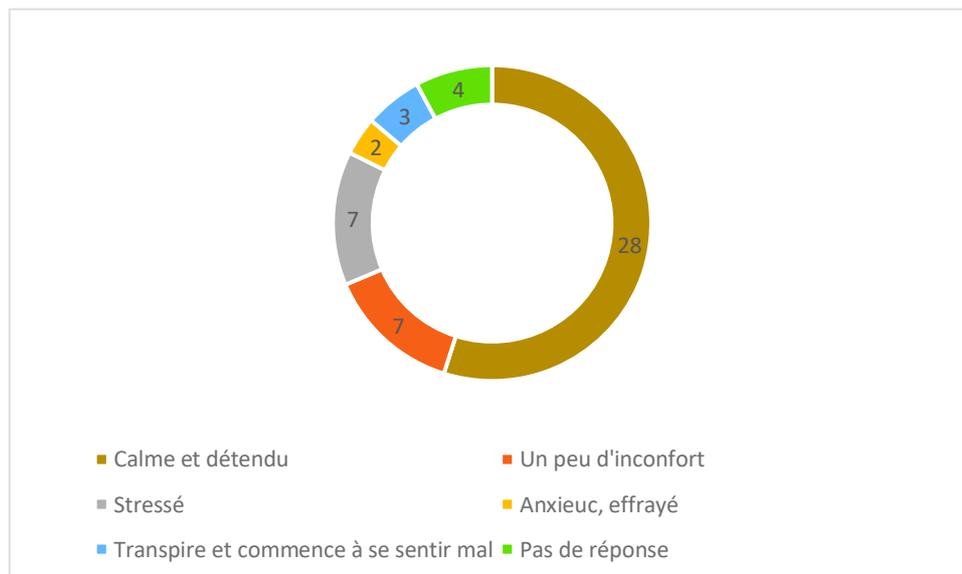


Figure n°34 : Graphique représentant le ressenti après l'anesthésie, avant de commencer les soins.

4. La discussion :

a. Discussion des résultats avec les données de la littérature :

En comparant les résultats de l'auto-questionnaire avec les données de la littérature, nous pouvons observer des divergences.

Tout d'abord, au niveau de l'hygiène : les toxicomanes alsaciens interrogés se brossent moins fréquemment les dents que la population portugaise étudiée dans l'étude de *Melo, Marques & Monteiro Silva de 2017*. [45]

Dans notre échantillon de population, 36% des participants se brossent les dents 2 fois par jour contre 97% de la population portugaise.

De plus, 32% des toxicomanes se brossent les dents 1 fois par jour contre 73% de la population portugaise.

En outre, les toxicomanes alsaciens ayant répondu à l'étude utiliseraient moins de fil dentaire que la population générale. Dans l'étude de *Carra et al de 2018*, 232 personnes sont évaluées et 80% d'entre elles utilisent le fil dentaire contre 64% dans notre étude. Cependant, la consommation de bain de bouche ou de produits de rinçage dentaire semble similaire. [46]

Au niveau de la santé bucco-dentaire et plus particulièrement de la santé parodontale, nous avons pu constater que les patients usagers de drogues ayant répondu à l'étude évaluent plus négativement leur santé dentaire et gingivale.

On peut effectivement observer que 44% d'entre eux ont répondu avoir un mauvais état de santé bucco-dentaire contre 26% dans l'étude de *Carra et al de 2018*. [46] D'après notre étude, les patients toxicomanes semblent avoir été plus informés d'une perte osseuse autour de leurs dents que la population étudiée dans l'étude de *Carra et al de 2018*. [46]

Les patients usagers de drogues semblent moins remarquer les effets de la parodontite.

D'après notre étude, seulement 10% remarquent un allongement de leurs dents et 24% pensent que leurs racines sont plus visibles contre 34% et 31% dans l'étude de *Carra et al de 2018*. [46]

Concernant les soins dentaires, nous observons un pourcentage plus élevé d'édentés totaux chez les patients toxicomanes de l'étude : 10% contre 7% dans l'étude de *Melo, Marques & Monteiro Silva de 2017*. [45]

Toujours en comparant les résultats de l'auto-questionnaire et de cet article, nous constatons que les usagers de drogues remplacent moins leurs dents, 32% les ont remplacées contre 44%.

Les toxicomanes alsaciens sont seulement 30% à avoir une prothèse amovible contre 84%.

Concernant la perception de leur santé bucco-dentaire, nous constatons également que les toxicomanes alsaciens ont moins de difficultés à se nourrir et à boire à cause de leurs dents que la population portugaise étudiée dans l'étude de *Melo, Marques & Monteiro Silva de 2017*. [45]

43% des usagers de drogues rencontrent des difficultés à se nourrir et à boire contre 51% de la population portugaise.

Cependant, les usagers de drogues ont plus honte de l'apparence de leurs dents que la population portugaise : 54% contre 18%.

Cette étude nous permet également de nous confirmer que les patients toxicomanes alsaciens consultent moins fréquemment un chirurgien-dentiste.

10% des toxicomanes consultent 1 fois par an contre 29% de la population portugaise. 14% des toxicomanes consultent plus de 2 fois par ans contre 23% de la population portugaise.

Cependant, le pourcentage de consultation en urgence est similaire.

En outre, nous avons également pu confirmer que les usagers de drogues étaient plus

anxieux à l'idée de consulter un chirurgien-dentiste que la population étudiée dans l'étude de *Piano et al de 2019*. [47]

En effet, 16% des patients dépendants appréhendent énormément et ne dorment pas bien la veille de leur rendez-vous chez le dentiste contre 4,3%. 8% des toxicomanes sont anxieux dans la salle d'attente contre 5% et 14% sont également anxieux avant la procédure d'anesthésie contre 11%. Or 6% sont tellement anxieux ou effrayés après la procédure d'anesthésie qu'ils commencent à transpirer et se sentir mal contre 1% dans la population portugaise.

b. Comment améliorer la prise en charge des soins bucco-dentaires chez les patients toxicomanes alsaciens ?

i. L'accès aux soins

Ce questionnaire, ainsi que la rencontre des usagers de drogues dans la salle de consommation réduite de Strasbourg permettent d'envisager des pistes de réflexions pour améliorer la prise en charge des soins bucco-dentaires des toxicomanes alsaciens.

Lorsque je fus en contact avec les différentes associations pour mettre en place la diffusion de l'auto-questionnaire, toutes les associations sans exceptions m'ont indiqué que les soins bucco-dentaires sont un problème pour les usagers. En effet, peu de dentistes acceptent de prendre en charge ces patients pour diverses raisons telles que le temps plus long des consultations, les risques médicaux des patients ou l'absentéisme de ceux-ci. [41]

Les associations ont du mal à diriger les toxicomanes dans leur parcours de soins dentaires.

Il serait alors peut être judicieux d'établir un parcours de soins spécifiques pour les toxicomanes alsaciens pour qu'ils puissent être mieux guidés par les associations. Le parcours de soins pourrait diriger les consommateurs de drogues dans des

institutions publiques qui pourraient éventuellement mettre des plages horaires dédiées aux usagers de drogues. L'idée des plages horaires est intéressante car ces patients ont beaucoup de mal à respecter un horaire, ainsi en ouvrant une plage de plusieurs heures, le patient pourra se rendre plus facilement à son rendez-vous dentaire.

Les soins bucco-dentaires ne semblent pas être une priorité pour les usagers de drogues.

La plupart m'ont expliqué que lorsqu'ils avaient rendez-vous, ils étaient en état de manque, ainsi la recherche de produit était plus importante que le rendez-vous. Il pourrait être intéressant de mettre en place un bus dentaire comme le « Dentibus » de Strasbourg qui est un cabinet dentaire mobile qui sillonne la ville de Strasbourg à la rencontre des enfants les plus défavorisés. [48]

Avec un tel dispositif, le bus pourrait venir de manière récurrente à la salle de consommation réduite et auprès d'autres structures en contact avec les toxicomanes partout en Alsace. Cela permettrait aux toxicomanes ayant du mal à se rendre à leur rendez-vous d'être directement pris en charge sur place. De plus, comme pour les enfants défavorisés, cette initiative permettrait de limiter le stress des usagers de drogues car ils resteraient dans un environnement familial. [48]

Une partie des toxicomanes interrogés par l'étude m'ont signalé ne pas pouvoir bénéficier de soins car ils ne bénéficient ni de la sécurité sociale, ni de la Couverture Maladie Universelle. Une prise en charge sociale semble nécessaire pour pouvoir suivre un traitement bucco-dentaire efficace.

ii. La réalisation des soins :

Les patients toxicomanes souhaitent une meilleure prise en charge lors de leurs soins dentaires. Comme énoncé dans la première partie de cette thèse, leurs principales doléances concernent le stress et l'extraction dentaire comme seul traitement possible. Le contact avec le patient usager de drogue est primordial pour des soins efficaces.

La communication entre le praticien et son patient, ainsi que des séances courtes et simples, permettent de limiter le stress. [3]

De plus, le plan de traitement n'est pas plus différent chez un patient dépendant que chez le patient non dépendant. [8] Il serait préférable d'expliquer au patient qu'il n'est pas soigné différemment et que, même sur un patient non dépendant, sa dent n'aurait pas été conservable.

iii. La prévention :

La rencontre avec des toxicomanes alsaciens m'a permis de me rendre compte que la prévention bucco-dentaire pourrait être plus présente.

La diffusion du questionnaire a eu un effet positif inattendu sur les consommateurs de drogues.

Après avoir participé à l'étude, de nombreux usagers ont pris rendez-vous afin de poursuivre des soins commencés il y a quelques années ou pour commencer un traitement dentaire.

Les membres des associations m'ont aussi fait part que depuis que le questionnaire était diffusé, ils parlaient de soins bucco-dentaires avec les usagers, chose qui n'était pas facile à introduire auprès d'eux.

Une prévention plus présente et plus axée sur les consommateurs de drogues permettrait aux associations d'ouvrir plus facilement le dialogue avec les usagers de drogues et ainsi mieux les guider dans leur parcours de soins dentaires.

c. Critiques :

Dans cette période de pandémie mondiale de Covid-19, trouver des lieux en contact avec des toxicomanes en Alsace qui sont d'accord pour diffuser un questionnaire n'était pas chose aisée.

L'échantillon de l'étude n'est pas très étendu, ce qui entraîne des répercussions sur sa précision.

Les réponses au questionnaire auraient été plus nombreuses si une tierce personne avait pu accompagner les usagers de drogues lorsque ceux-ci remplissaient le questionnaire. Beaucoup d'usagers m'ont personnellement indiqué qu'ils n'avaient pas répondu à toutes les questions car ils ne les avaient pas comprises.

La compréhension du questionnaire aurait pu être améliorée. Au début du questionnaire, une question demande : « quelles drogues sont consommées régulièrement » et ici seuls les produits les plus couramment utilisés y figurent, c'est-à-dire : le tabac, l'alcool et le cannabis. Ce sont seulement quelques questions plus tard que nous demandons aux usagers de drogues s'ils consomment d'autres drogues telles que la cocaïne, l'héroïne etc... Cette façon d'avoir séparé les drogues les plus courantes et les autres a perturbé les consommateurs.

Les motifs de consultations proposés dans l'auto-questionnaire n'ont pas satisfait certains des consommateurs qui ne s'y retrouvaient pas, 15 personnes sur 50 n'ont pas répondu à cette question. Certains usagers de drogue ont écrit à côté des propositions la raison pour laquelle ils ne consultent pas. Voici quelques-unes des explications :

- Je n'ai pas de papiers français
- Ma détresse psychologique est trop profonde
- Je manque les rendez-vous
- Je n'arrive pas à prendre rendez-vous car le cabinet ne prend pas de nouveaux patients
- Je n'aime pas ça
- Je me laisse aller

Le questionnaire était également trop long pour les consommateurs de drogues. Beaucoup d'entre eux se sont plaints de la longueur du questionnaire et de la manière dont les questions étaient posées. En effet, comme certaines questions ont été validées par des études randomisées, nous n'avons pas pu modifier la syntaxe de ces questions pour les rendre plus compréhensibles par le grand public.

Les membres de l'association d'Ithaque m'ont fait remarquer que si j'avais pu éditer mon auto-questionnaire en géorgien, nous aurions pu avoir beaucoup plus de

réponses car à ce moment-là à la salle de consommation réduite de Strasbourg, une part importante des consommateurs ne parlait que géorgien.

La fréquence d'utilisation ne devrait pas s'étendre sur une seule journée, mais inclure une case pour une consommation mensuelle. Les membres de l'association Ithaque m'ont fait remarquer qu'une part des consommateurs ne consomme pas forcément à l'échelle d'une journée ou d'une semaine mais 1 ou 2 fois par mois, ce qui ne peut pas être indiqué sur le questionnaire.

IV. Conclusion

Dans cette thèse, nous avons pu constater que les usagers de drogues en France sont nombreux, puisque d'après le compte rendu de l'OFDT il y aurait 350 000 usagers problématiques de drogue. [10]

Toutes les couches sociales sont touchées et les toxicomanes ont tendance à polyconsommer. [3] [8]

Dans notre étude, 18 personnes sur les 54 ayant répondu à cette question, consomment au moins deux drogues différentes.

Les toxicomanes ont des problèmes de santé bucco-dentaire. [4] Charnock et al. ont montré que 68% des toxicomanes contre 51% de non toxicomanes avaient signalé des problèmes bucco-dentaires. [41]

Ces problèmes sont devenus pour la plupart un mal-être car plus de la moitié des participants de notre étude ont indiqué qu'ils avaient honte de l'apparence de leurs dents.

De plus, 40% des toxicomanes interrogés rencontrent des difficultés à se nourrir ou à boire du fait de leur dentition.

Les drogues ont des effets sur la cavité buccale qui sont destructeurs. Chaque substance entraîne des conséquences qui lui sont propres mais également des complications communes telles que la xérostomie, le risque accru de caries, les problèmes parodontaux ou les candidoses. [3]

Consommer de la drogue augmente le risque de voir subvenir des problèmes bucco-dentaires.

Dans notre étude, nous avons pu malheureusement constater que la majorité des toxicomanes ayant répondu à l'auto-questionnaire, consommait de la drogue depuis plus de 10 ans. Nous n'avons pas été étonnés de constater que 10% des personnes ayant répondu au questionnaire soient des édentés totaux.

Grace à ce questionnaire, nous avons donc pu comprendre à quel point les toxicomanes alsaciens ont besoin d'un accompagnement bucco-dentaire ainsi que de soins bucco-dentaires adaptés. [41]

Les individus consommateurs de drogue n'ont pas pour priorité les soins bucco-dentaires. [3] [8] [4]

D'après notre étude, seuls 17 toxicomanes sur 50 consultent un chirurgien-dentiste. Comme l'énonçait Terry et Rees, la principale raison pour laquelle les toxicomanes ne consulteraient pas d'après notre étude, serait l'aspect financier des soins. Cependant, d'autres raisons ont été soulevées par notre étude comme la difficulté à prendre un rendez-vous, les difficultés psychologiques ou le fait d'être en situation irrégulière. [4] Or, les praticiens n'ont pas grand intérêt pour les patients toxicomanes. [4] En effet, 20,8% des patients se voient d'après Brondani et Park en 2011 refuser l'accès à un traitement bucco-dentaire contre 1,6% des patients non toxicomanes. [41] Les toxicomanes ont souvent une faible estime de soi et éprouvent une marginalisation de la part des soignants. [41]

Malgré ces refus, chaque praticien est amené à rencontrer un patient toxicomane ou ayant des antécédents de toxicomanie. Tout praticien devrait connaître les principales complications bucco-dentaires associées à la consommation de drogue, ainsi que les particularités thérapeutiques.

Or, pour améliorer la prise en charge des patients toxicomanes, il faudrait mettre en place des stratégies sanitaires et sociales innovantes.

A partir de ce questionnaire, plusieurs idées ont été formulées pour améliorer la prise en charge des patients toxicomanes en Alsace et donc l'état bucco-dentaire de ceux-ci.

Il a été évoqué qu'une intensification de la prévention bucco-dentaire serait un atout majeur pour motiver et encourager la prise de rendez-vous de patients toxicomanes. Pour accéder à ces consultations, un soutien social plus fort serait également bénéfique.

Afin de mieux guider les patients usagers de drogues, il faudrait établir un parcours de

soins local spécifique aux toxicomanes en collaboration avec les établissements de soins publics et les associations.

Enfin, afin que la prise en charge se passe au mieux, l'idée de la création d'un « Dentibus » spécifique aux toxicomanes a été évoquée.

SIGNATURE DES CONCLUSIONS

Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Nom - prénom de l'impétrant : PFLEGER Nina

Titre de la thèse : Evaluation de la situation bucco-dentaire et de l'accès aux soins dentaires
chez les toxicomanes alsaciens

Directeur de thèse : Professeur Olivier HUCK

VU

Strasbourg, le :
Le Président du Jury,



Professeur O. HUCK

VU

Strasbourg, le : **21 OCT. 2021**
Le Doyen de la Faculté
de Chirurgie Dentaire de Strasbourg,



Professeur C. TADDEI-GROSS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUE :

- [1] MILDT, «Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017,» 2012.
- [2] OEDT, «Rapport européen sur les drogues 2018,» 2018.
- [3] K. Hubert-Grossin, Y. George et O. Laboux, «Toxicomanie illicite : manifestations bucco-dentaires et prise en charge odontologiques,» *Revue d'odonto-stomatologie*, pp. 119-134, Mai 2003.
- [4] J. Sheridan, M. Aggleton et T. Carson, «Dental health and access to dental treatment : a comparison of drug users and non-drug users attending community pharmacies,» *British Dental Journal*, pp. 453-457, 8 October 2001.
- [5] P.-V. Piazza, «Qu'est ce qu'une addiction ?,» 10 Août 2015. [En ligne]. Available: <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/qu-est-ce-qu-une-addiction>.
- [6] Inserm, «Addiction : Du plaisir à la dépendance,» 11 Septembre 2020. [En ligne]. Available: <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>.
- [7] D. Fluyau et T. E. Charlton, «Addiction,» *NCBI Bookshelf*, 15 Mai 2021.
- [8] D. Terry et D. M. Rees, «Oral Effects of Drug Abuse,» *Critical Reviews in Oral Biology and Medicine*, pp. 163-184, Janvier 1992.
- [9] F. Beck, I. Obradovic, C. Palle, A.-C. Brisacier et A. Cadet-Taïrou, «Usages de drogues et conséquences : quelles spécificités féminines ?,» *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*, pp. 1-7, 2017.
- [10] A.-C. Brisacier, A. Brissot, A. Cadet-Taïrou, M. Gandihon et E. Janssen, «Drogue chiffre clés 8ème édition,» OFDT, 2019.
- [11] S. Spilka, O. Le Nézet, E. Janssen, A. Brissot et A. Philippon, «20 ans d'évolutions des usages de drogues en Europe à l'adolescence,» *OFDT*, pp. 1-8, 2021.
- [12] OFDT, «Addictions en Grand-Est : Consommation de substances psychoactives et offre médico-sociale,» 2017.
- [13] OFDT, «Usages et conséquences liés aux produits psychoactifs : Grand-Est,» 2020.
- [14] M. Lejoyeux, J. Adès, H.-J. Aubin, M. Auriacombe, S. Balester-Mouret, P. Batel et F. B. A. Beck, «Addictologie,» Paris, Elsevier-Masson, 2008, p. 186.

- [15] I. Demaret, A. Lemaître et M. Anseau, «L'Héroïne,» *Revue Médicale Liège*, pp. 287-293, 2013.
- [16] C. Reynaud-Maurupt, C. Verchère, A. Toufik et P.-Y. Bello, «Les usages de l'héroïne en France chez les consommateurs initiés à partir de 1996,» *Psychotropes*, pp. 57-77, Mars 2003.
- [17] P. Versteeg, D. . Slot, U. Van der Velden et G. Van der Weijden, «Effect of cannabis usage on the oral environment: a review,» *Int J Dent Hygiene*, pp. 315-320, 2008.
- [18] 14 Juillet 2021. [En ligne]. Available: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychodysleptique/64833>.
- [19] K. Bettayeb, «Les clés pour comprendre le cannabis médical,» 27 Septembre 2018. [En ligne]. Available: <https://www.science-et-vie.com/corps-et-sante/les-cles-pour-comprendre-le-cannabis-medical-43086>.
- [20] C. Cho, R. Hirsch et S. Johnstone, «General and oral health implications of cannabis use,» *Australian Dental Journal*, pp. 70-74, 2005.
- [21] K. El Harti, E. Bayi, S. Chbicheb et W. El Wady, «Consommation du tabac et du cannabis :».
- [22] S. e. a. Aldington, «Cannabis use and risk of lung cancer : a case-control study,» *Europe PMC Funders Group*, pp. 280-286, 2008.
- [23] N. e. a. Paleiron, «Cannabis “bong” : A frequent, original and dangerous way of consumption,» *Revue de Pneumologie clinique*, pp. 195-199, 2016.
- [24] J.-É. Adès, F. Beck et C. Ben Lakhdar, «Cannabis, données essentielles,» pp. 87-101, 2007.
- [25] N. Paleiron, M. André, M. Durand, C. Tromeur, C. Giacardi, F. Grassin et U. Vinsonneau, «Le « bang » de cannabis, un mode de consommation original, fréquent et dangereux,» *Revue de Pneumologie clinique*, pp. 195-199, 22 Avril 2016.
- [26] W. Maloney, «The significance of illicit drug use to dental practice,» 28 Juillet 2010. [En ligne]. Available: https://www.webmedcentral.com/wmcpdf/Article_WMC00455.pdf.
- [27] H. Raybaud, C. Voha et H. Delebarre, «Papillome buccal / Condylome acuminé / Verrue vulgaire,» 2021. [En ligne]. Available: http://dermatologiebuccale-nice.fr/lesions_nodulaires/papillome-buccal-condylome-acumine-verrue-vulgaire/.
- [28] H. Brand, S. Gonggrijp et k. C. Bla, «Cocaine and oral health,» *British Dental Journal*, pp. 365-369, Avril 2008.

- [29] P. G. A. O. M. Ramos Cury et J. Nunes dos Santos, «Periodontal status in crack and cocaine addicted men : a cross-sectional study,» *Environ Sci Pollut Res*, 20 Novembre 2016.
- [30] D. Krutchkoff, E. Eisenberg, O. James et J. Ponzillo, «Cocaine-induced dental erosions,» *The New England Journal of Medicine*, p. 408, 8 Février 1990.
- [31] A. H. Friedlander et D. A. Gorelick, «Dental management of the cocaine addict,» *Oral Surg*, pp. 45-48, 1988.
- [32] M. Lejoyeux, J. Adès, H.-J. Aubin, M. Auriacombe, S. Balester-Mouret, P. Batel et F. B. A. Beck, «Addictologie,» Paris, Elsevier-Masson, 2008, p. 228.
- [33] M. Lejoyeux, J. Adès, H.-J. Aubin, M. Auriacombe, S. Balester-Mouret, P. Batel et F. B. A. Beck, «Addictologie,» Paris, Elsevier-Masson, 2008, pp. 198-215.
- [34] Y. Kapila et H. Kashani, «Cocaine-Associated Rapid Gingival Recession and Dental Erosion. A Case Report,» *J Periodontol*, pp. 485-488, 1997.
- [35] A. Titsas et M. Ferguson, «Impact of opioid use on dentistry,» *Australian Dental Journal*, pp. 94-98, 2002.
- [36] M. Lejoyeux, J. Adès, H.-J. Aubin, M. Auriacombe, S. Balester-Mouret, P. Batel et F. B. A. Beck, «Addictologie,» Paris, Elsevier-Masson, 2008, pp. 186-196.
- [37] CAMH, «L'héroïne,» [En ligne]. Available: <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/l%E2%80%99h%C3%A9ro%C3%AFne>.
- [38] C. Pesci-Bardon et I. Prêcheur, «Conduites addictives : tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé buccodentaire,» *Odontologie*, 2010.
- [39] L. Plancke, S. Lose, A. Amariei, E. Benoit et M.-L. Chantelou, «Les traitements de substitution aux opiacés en médecine de ville dans le Nord-Pas-de-Calais,» Décembre 2010.
- [40] D. Touzeau et J. Bouchez, «La méthadone,» 1998.
- [41] J. J. Sheedy, BDS et FICD, «Methadone and caries. Case reports,» *Australian Dental Journal*, pp. 367-369, 1996.
- [42] C. H. Graham et J. G. Meechen, «Dental Management of Patients Taking Methadone,» *Dental Update*, pp. 477-485, Octobre 2005.
- [43] V. Berridge et Ph.D., «Heroin Prescription and History,» *The New England Journal of Medicine*, p. 361, 2009.

- [44] M. A. Brondani et E. Park, «Methadone and Oral Health- A Brief Review,» *Journal of dental hygiene : JDH / American Dental Hygienists'Association* , Avril 2011.
- [45] Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, «Circulaire relative à la mise en place des CSAPA et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie,» pp. 1-28, 28 Février 2008.
- [46] Ansem, «La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD),» 2017.
- [47] HAS, «Outil associé à la recommandation de bonne pratique "Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence",» *Service des bonnes pratiques professionnelles* , Octobre 2014.
- [48] P. Melo, S. Marques et O. Monteiro Silva, «Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status,» *International Dental Journal*, pp. 139-147, 2017.
- [49] M. C. Carra, A. Gueguen, F. Thomas, B. Pannier, G. Caligiuri, P. G. Steg, M. Zins et P. Bouchard, «Self-report assessment of severe periodontitis: Periodontal screening score development,» *J Clin Periodontol*, pp. 818-831, 26 Mars 2018.
- [50] R. P. Piano, W. A. Vieira, J. Sousa-Silva, L. R. Paranhos et L. Rigo, «Evaluation of anxiety levels and their characteristics in dental care: Cross-sectional study,» *Indian J Dent Res*, pp. 300-304, Avril 2019.
- [51] Dentaly.org, «Le dentibus : découvrez cette initiative pleine de bon sens !,» 31 Décembre 2020. [En ligne]. Available: <https://www.dentaly.org/le-dentibus-va-passer/>.

PFLEGER (Nina) - Évaluation de la situation bucco-dentaire et de l'accès aux soins dentaires chez les toxicomanes alsaciens

(Thèse : 3ème cycle Sci. odontol. : Strasbourg : 2021 ; N°63)

N°43.22.21.63

Résumé :

Dans cette thèse une certaine partie de la population est ciblée, les consommateurs de drogues. Nous y verrons les différentes manifestations bucco-dentaires qui sont associés à la consommation de drogues ainsi que la prise en charge spécifique de ces patients. Nous aborderons également l'accès aux soins : pourquoi les toxicomanes ne consultent pas ou peu leur chirurgien-dentiste ? Pour cela nous réaliserons une étude grâce à un questionnaire qui sera mis à la disposition des toxicomanes alsaciens. Ce questionnaire essayera de cibler les attentes et les besoins de ces patients afin de pouvoir modifier, adapter leur prise en charge future.

Rubrique de classement : SANTE PUBLIQUE BUCCO-DENTAIRE

Mots clés : Dentaire

Toxicomanie

Accès aux soins

Prise en charge

Me SH : Dental, Drug addiction, Access to care, Patient care

Jury :

Président : Professeur HUCK Olivier

Assesseurs : Docteur OFFNER Damien

Docteur EHLINGER Claire

Docteur BROLY Elyette

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale :

N. PFLEGER

28 rue de Rimbach

67100 STRASBOURG

Adresse de messagerie : nina.dirringerpfleger@gmail.com