

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2017

N°:

THESE POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 19 décembre 2017

Par Simon CAMERLYNCK

Né(e) le 08 octobre 1990 à Hazebrouck France

LE PATIENT TOXICOMANE
ETUDE DE CAS

JURY

Président :	Pr Thomas COLLARD
Assesseurs :	Dr Thomas TRENTESAUX Dr Cécile OLEJNIK <u>Dr Fiona PARASCANDOLO</u>
Membre(s) invité(s) :	Dr François WEMEAU

Président de l'Université	:	Pr. X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services de l'Université	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens	:	Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	M. DROPSIT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
E. DELCOURT – DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice – Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable de la sous-section des Sciences Biologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Responsable de la sous-section d' Odontologie Conservatrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidemiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN	Responsable de la sous-section de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la sous-section d' Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable de la sous-section de Prévention, Epidemiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques. Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMPS	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDEBERT	Odontologie Conservatrice – Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin – CHRU Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
L. ROBBERECHT	Odontologie Conservatrice – Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable de la Sous-section des Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable de la sous-section de Prothèses

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-section des Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique et Radiologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur au Muséum National d'Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique

Vous m'avez fait l'honneur de présider le jury de cette thèse et je vous en suis reconnaissant. Tout au long de mon cursus universitaire, j'ai pu apprécier votre savoir et votre gentillesse. Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de mon profond respect et de toute ma gratitude.

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-section Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes – Spécialité Ethique et Droit Médical

Certificat d'Etudes Supérieures de Pédodontie – prévention – Paris Descartes

Diplôme d'Université « Soins Dentaire sous Sédation » - Aix-Marseille II

Master 2 Ethique Médicale et Bioéthique – Paris Descartes

Formation certifiante « Concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient »

Vous avez accepté de participer à ce jury de thèse. Vous avez tout au long de mes études partagé votre savoir par un sens de la pédagogie et de l'enseignement que j'ai rarement rencontré. Soyez assuré de ma profonde estime et veuillez trouver en ce travail l'expression de mon profond respect.

Madame le Docteur Cécile OLEJNIK

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-section Sciences Biologiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

Vous avez accepté spontanément de siéger à ce jury de thèse. C'est pour moi un grand honneur. Votre bienveillance et votre pédagogie auront été d'une aide précieuse tout au long de mes études. Je vous assure, par cette thèse, ma profonde estime.

Monsieur le Docteur François WEMEAU

Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Calais – Spécialiste en Médecine Bucco-Dentaire

Master 2 Sciences de la Vie et de la Santé

Chirurgien dentiste principal (Commandant) Service de Santé des Armées

Docteur en Chirurgie Dentaire.

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse. Votre savoir et votre compétence professionnelle m'ont guidé et beaucoup apporté tout au long du stage clinique effectué à vos côtés. Vous trouverez dans ce travail, l'expression de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

Madame le Docteur Fiona PARASCANDOLO

Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

Sous-section Odontologie péridatrilque.

Docteur en Chirurgie Dentaire

Attestation Universitaire d'étude Complémentaire : soins sous sédation consciente (MEOPA) –
Lille 2

Vous avez accepté de diriger ce travail et je vous en remercie. Votre bienveillance, votre humanité et votre honnêteté resteront pour moi un moteur et un idéal qui motivera mon avenir. Vous trouverez dans la réalisation de ce travail le reflet de ma reconnaissance et de tout mon respect.

Celui qui rencontre de bonne heure des obstacles parvient à une liberté tranquille ; celui qui ne rencontre des obstacles que plus tard, ne connaît qu'une liberté amère.

Johann Wolfgang von Goethe

Table des matières

Introduction.....	14
1. La toxicomanie en France.....	16
1.1. Généralités.....	16
1.1.1. Définitions	16
1.1.1.1. Toxicomanie	16
1.1.1.2. Addiction.....	16
1.1.1.3. Dépendance.....	16
1.1.1.4. Substance psychoactive	17
1.1.1.5. Stupéfiant.....	17
1.1.2. Classification des substances psychoactives.....	17
1.1.2.1. Classification de Delay et Deniker.....	17
1.1.2.2. Les autres classifications.....	17
1.1.3. Mécanismes d'action des substances psychoactives.....	18
1.1.3.1. Les psycholeptiques ou sédatifs	18
1.1.3.1.1. Les anxiolytiques.....	18
1.1.3.1.2. Les neuroleptiques.....	19
1.1.3.1.3. Les hypnotiques.....	20
1.1.3.2. Les Psychoanaleptiques ou excitants.....	21
1.1.3.3. Les psychodysléptiques ou substances perturbant de façon diverse le psychisme.....	22
1.1.4. Les différents modes de consommation.....	22
1.1.5. Les principales substances psychoactives consommées par les toxicomanes..	24
1.1.5.1. Les principales molécules psycholeptiques.....	24
1.1.5.2. Les principales molécules psychoanaleptiques.....	25
1.1.5.3. Les principales molécules psychodysléptiques.....	26
1.2. Bilan actuel en France sur les stupéfiants.....	27
1.2.1. Trafic de drogue en France.....	27
1.2.2. Consommation de drogues en France.....	27
1.2.2.1. Les substances légalisées.....	27
1.2.2.2. Les substances illicites.....	27
1.2.3. Politique de lutte et mesures de santé publique.....	28
2. Le patient toxicomane et l'environnement buccal.....	30
2.1. L'abord du patient toxicomane.....	30
2.1.1. Relation de confiance et technique de communication.....	30
2.1.2. L'anamnèse.....	31
2.2. L'examen clinique.....	32
2.2.1. L'examen exo-buccal.....	32
2.2.2. L'examen endo-buccal.....	34
2.2.2.1. Examen des muqueuses.....	34
2.2.2.2. Examen dentaire.....	36
2.3. Gestion du plan de traitement.....	38
2.3.1. La première consultation.....	38
2.3.2. Le plan de traitement.....	39
2.3.2.1. Les atteintes parodontales	39
2.3.2.2. Les soins conservateurs.....	40
2.3.2.3. Les avulsions.....	41
2.3.2.4. Les prescriptions.....	41
3. Etudes de cas.....	42

3.1. Introduction.....	42
3.2. Méthode d'étude.....	43
3.3. Analyse de cas.....	44
3.3.1. Cas 1.....	45
3.3.2. Cas 2.....	47
3.3.3. Cas 3.....	49
3.3.4. Cas 4.....	50
3.3.5. Cas 5.....	51
3.4. Analyse.....	52
3.5. Discussion	55
3.6. Conclusion.....	57
Conclusion.....	58
Bibliographie.....	63

Introduction

Les consommations de drogues illicites sont de plus en plus courantes dans notre société. Les usagers fréquents en pâtissent physiquement et psychiquement d'une consommation devenue problématique. L'impact de cette dépendance sur leur santé est lourd. Les comportements toxicomaniaques ne cessent d'évoluer et se répercutent sur la santé bucco-dentaire.

Ainsi, les patients toxicomanes présentent une addiction difficile à gérer pour le chirurgien dentiste. D'une part, la pharmacocinétique des substances psychoactives engendre des conséquences multiples et complexes au niveau de la cavité buccale qui rendent la pratique de l'art dentaire plus aléatoire. D'autre part, les patients souffrant de dépendance sont généralement réticents envers le milieu médical et ne livrent pas toutes les informations nécessaires à leur prise en charge.

Ces singularités dans le traitement des toxicomanes en font souvent une population exclue du système de soins dentaires. Nombreux chirurgiens dentistes se sentent démunis face à un patient présentant ce type d'addiction. Il est généralement difficile d'amener les patients à se confier sur la fréquence et le type exacte de substances psychoactives consommées. Le praticien se retrouve alors sous informé de l'état de santé réel de son patient ce qui constitue un frein pour la réalisation de soins dentaires dans de bonnes conditions. Ces informations sont toutefois essentielles pour une prise en charge optimale.

Dans ce contexte, il nous semble qu'un accès aux techniques de dépistage des pratiques toxicomanes des patients au cabinet dentaire est important. Les nombreuses conséquences buccales liées principalement à une utilisation chronique de drogues imposent au chirurgien-dentiste de connaître les mécanismes de l'addiction et ses différentes répercussions cliniques. Par ailleurs, la question de la gestion des soins chez ce type de patient est également primordiale. Savoir mettre en confiance son patient, le motiver à revenir au cabinet dentaire sont des problèmes tout aussi importants que la gestion clinique proprement dite.

Dans un premier temps, notre exposé portera sur une présentation des différents mécanismes d'action des substances psychoactives et un bilan succinct de la toxicomanie en France. Nous tâcherons ensuite d'exposer les diverses manifestations physiques, psychologiques et cliniques du patient toxicomane afin de répondre au mieux à la gestion du plan de traitement.

Au travers d'une étude de plusieurs cas cliniques, nous concluons finalement sur le rôle du chirurgien dentiste dans un contexte pluridisciplinaire et global de santé publique. Nous amènerons ainsi de possibles réflexions prospectives et envisagerons de passer d'une vision moraliste à une véritable médicalisation.

1. La toxicomanie en France

1.1. Généralités

Parmi toutes les notions employées dans notre domaine d'étude, nombre d'entre elles sont utilisées dans la vie courante par abus de langage, il convient donc de redéfinir précisément certains termes.

1.1.1. Définitions

1.1.1.1. Toxicomanie

Le terme de toxicomanie tout comme le terme d'abus ne sont plus employés de façon unanime au sein de la communauté internationale. Leurs connotations négatives et stigmatisantes en sont en partie responsables (1).

Selon la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la toxicomanie est décrite comme la consommation excessive de substances psychoactives qui entraînent une altération des processus cognitifs, comportementaux et physiologiques. Elle entraîne une addiction. La toxicomanie est donc un comportement.

1.1.1.2. Addiction

Ce terme n'est plus employé par la communauté scientifique internationale. Cependant dans la littérature, le terme « addiction » reste couramment utilisé.

Selon l'OMS, l'addiction est un état de dépendance périodique ou chronique à des substances ou à des comportements. C'est ainsi que l'on a intégré l'addiction aux jeux d'argent ou aux jeux vidéo au sein des pathologies addictives (1). L'addiction est un état psychique.

1.1.1.3. Dépendance

Nous parlons principalement de syndrome de dépendance.

Selon la 10ème révision du CIM en 2015, ce syndrome rassemble l' « ensemble des phénomènes comportementaux cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associés à un désir puissant de prendre de la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue et, parfois, à un syndrome de sevrage physique. » (2).

1.1.1.4. Substance psychoactive

Nous définissons par ce terme une substance naturelle ou synthétique qui provoque lors de sa consommation une perturbation des processus mentaux. Une substance psychoactive n'implique donc pas obligatoirement un syndrome de dépendance (3).

1.1.1.5. Stupéfiant

Selon l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), un stupéfiant caractérise un composé naturel ou synthétique qui, en cas de consommation excessive, peut engendrer un syndrome de dépendance.

1.1.2. Classification des substances psychoactives

Nous développerons dans ce travail une classification médicale des substances psychoactives en fonction de leurs effets sur l'organisme et leur pharmacocinétique. D'autres classifications existent. Cependant elle sont moins pertinentes pour notre exposé.

1.1.2.1. Classification de Delay et Deniker

La Classification de Delay et Deniker (1957) fut validée par le congrès mondial de psychiatrie en 1961. Cette classification, encore utilisée de nos jours, se base sur l'effet des substances psychoactives sur l'organisme (4). C'est celle que nous utiliserons pour illustrer notre étude. Elle se divise en trois catégories :

- les psycholeptiques ou sédatifs : ces molécules diminuent l'activité mentale, on les subdivise en trois sous-catégories :
 - les anxiolytiques
 - les neuroleptiques
 - les hypnotiques
- Les psychoanaleptiques ou excitants : ces molécules accroissent l'activité mentale.
- Les psychodysleptiques : ces molécules perturbent l'activité mentale.

1.1.2.2. Les autres classifications

D'autres classifications existent pour organiser les substances psychoactives.

On note parmi les classifications basées sur l'effet des molécules la Classification de Lewin (1924) ainsi que le classification de Pelicier et Thuillier (1991) (5).

Des classifications indexées sur le pouvoir de création de syndromes de dépendance lié à la consommation de ces substances existent également. C'est le cas de la classification de l'OMS (1971 ; modifiée en 1978 par Monique Pelletier) ou encore la classification du rapport de Roques (1998) (6).

1.1.3. Mécanismes d'action des substances psychoactives

D'après la Classification de Delay et Deniker (1957)

1.1.3.1. Les psycholeptiques ou sédatifs

1.1.3.1.1. Les anxiolytiques

Ils agissent principalement par la voie des récepteurs de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) de type A et la voie de la sérotonine ou 5-hydroxytryptamine (5HT) (7).

La voie des récepteurs Gaba de type A (GABA-a) (8):

Ces récepteurs jouent un rôle de canal ionique pour les ions chlorure Cl⁻. Ils sont composés de cinq sous-unités ; deux sous-unités alpha, deux sous-unités bêta et une sous-unité gamma2. Les anxiolytiques sont des agonistes du GABA. Ces molécules agissent au niveau de l'interface entre le site alpha et le site récepteur bêta des récepteurs Gaba-a. Ils se fixent sur les sites récepteurs extracellulaires et permettent ainsi l'activation des récepteurs entraînant l'ouverture des canaux ioniques (figure1).

Cela induit une entrée intracellulaire d'ions chlorure qui hyper-polarisent le milieu intracellulaire et rendent le passage d'une vague de potentiel d'action plus difficile. De fait, la conduction nerveuse est limitée.

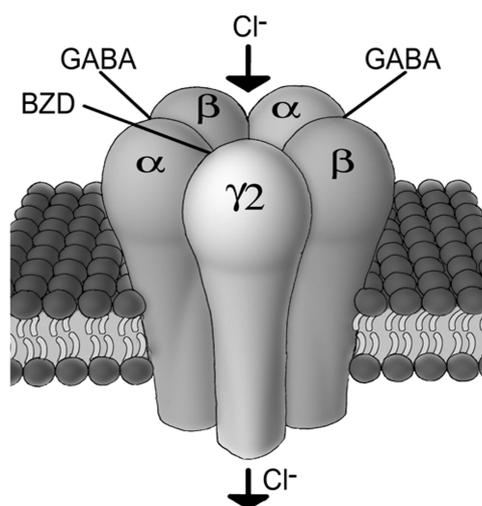


Figure 1 : Illustration schématique de la sensibilité aux benzodiazépines du complexe GABA-A(9)

Toutefois, ce n'est pas l'action sur le complexe Gaba-A qui est directement responsable de l'effet anxiolytique.

L'activation des récepteurs GABA-A, couplé à une action sur le système noradrénergique au niveau du Locus coeruleus situé dans le tronc cérébral, ainsi que l'activation du système sérotoninergique au niveau du raphé dans le bulbe rachidien induisent des effets anxiolytiques, sédatifs, anti-convulsifs, myo-relaxants et amnésiques (8).

La voie de la sérotonine :

La sérotonine est un neurotransmetteur impliqué dans plusieurs mécanismes physiologiques comme la régulation du rythme circadien, le comportement impulsif, la libido, la gestion de la douleur et l'anxiété.

L'action de la sérotonine est modulée par une quinzaine de récepteurs cellulaires (5HT1, 5HT2, 5HT1a...) situés au sein du système nerveux central notamment au niveau du raphé dans le bulbe rachidien ainsi qu'au niveau du système nerveux périphérique.

Les anxiolytiques sont des agonistes directs de la sérotonine.

Une étude d'un agoniste direct de la sérotonine (M-chloro-phenyl-pipérazine) a conclu que le manque de sérotonine au sein du système nerveux central serait responsable d'une augmentation des comportements anxieux chez les patients (10).

1.1.3.1.2. Les neuroleptiques

Les neuroleptiques sont également appelés antipsychotiques. Ces molécules agissent sur le système dopaminergique en tant qu'antagonistes directs de la dopamine (figure 2).

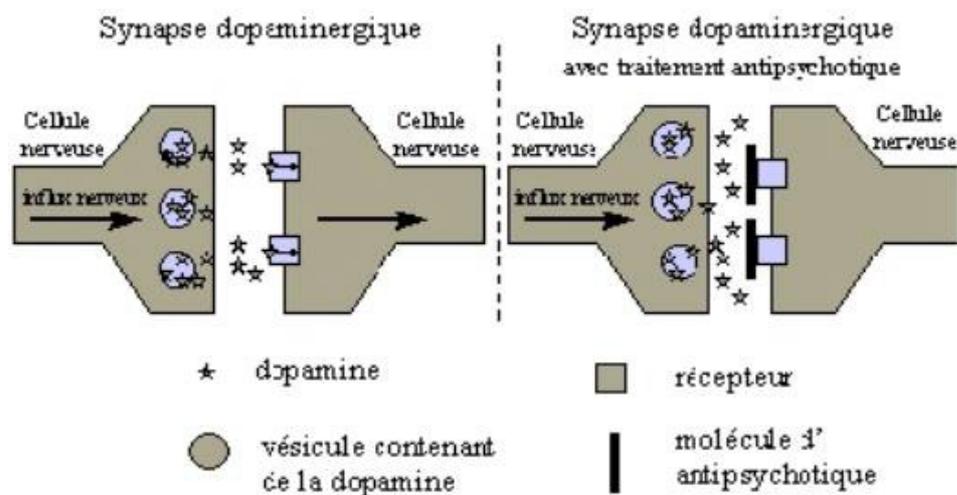


Figure 2: Mécanismes d'action des neuroleptiques (source: alterpsy.org)

Le système dopaminergique joue un rôle dans les fonctions de perception de l'environnement, les fonctions émotionnelles (« hormone du plaisir ») et les fonctions de contrôles comportementaux. Lorsqu'elles sont perturbées, ces fonctions engendrent des phénomènes psycho-pathologiques (psychose, démence, schizophrénie).

L'action antagoniste des neuroleptiques s'exerce donc via 4 voies du système dopaminergiques :

- La voie mesolymbique :

Les neuroleptiques inhibent l'action de la voie mésolymbique. Cette dernière est responsable du comportement émotionnel, de la motivation et de l'association action/conséquence. Cette inhibition provoque donc une baisse de la motivation, du relief émotionnel et de la capacité d'anticipation des patients (11).

- La voie mésocorticale :

Cette voie contrôle l'activité mnésique de l'individu ainsi que son attention. Les neuroleptiques ont également une action inhibitrice de cette voie engendrant une baisse des capacités cognitives et de la vigilance (11).

- La voie nigrostriée :

Nous abordons ici une voie de régulation du contrôle des mouvements. L'action inhibitrice des neuroleptiques peut entraîner des symptômes de perte de contrôle du mouvement volontaire comme des dyskinésies aiguës ou des akathisies.

L'altération est délétère au niveau de ce réseau neuronal et entraîne l'apparition de la maladie de Parkinson (11).

- La voie tubéro infundibulaire :

Cette voie joue un rôle essentiel dans la communication du complexe hypothalamo-hypophysaire. L'action des neuroleptiques se manifeste essentiellement par l'altération de la(les) fonction(s) des organes sexuels. (ex : aménorrhée chez la femme, impuissance chez l'homme) (11).

1.1.3.1.3. Les hypnotiques

Cette catégorie de molécules psychoactives agit par deux voies métaboliques principales : la voie des benzodiazépines et celle des antihistaminiques.

- Les benzodiazépines

Elles agissent sur le complexe GABA_A au niveau de la sous-unité alpha comme des agonistes indirects du GABA. Elles favorisent l'ouverture du canal ionique du récepteur GABA_A, induisant un seuil de polarisation plus élevé et donc une activité neuronale plus faible. (figure1).

- Les antihistaminiques

Nous disposons de peu d'études sur l'effet hypnotique des antihistaminiques. Plutôt utilisés pour leur propriétés antiallergiques, ces molécules présentent également un effet hypnotique. Cela se caractérise par une action antagoniste au niveau des récepteurs H1 de l'histamine situés au sein de l'hypothalamus ainsi qu'une action inhibitrice de l'acétylcholine. L'hypothalamus intervenant également dans la régulation du sommeil, l'action des antihistaminiques peut provoquer un effet hypnotique.

1.1.3.2. Les Psychoanaleptiques ou excitants

Nous regroupons dans cette catégorie l'ensemble des molécules dont l'action directe ou indirecte accélère l'activité cérébrale. Nous les connaissons plus simplement sous le nom de stimulants.

Le principe d'action de ces molécules réside dans l'inhibition des pompes présynaptiques de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Cet effet provoque donc une augmentation de la concentration en sérotonine et/ou noradrénaline au sein de la synapse augmentant de ce fait l'action de ces deux neurotransmetteurs (figure 3) (13).

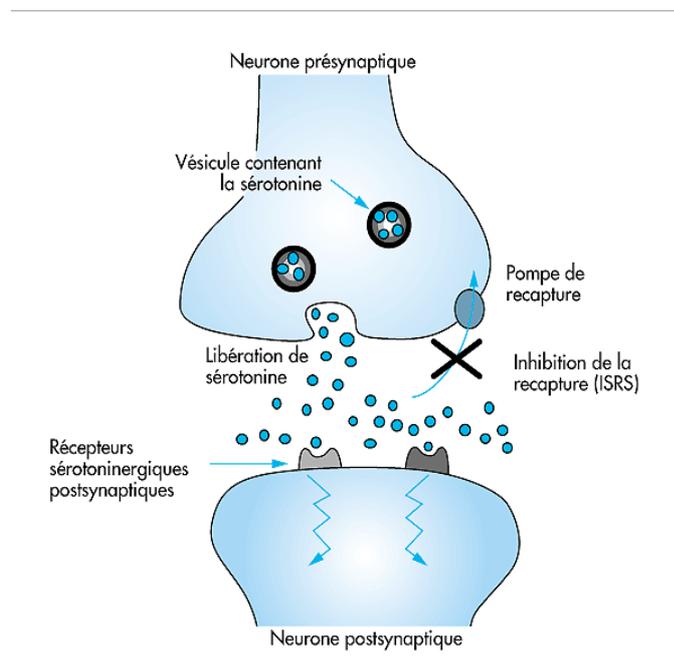


Figure 3: L'inhibition de la recapture de la sérotonine augmente la transmission sérotoninergique (13).

On retrouve notamment ces neurotransmetteurs dans les synapses du système mésolimbique. Les psychoanaleptiques provoquent donc un effet opposé à celui des neuroleptiques qui ont un rôle inhibiteur.

1.1.3.3. Les psychodysléptiques ou substances perturbant de façon diverse le psychisme

L'extrême majorité des psychodysléptiques ont une structure moléculaire proche de celle de la sérotonine (14). Leur mode d'action précis est encore mal connu.

Il semble cependant évident que l'action sur le seul système sérotoninergique ne soit pas à envisager. En effet, quelques études ont évoqué une relation indirecte des psychodysléptiques avec les systèmes dopaminergique, noradrénergique et cathécolaminergique (15).

De fait, il faut considérer les psychodysléptiques comme des molécules agissant dans plusieurs zones du système nerveux central. Leur action combinée sur ces différentes zones détermine la façon dont elles perturbent le psychisme.

1.1.4. Les différents modes de consommation

Il existe 5 modes de consommation différents des substances psychoactives connues. (16) (17) (18).

- La voie orale: c'est un mode d'absorption par la bouche. En fonction du conditionnement de la substance ingérée, le consommateur peut la boire, la mâcher ou encore la gober.
- Le "sniff": Le produit est aspiré par le nez à l'aide d'une paille. Ce mode de consommation entraîne fréquemment des irritations ou des nécroses des parois nasales ainsi que des problèmes pulmonaires.
- L'injection: La drogue liquide ou mélangée à un liquide est administrée à l'aide d'une seringue en injection intraveineuse ou intramusculaire. Les risques associés à ce mode de consommation sont liés :
 - aux effets directs de la drogue sur la zone piquée qui peut déclencher des manifestations pathologiques locales telles que des œdèmes, des problèmes cutanés, des érythèmes..
 - au manque d'hygiène et à une mauvaise utilisation de la seringue. En effet, on peut retrouver des emphysèmes suite à une injection d'air ou encore une infection locale si la seringue n'est pas parfaitement stérile.
 - à la transmission de maladies graves comme le SIDA et l'hépatite C lorsque une même seringue est utilisée par plusieurs usagers.

- L'inhalation ou la « chasse de dragon »: Si la substance psychoactive est un produit volatil ou gazeux, elle est simplement respirée. Dans d'autres cas, le consommateur utilise un récipient (cuillère, coupe métallique) et une source de chaleur pour chauffer le composé. Ainsi, les vapeurs dégagées sont aspirées par le nez.
- La fumée: La substance psychoactive est consommée par combustion directe. Il s'agit du même principe que la cigarette, la pipe ou encore le narguilé qui lorsqu'il est bricolé est appelé "bang".

Chaque mode de consommation peut coupler plusieurs substances psychoactives. Une substance peut également être consommée par des modes différents. Il existe également d'autres modes de consommation qui sont utilisés de façon plus sporadique. (gouttes oculaire, voie rectale)

1.1.5. Les principales substances psychoactives consommées par les toxicomanes.

Afin de mieux cibler les pratiques toxicomanes d'un patient, il est important de connaître les principales substances psychoactives consommées de façon abusive. Nous classerons ces substances selon leur mécanisme d'action et détaillerons au sein de chaque famille le conditionnement de ces substances et leurs modes de consommation privilégiés.

1.1.5.1. Les principales molécules psycholeptiques

Nous pouvons retrouver parmi les principaux psycholeptiques consommés de façon abusive : l'héroïne, la buprénorphine (BHD) utilisée notamment comme principe actif du Subutex® indiqué dans le traitement de la dépendance à l'héroïne ou aux opiacés, le méthadone, la morphine, la codéine, le rachacha et l'acide gamma-hydroxybutyrate ou GHB

Tableau 1: Conditionnement et principaux modes de consommation des psycholeptiques (17) (19) (20) (21) (22)

Substance psychoactive	Conditionnements	Orale	Inhalation	Fumée	Injection	Sniff
Héroïne	poudre		**	*	****	***
Buprénorphine	comprimés	****	*	*	***	**
Méthadone	sirop, comprimés	****			*	
Morphine	gélules, billes	*			****	*
Codéine	sirop, comprimés	****				
Rachacha	pâte	****	***			
GHB	liquide, gélules, comprimés, poudre	****				

Légende :

*: Mode de consommation plus rare

** : Mode de consommation moins fréquent

*** : Mode de consommation fréquent

**** : Principal mode de consommation

1.1.5.2. Les principales molécules psychoanaleptiques

Dans cette catégorie, nous pouvons classer : la cocaïne, le crack (dérivé de la cocaïne), l'ecstasy aussi appelé MDMA à cause de son principe actif le méthylènedioxyméthamphétamine, les amphétamines également connu sous le nom de speed, le khat, la méphédrone et la métamphétamine appelé aussi cristal met ou yaba.

Tableau 2: Conditionnement et principaux modes de consommation des psychoanaleptiques (19) (20) (22) (23)

Substance psychoactive	Conditionnements	Orale	Inhalation	Fumée	Injection	Sniff
Cocaïne	poudre	*	**		***	****
Crack	caillou, galette, plaquette		****		**	***
Ecstasy	comprimés, gélules, poudre	****	*		***	**
Amphétamines	poudre, pâte, comprimés	***	*		**	****
Métamphétamines	poudre, pâte, comprimés, cristaux	**			*	****
Khat	feuilles fraîches	****				
Méphédrone	poudre gélules, comprimés	****			*	***

Légende :

*: Mode de consommation plus rare

** : Mode de consommation moins fréquent

*** : Mode de consommation fréquent

**** : Principal mode de consommation

1.1.5.3. Les principales molécules psychodysleptiques

Parmi les principales substances perturbatrices de l'activité mentale consommées de façon abusive nous retrouvons : le cannabis, les champignons hallucinogènes, le datura, la kétamine, le diéthylamide de l'acide lysergique ou LSD ainsi que les dérivés nitrités ou poppers.

Tableau 3: Conditionnement et principaux modes de consommation des psycholeptiques (19) (20) (21) (24)

Substance psychoactive	Conditionnements	Orale	Inhalation	Fumée	Injection	Sniff
Cannabis	feuilles séchées, pâte durcie, huile	**	*	****		
Champignons hallucinogènes	champignons frais ou secs	****	*			
Datura	feuilles séchées	****	**	*		
Kétamine	liquide, poudre, comprimés	**	*		***	****
LSD	gélules, poudre, comprimés, liquide, buvard	****	*		*	
Poppers	liquide volatile		****			

Légende :

*: Mode de consommation plus rare

** : Mode de consommation moins fréquent

*** : Mode de consommation fréquent

**** : Principal mode de consommation

1.2. Bilan actuel en France sur les stupéfiants

1.2.1. Trafic de drogue en France

Mesurer l'évolution du trafic de drogue est un exercice très compliqué. Les paramètres à prendre en compte sont nombreux et variables : l'ingéniosité des trafiquants pour transporter leur produit, l'efficacité des services de douane ou encore la connaissance des marchés sont des paramètres que l'on ne peut pas réellement évaluer objectivement.

Cependant, et selon l'OFDT, (Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) et l' EMCDDA (European monitoring centre for drugs and drug addiction), il est estimé qu'en 2015, 2,34 milliards d'euros ont été générés par le trafic de stupéfiants en France [1,53 Mds€ ; 3,15Mds€].

1.2.2. Consommation de drogues en France

1.2.2.1. Les substances légalisées

Il s'agit de l'alcool et du tabac qui, tous types de substances confondues, représentent la majorité des consommations des composés psychoactifs par les français. Le tabac est consommé plutôt quotidiennement car il présente un pouvoir addictif plus puissant que celui de l'alcool dont le mode de consommation principal reste occasionnel. On compte également parmi ces substances les médicaments utilisés pour réguler l'activité mentale et accompagner le sevrage des syndromes de dépendance. Ces médicaments ont parfois des utilisations dérivées de leur but premier et sont consommés de manière abusive par les patients. C'est le cas parfois des dérivés morphiniques ou encore du Subutex® (25).

1.2.2.2. Les substances illicites

Les organismes d'étude de ces marchés estiment qu'en 2015 le marché du cannabis et de ses dérivés représentait à lui seul plus de 50% du marché français ; la cocaïne représentait 30% du marché français ; quant à l'héroïne et l'ecstasy environ 10% du marché. Les autres substances venaient se partager les 10% restant (26).

Lorsque l'on compare ces données à celles recueillies par le dispositif Tendances Recentes et Nouvelles Drogues (TREND) de l'OFDT, on remarque une corrélation logique et évidente entre la consommation de ces substances et l'évolution de leur prix respectif sur le marché. En effet, les substances les plus consommées subissent une hausse régulière de leur prix (25).

	2000	2010	2011*	2012*	2013*	2014**	2015**	Tendance générale
Héroïne	59	42	40	43	47	43	40	↓ depuis 2013
Cocaïne	84	67	68	71	77	80	84	↗ depuis 2010
Ecstasy (comprimé)	15	7,7	7	10	8	10	10	↗ depuis 2013
MDMA (poudre)	ND	60	63	56	55	55	54	↓ depuis 2010
Résine de cannabis	ND	5	5	7	7	7	7	↗ depuis 2010
Herbe de cannabis	ND	8	8	10	10	10	11	↗ depuis 2010
Amphétamines	15	16	15	14	14	15	13	→ depuis 2012
LSD (buvard)	8,5	10	10	10	10	10	10	→ depuis 2010

Source : Baromètre-Prix/ TREND/ OFDT

* Données TREND issues du Baromètre semestriel « prix » pour l'héroïne, la cocaïne, le comprimé d'ecstasy et la MDMA, la résine et l'herbe de cannabis. S'agissant des amphétamines et du LSD, des observations ethnographiques TREND.

** Données TREND issues de l'ethnographie.

Figure 4: Prix en euros des principales substances relevés par le dispositif TREND (pour 1 gramme sauf mention contraire)(22)

1.2.3. Politique de lutte et mesures de santé publique

La loi du 31 décembre 1970 modifiée par la loi n°2007-297 du 5 mars 2007, publiée au Journal Officiel du 7 mars 2007, régit encore actuellement la politique Française en matière de contrôle et de répression des usagers de stupéfiants. Cette loi modifie l'article L3421-1 du code de santé publique qui stipule qu'en France, « L'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende ».

En 2010, le REITOX, Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies, a constaté 141 925 interpellations pour usages de stupéfiants en France par les forces de l'ordre contre 166 390 en 2015, soit une augmentation de plus de 17%.

Jusqu'à présent la stratégie pénale et politique française consistait à montrer de la fermeté de plus en plus grande envers les consommateurs de ces produits par des amendes et peines réévaluées régulièrement.

La loi a été réactualisée par la Loi de Santé promulguée le 26 janvier 2016. Elle réévalue les sanctions envers les usagers et les détenteurs de produits stupéfiants, autorise la consommation de stupéfiants dans des lieux adaptés et sécurisés appelés salles de consommation à moindre risque (27).

Cette dernière permet aux consommateurs de substances illicites ainsi qu'à leurs accompagnants de disposer d'un encadrement médical et sanitaire pour leur pratiques toxicomanes. Au sein de ces centres, les consommateurs bénéficient d'une immunité législative.

Nous sommes donc en présence de deux lois contradictoires qui cependant, visent un but de santé publique commun.

2. Le patient toxicomane et l'environnement buccal

2.1. L'abord du patient toxicomane

Le patient souffrant de troubles addictifs est souvent confronté à la méfiance des praticiens de santé. Cette appréhension des soignants à les prendre en charge entraîne généralement une méfiance des patients qui préfèrent alors cacher leur(s) conduite(s) addictive(s). La création d'une relation de confiance mutuelle entre chirurgien dentiste et patient toxicomane est toutefois primordiale. Dès la première consultation, la mise en place d'un climat de confiance est essentiel et conditionnera le succès de la prise en charge de ces patients (20) (28).

2.1.1. Relation de confiance et technique de communication

Le chirurgien dentiste doit savoir que le patient souffrant de troubles addictifs a probablement consulté plusieurs praticiens avant lui.

De fait, le chirurgien dentiste doit avant tout écouter les demandes du patient afin de répondre au mieux à son motif de consultation. Il faudra rester ferme sur les conditions de soins au cabinet dentaire et être tolérant sur la situation du patient. Il est également essentiel de garder son calme et sa capacité de discernement en toutes circonstances pour pouvoir faire face à un éventuel comportement instable ou agressif du patient (28) (29).

Il est important de fixer les règles du cadre de soin dès la première consultation. En effet, certains patients en période de sevrage peuvent être tentés de consulter les professionnels de santé dans l'espoir de remédier à leur syndrome de manque. En outre, la motivation du patient réside souvent dans la gestion d'une douleur ponctuelle. Une fois cette douleur contrôlée par le praticien, le patient peut se sentir guéri et ainsi mettre un terme à son parcours de soin. Il faut donc expliquer l'importance de chaque étape de soin réalisée au fauteuil dentaire dans le but de favoriser une observance thérapeutique, une bonne motivation du patient et une meilleure prise en charge.

Finalement, le praticien doit garder sa place dans le parcours de soin du patient. L'écoute est importante mais en aucun cas le chirurgien dentiste n'est addictologue ou psychologue. Le praticien peut conseiller le patient, exprimer son avis sur la situation actuelle si celui-ci lui demande. Cependant il ne doit pas juger le patient mais savoir l'orienter vers d'autres professionnels de santé s'il ressort de la consultation un désir de prise en charge plus global.

Il faut rester conscient des limites d'acceptation des patients pharmacodépendants. Si ces derniers ne sont pas prêts à être aidés, il est du devoir du professionnel de santé de ne pas les forcer à consulter mais plutôt d'accompagner son patient dans un état psycho-médico-social compatible à une prise en charge de son problème (28) (29).

2.1.2. L'anamnèse

Dans le cadre de la prise en charge du patient souffrant de troubles addictifs, l'anamnèse est importante pour connaître exactement les modalités de consommation de(s) substance(s) psychoactive(s) du patient. Parfois, le patient délivre l'information de lui même mais la plupart du temps elle est soit minimisée soit cachée par le patient.

Il faut donc commencer par expliquer au patient pourquoi il nous est important de connaître ces informations (assurer le bon déroulement de la séance de soin et éviter toute incompatibilité avec les produits que l'on va utiliser). De fait, lors de l'interrogatoire, nous essayerons de connaître :

- Quelle(s) substance(s) est (sont) consommée(s) ?
- Depuis quand ?
- Quel est (sont) le(s) mode(s) de consommation ?
- Quelle est la quantité de consommation ?
- A quand remonte la dernière prise ?

Le praticien doit également connaître les pathologies fréquemment non contrôlées et associées aux addictions aux substances psychoactives. On en dénombre trois principales (30):

- le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)
- L'hépatite B
- L'hépatite C

Le patient sous dépendance présente donc un risque infectieux important dont il faudra tenir compte dans sa prise en charge au cabinet dentaire. En plus des facteurs généraux sur l'hygiène et le mode de vie de ces patients, nous pouvons constater que ce risque infectieux concerne essentiellement les patients pratiquant l'injection et le sniff. Ce sont les deux modes de consommation les plus vulnérables à l'infection (31).

Cette constatation a plus récemment pesé dans les débats parlementaires précédant l'ouverture des salles de shoot en France.

2.2. L'examen clinique

2.2.1. L'examen exo-buccal

Les patients toxicomanes ont un risque infectieux majoré. En fonction du mode de consommation, les patients peuvent présenter des signes généraux différents. Savoir reconnaître ces signes est important pour estimer la consommation de substance des patients.

Le tableau 4 référence les lésions que nous pouvons constater selon le mode de consommation.

Tableau 4: Relations entre les modes de consommation des drogues et les lésions (32) (33).

Modes de consommation	Lésions observables
Voie orale	Brûlures et irritations de la muqueuse buccale Irritations de la gorge Troubles digestifs
Inhalation	Bronchospasmes Pneumothorax Hémorragies Problèmes respiratoires
Fumée	Irritation des voies aériennes supérieures Troubles respiratoires Brûlures et irritations des muqueuses buccales
Injection	Lésions cutanéoveineuses, hématomes locaux, abcès cutanés, nécroses du point d'injection Infections locales Septicémie Tétanos Infections virales (VIH, hépatites...)
Sniff	Perforations du palais Infections naso-sinusiennes Lésions de la cloison nasale Irritation des ailes du nez et/ou de la muqueuse nasale

En plus de ces pathologies, nous pouvons ajouter tous les signes liés à la dépression immunitaire de ces substances psychoactives et à l'hygiène de vie de ces patients.

2.2.2. L'examen endo-buccal

2.2.2.1. Examen des muqueuses

Le patient souffrant de troubles addictifs entretient une relation avec son corps souvent malsaine et négligeable. En effet, le syndrome addictif s'accompagne d'une image de soi dégradée, d'une perte de motivation voire parfois de dépression.

L'objectif principal de ces patients est de se procurer leur(s) drogue(s). Tout le reste passe dès lors au second plan. On note que l'hygiène corporelle de ces patients est une préoccupation secondaire et l'usage du matériel d'hygiène bucco-dentaire est plus que limité. Ainsi, on observe pour la plupart des patients toxicomanes des signes cliniques dentaires liés à un manque d'hygiène.

Une étude de Kimberly et Morio réalisée en 2008 a révélé que 39% des usagers de méthamphétamine ne se brossent jamais les dents, 22% moins d'une fois par jour, 33% une fois par jour et 6% au moins deux fois par jour. 94% des consommateurs présentent une plaque dentaire visible à l'œil nu contre 24% des non usagers (34).

Ces signes cliniques sont :

- Dépôt de plaque et/ou de tartre abondant
- Hyperplasie gingivale
- Halitose

Nous avons vu que la consommation de substances psychoactives avait un impact sur la physiologie générale des patients. Nous pouvons également constater qu'en fonction du mode de consommation nous ne retrouverons pas les mêmes signes cliniques buccaux associés.

Le Tableau 5 référence les principaux signes observés chez les patients consommateurs de substances psychoactives. Ces signes ne sont pas pathognomoniques du mode de consommation mais constituent un outil non négligeable dans la démarche diagnostique du chirurgien dentiste.

Tableau 5: Relation entre modes de consommation des substances psychoactives et signes buccaux (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (32) (33).

	Fumée	« Sniff »	Orale	Injection	Inhalation
Salive	Xérostomie	Xérostomie	Xérostomie	Xérostomie	
Dents		Abrasions cervicales et occlusales	Attrition	Caries serpigneuses du collet	
Gencives	Gingivites et parodontites Hyperplasie gingivale	Gingivites et parodontites Ulcérations gingivales et muqueuses	Hyperplasie gingivale	Gingivites et parodontites	
Muqueuses	Leucoplasies Candidoses Mycoses buccales	Mycoses buccales		Mycoses buccales	Mycoses buccales
Occlusion		Bruxisme ++ Troubles occlusaux Douleurs articulaires	Bruxisme	Bruxisme	
Autre	Perturbations sensorielles	Lésions nasales	Douleurs faciales essentielles		

2.2.2.2. Examen dentaire

On constate également des troubles nutritionnels chez les patients toxicomanes. Ces troubles résultent de la perturbation des sensations temporelles et physiologiques liées à la consommation de drogue.

La plupart des patients consommateurs de substances psychoactives se limitent à un repas par jour composé de produits sucrés et acides principalement. Quelques études semblent montrer une appétence pour les produits sucrés chez les consommateurs de drogues car le sucre stimulerait certaines zones du cerveau de façon analogue à certaines substances psychoactives (34).

La même étude de Kimberly et Morio a révélé une alimentation inadéquate qui va provoquer de nombreuses carences nutritionnelles en particulier en vitamines et sels minéraux ; cela induit (34) (35):

- une altération de l'état général
- une détérioration des défenses immunitaires
- un dysfonctionnement des gonades
- une diminution de la masse du myocarde, avec une atteinte du système de conduction
- une diminution du volume respiratoire maximal
- un retard de cicatrisation
- une hypertrophie parotidienne
- une acidification du milieu buccal par carence en vitamine B1

L'acidification du milieu par les drogues et/ou sucres à répétition entraîne plus facilement l'apparition de caries dentaires. Selon Lowenthal, le patient toxicomane présenterait des lésions carieuses pathognomoniques. Elles intéresseraient surtout la face vestibulaire et palatine/linguale des dents au niveau du collet évoluant vers le bord incisif, les faces proximales et/ou la racine dentaire. Elles sont à fond noir et dur et souvent indolores.

Cependant les causes de ces caries ne sont pas clairement identifiées mais elles seraient multifactorielles. La consommation de substances psychoactives à elle seule ne semblerait pas confirmer la présence de caries de Lowenthal (35).



Illustration 1: Patient consommateur d'héroïne par injection (source personnelle)

L'illustration ci-dessus nous présente un patient consommateur d'héroïne par injection depuis plusieurs années. En annexe, nous retrouvons ces photographies de vues cliniques complémentaires qui dévoilent des lésions érosives, attritives et une lésion carieuse distale de la 12. Bien que consommateur régulier d'héroïne, ce patient ne présente pas de caries de Lowenthal.



Illustration 2: Patient consommateur de cannabis en fumée (source personnelle)

Cette deuxième vue clinique nous expose un patient consommateur de cannabis. Au-delà de la présence de plaque dentaire en abondance, cette illustration ne nous expose pas de lésion carieuse cervicale comme décrites par Lowenthal. On remarque cependant des récessions gingivales dans le secteur incisivo-canin mandibulaire qui suggèrent une faiblesse à la carie de la zone cervicale dentaire.



Illustration 3: Patient consommateur de cocaïne (source personnelle)

Cette dernière photographie présente un patient consommateur de cocaïne où l'on peut décrire des lésions carieuses cervicales vestibulaires sur la plupart des dents. Elles s'étendent progressivement sur les faces proximales et en occlusal. On retrouve donc ici la présence de caries serpentineuses décrite par Lowenthal.

2.3. Gestion du plan de traitement

2.3.1. La première consultation

La première consultation du patient consommateur de substances psychoactives se fait généralement au cours d'une séance d'urgence dentaire douloureuse que le patient n'arrive pas à contrôler par ses propres moyens.

Au cours de cette séance de soin, le patient, nous l'avons vu, est méfiant envers le chirurgien dentiste. Il faut donc réaliser le questionnaire médical et l'anamnèse méticuleusement pour mieux prendre en charge le patient.

La plupart des consommateurs de substances psychoactives ont une utilisation de leur drogue comme agent antalgique. Lorsque cette action n'est plus efficace, la douleur devient incontrôlable et le patient est « poussé » à consulter un professionnel de santé. Certaines pratiques consistent même à appliquer la drogue sur la zone douloureuse directement. On estime que 52% des usagers d'héroïne et 21% des usagers d'autres drogues ont déclaré avoir utilisé ces drogues comme antalgique contre les douleurs dentaires provoquant ainsi des lésions traumatiques, des brûlures chimiques, des ulcérations ou des nécroses localisées. Un cercle vicieux s'installe et la drogue soulage la douleurs, créant de nouvelles lésions douloureuses et ainsi de suite (30).

Nous avons donc sur notre fauteuil un patient consommateur de substances psychoactives, qui se présente pour un motif de consultation douloureux, présent depuis plusieurs jours et qui a consommé des substances psychoactives dans l'espoir de calmer sa douleur. Cette situation est très instable pour le chirurgien dentiste. Face aux patients souffrant de syndrome d'addiction il faut toujours garder son calme car le patient peut se révéler instable et agressif surtout lorsqu'il est épuisé par le ressenti de sa douleur.

Au cours de cette séance d'urgence le praticien devra réaliser le minimum de soins nécessaire pour répondre au motif de consultation du patient. Les buts de cette consultation sont :

- Soulager la douleur et si possible supprimer les foyers infectieux
- Instaurer une relation de confiance avec le patient
- Convenir d'un parcours de soin simple. Il est inconcevable lors d'une telle consultation de proposer un plan de traitement sur plusieurs mois à ces patients.
- Eventuellement proposer un dépistage de pathologies générales associées si le patient est coopératif

2.3.2. Le plan de traitement

Au cours des séances de soin qui suivront, si le patient honore ses rendez-vous, le chirurgien dentiste pourra évaluer la motivation du patient.

Le plan de traitement initial a pour but de soulager les douleurs du patient et d'assainir le milieu buccal. Une fois ce traitement réalisé, le praticien sera alors reconnu par son patient et pourra alors proposer un plan de traitement plus ambitieux avec une réhabilitation esthétique et fonctionnelle.

2.3.2.1. Les atteintes parodontales

Ces lésions ne sont pas spécifiques du patient toxicomane (38). Elles sont liées :

- au manque d'hygiène bucco-dentaire
- à la xérostomie
- aux carences nutritionnelles
- aux traumatismes occlusaux

Parmi ces lésions parodontales on retrouve principalement :

- des gingivites érythémateuses généralisées non douloureuses
- des hyperplasies gingivales
- des gingivites ulcéro nécrotiques
- des parodontites et parodontites ulcéro nécrotiques

Lors des séances de soins, le chirurgien dentiste insistera sur les manœuvres d'hygiène bucco-dentaire élémentaires. Il pourra mesurer l'indice de plaque dentaire à chaque séance et l'évolution de son patient dans ses habitudes d'hygiène qui sont des marqueurs intéressants de l'implication du patient dans son plan de traitement. Ils constatera, en cas de bonne observance thérapeutique, une atténuation des lésions parodontales initiales.

2.3.2.2. Les soins conservateurs

De manière générale il faudra impérativement finir les soins dans la séance pour deux raisons essentielles : montrer au patient qu'il avance dans son parcours de soin et minimiser le risque de récurrence en cas de manquement au prochain rendez-vous.

Pour réaliser les soins conservateurs il faudra distinguer les consommateurs de drogue actifs et les anciens consommateurs en période de sevrage.

Lorsqu'un patient est en période de sevrage on pourra privilégier les soins conservateurs. Le curetage des caries séropigineuses et leur obturation par des matériaux esthétiques est envisageable car ces patients ont retrouvé un mode de vie sain et des manœuvres d'hygiène plus compatibles avec la pose de composites.

Pour les patients en consommation active, le chirurgien dentiste devra avoir une approche moins conservatrice. En effet, on va privilégier les extraction des foyers infectieux potentiels et il faudra limiter le curetage des caries de Lowenthal pour le moment. En effet, ces caries ont un fort potentiel récidivant. Combiné à des manœuvres d'hygiène aléatoires chez le patient consommateur actif, il est préférable de temporiser la réalisation de ces soins définitifs par l'obturation des cavités de curetage avec un Ciment Verre Ionomère (CVI) (36).

Le soin conservateur trop précoce de ces caries peut entamer fortement la relation de confiance patient/praticien. Ceux-ci peuvent ne pas être durable dans le temps en raison du fort potentiel de récurrence carieuse. Le patient pourra alors penser que le praticien a mal travaillé et perdra la confiance qu'il lui avait accordé ainsi que sa motivation pour ressortir du circuit de soin dans lequel il était (28) (36).

2.3.2.3. Les avulsions

En cas de nombreuses dents à extraire, il faudra envisager une séance d'avulsion sous anesthésie générale. En effet, celle-ci a pour avantage d'être rapide. Si le risque hémorragique associé est important, la durée de l'intervention étant réduite, il y aura moins de risques infectieux post-opératoires et les risques associés au VIH ou aux hépatites seront mieux gérés. De plus, elle évite les antibiothérapies multiples.

Au cabinet, les avulsions devront être réalisées avec un bilan d'hémostase préalable correct. Si c'est le cas, des moyens d'hémostases complémentaires et une antibioprofylaxie seront à prévoir.

Les complications post-extractionnelles sont fréquentes chez le patient consommateur de substances psychoactives. Des alvéolites et des cellulites ont souvent été constatées à retard par les patients. Il est donc recommandé de prévoir une séance de contrôle post-extractionnelle 7 à 10 jours après l'acte d'intervention chirurgicale (37).

2.3.2.4. Les prescriptions

Le patient pharmacodépendant, manifestera souvent son désir d'obtenir une prescription d'antalgiques pour gérer sa douleur. Le chirurgien dentiste jugera donc de la nécessité quantitative et qualitative de la prescription à effectuer.

La prescription d'antalgiques classique de niveau 1 est suffisante dans la majorité des cas. D'autant plus que l'utilisation de codéine est susceptible de développer une accoutumance du patient.

Compte tenu de l'importance de la prévalence d'immunodéprimés dans la population de patients pharmacodépendants, la prescription d'anti-inflammatoires stéroïdiens est déconseillée.

Enfin, le chirurgien dentiste devra se montrer méfiant lors de la remise de l'ordonnance au patient. Ecrire les chiffres de la posologie en toute lettre est une protection qu'il doit employer afin de ne pas voir son ordonnance falsifiée.

3. Etudes de cas

3.1. Introduction

Nous allons à présent analyser quelques cas cliniques afin d'illustrer notre travail. L'idée de cette étude est apparue lors de mon stage universitaire à la maison d'arrêt de Sequedin au cours de ma dernière année de chirurgie dentaire (2015/2016). Lors de ce stage, il était proposé aux étudiants de T1 de prendre en charge les soins d'odontologie dont avaient besoin les détenus. Au delà de l'intérêt formateur de ce stage, nous avons très vite constaté que la population carcérale était globalement en moins bonne santé que la population générale et qu'elle souffrait d'un large problème de dépendance aux substances psychoactives. La dernière étude de 2003 de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a mis en évidence que 33% des entrants en prison française déclaraient une utilisation nocive de substances psychoactives.

Parallèlement à ce stage universitaire, l'exercice de l'art dentaire au cabinet nous a conduit à prendre en charge plusieurs cas de patients souffrant de dépendance. La méconnaissance de cette partie de la patientèle conduit parfois le chirurgien dentiste à prendre de mauvaises décisions concernant les soins proposés à ces patients.

Il m'est donc très vite apparu que la mise en place d'un suivi odontologique adapté pour ces patients était très compliquée. En effet, lors des séances de soins aux fauteuils dentaires au cabinet libéral ou en prison, les problèmes que j'ai rencontrés étaient les suivants :

- Consultation en urgence : il s'agit d'une habitude bien ancrée pour ce type de patients. C'est le cas pour les chirurgiens dentistes mais aussi pour toutes les autres professions de santé. Le patient toxicomane consulte pour gérer un problème douloureux qu'il n'arrive pas à contrôler avec les moyens qu'il a à sa disposition.
- Refus d'avouer ou tentative de masquer ses addictions aux substances psychoactives.
- Stress important : ce dernier, après avoir passé les derniers jours avec une douleur dentaire, se présente au fauteuil fatigué, irritable, parfois agressif.
- Le patient se présente souvent sous l'effet d'une substance psychoactive : nous pouvons également supposer que ce dernier a tenté de soulager ses maux, ou encore de « préparer » la séance de soins qui l'angoisse par la prise répétée de drogues.

- Séance de soin unique : en effet, il désire un soulagement immédiat sans envisager un plan de traitement sur le long terme et ne comprend pas la nécessité de prendre un rendez-vous pour terminer le(les) soin(s).

Ces éléments constituent un contexte très entravant à la réalisation de soins dentaires. En effet, les motifs de consultation d'urgence dentaire sont généralement impossible à soigner en une seule séance de soin. Le stress est un facteur perturbant les soins au fauteuil dentaire, il parasite la précision des soins et augmente leur durée de réalisation. Les anesthésiques utilisés au cabinet dentaire peuvent avoir une efficacité limitée en fonction des substances psychoactives prises par le patient.

Par ailleurs, le comportement de ces patients sous effet de la drogue peut se révéler incompatible voire dangereux pour la réalisation de soins dentaires. Enfin, l'absence de volonté d'un suivi bucco-dentaire adapté pour ces patients complexifie énormément leur prise en charge.

Toutes ces informations prises en compte, nous trouvons alors l'explication qui conduit certains cabinets libéraux à éviter la patientèle souffrant de problèmes de dépendance. Nous sommes donc en présence d'un cercle vicieux qui entretient la mise à l'écart de ces patients du système de soin classique et les place dans un système de soin « parallèle » où le suivi médical se limite à leur prise en charge précaire d'urgence en urgence.

3.2. Méthode d'étude

L'étude fut réalisée sur la période de Mai 2016 à Mai 2018 auprès de 30 praticiens libéraux de la région des Hauts de France. Pour recueillir ces cas nous avons donc contacté plusieurs chirurgiens dentistes par mail et par téléphone. Nous leur avons communiqué nos coordonnées afin qu'il puissent, s'ils le souhaitent, participer à l'étude. Il a été demandé aux chirurgiens dentistes de photographier des vues cliniques bucco-dentaires de face et de profil de leurs patients souffrant de dépendance, après avoir recueilli leur consentement pour l'utilisation de ces photographies de façon anonyme dans un travail de réalisation d'une thèse d'exercice. Il était également demandé aux praticiens de nous informer sur la(les) substance(s) consommée(s) par le patient. Afin d'améliorer les informations recueillies par l'analyse de ces cas cliniques, les praticiens ne devaient inclure que les cas de patients ayant une consommation de substances psychoactives d'au moins une fois par semaine et ce depuis plus de 6 mois.

L'analyse des cas reçus était prévue de façon transversale par la réponse à quelques questions simples :

- Quel(s) est(sont) la(les) substance(s) consommée(s) ?
- Quel est le motif de consultation ?
- Quel est l'état de l'hygiène bucco-dentaire de ces patients ?
- Quel est l'état parodontal de ces patients ?
- Quel est l'état dentaire de ces patients ?
 - Y-a-t-il des caries ? Combien ? Où sont elles localisées ?
 - Y-a-t-il des dents absentes ? Combien ? Où sont elles localisées ?
 - Y-a-t-il des reconstitutions ? Combien ? Où sont elles localisées ?

Après avoir répondu à ces questions, nous analyserons les points communs entre les cas présentés. Nous essayerons d'en tirer quelques pistes afin d'améliorer le dépistage des patients souffrant de dépendance et la prise en charge qui en découle par le chirurgien dentiste.

3.3. Analyse de cas

Sur les 30 praticiens contactés, 14 chirurgiens dentistes ont donné suite à notre entretien, 5 ont répondu défavorablement et 11 n'ont pas donné de réponse. Pour des raisons d'anonymat, les patients seront commentés au masculin.

Nous avons retenus 19 cas cliniques parmi les 27 reçus. En effet, certaines photographies étant de mauvaise qualité et le nombre de vues cliniques parfois insuffisantes n'ont pas permis de retenir 8 cas parmi l'ensemble des réponses reçues.

Les cas sélectionnés seront tous référencés et analysés en annexe sur un CD-ROM puis quelques cas seront présentés à la suite de cet exposé.

3.3.1. Cas 1



Illustration 4: vues cliniques cas n°1

Nous décrivons l'illustration 4 qui présente un patient de 32 ans qui, selon ses dires, est consommateur de cannabis depuis l'âge de 16 ans. Il en consomme 3 à 4 fois par semaine par fumée.

Le patient consulte pour des douleurs dentaires spontanées généralisées et des saignements gingivaux.

Nous pouvons remarquer la présence de plaque dentaire abondante et visible à l'œil nu au niveau prémolo-molaire, et de la plaque dentaire collectable à la sonde au niveau incisivo-canin.

L'état parodontal du patient est inflammatoire généralisé avec une perte du piqueté en peau d'orange et du biseau. Nous pouvons constater la présence de récessions gingivales dans le secteur incisivo-canin mandibulaire. On notera également que son motif de consultation concerne des saignements gingivaux spontanés.

Au niveau dentaire strict, on observe la malposition palatine de la dent 12 ainsi que l'exclusion de la 13.

Il y a des caries sur les dents 11, 13, 21, 23, 24, 34, 35, 36, 37, 45, 46 et 47. Nous constatons aussi des leucomes pré-cariieux sur les dents 31, 32, 33 et 43. Les caries sont principalement localisées au niveau des collets dentaires. Il n'y a pas de dents absentes.

Enfin, le patient possède une reconstitution manquante sur l'angle distal de la dent 21.

3.3.2. Cas 2



Illustration 5 : vues cliniques cas n°2

L'illustration 5 nous expose un patient consommateur de cocaïne en « sniff ». Le patient consulte pour des douleurs importantes en haut à droite.

On remarque la présence abondante de plaque dentaire visible à l'œil nu de façon généralisée.

Le patient présente une inflammation gingivale généralisée avec la perte du piqueté en peau d'orange et du biseau gingival. On remarque des récessions gingivales sur le secteur incisivo-canin mandibulaire.

Le secteur incisivo-canin dévoile une usure marquée des bords libres, signe d'une attrition dentaire.

Nous relevons la présence de caries sur les dents 12, 13, 14, 17, 24, 27, 35, 36, 37, 43, 45, 46 et 47. On remarque la présence de leucomes pré-carieux sur les dents 21, 23, 23, 33 et 44. Elles sont principalement localisées au niveau des collets dentaires.

Enfin, le patient possède des reconstitutions par amalgame sur les dents 26 en mésio-occluso-distal et 36 en disto-occlusal.

3.3.3. Cas 3



Illustration 6 : vues cliniques cas n°3

Ces illustrations nous montrent un patient qui consomme de l'héroïne par injection et de la méthadone. Le motif de consultation est inconnu.

Le patient présente de la plaque dentaire visible à l'œil nu et généralisée ainsi que du tartre abondant visible à l'œil nu.

L'étude parodontale révèle une inflammation gingivale sévère et généralisée. Nous constatons une perte du piqueté en peau d'orange et du biseau gingival, ainsi qu'un œdème gingival généralisé. Nous voyons également des récessions gingivales généralisées et plus importantes au niveau des dents 31 et 41.

Le patient présente des caries sur les dents 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 33, 34, 43 et 44. principalement localisées au niveau des collets dentaires.

On remarque l'absence des dents 14, 36 et 47 et le patient ne présente aucune reconstitution.

3.3.4. Cas 4



Illustration 7 : vues cliniques cas n°4

Nous décrivons ci-dessus les vues cliniques dentaire d'un patient qui consomme de l'héroïne en injection, de la cocaïne fumée, du LSD et du crack par voie orale. Le motif de consultation du patient est inconnu.

On remarque la présence de plaque dentaire visible à l'œil nu.

Le patient présente une inflammation gingivale généralisée avec une perte du piqueté en peau d'orange et du biseau gingival. On constate des récessions gingivales généralisées. On remarque également la présence de tartre généralisé.

Nous pouvons observer les signes d'une attrition dentaire généralisée et importante.

Le patient expose des caries sur les dents 13,17, 22, 23, 24, 25, 26, 31, 32, 33, 34, 35, 43, 44 et 45. On peut remarquer l'absence des dents 14, 15, 16 et 36.

Enfin, il y a une couronne métallique sur la dent 46, un amalgame mésio-occlusal sur la dent 16 et un composite mésio-occlusal sur la 36.

3.3.5. Cas 5

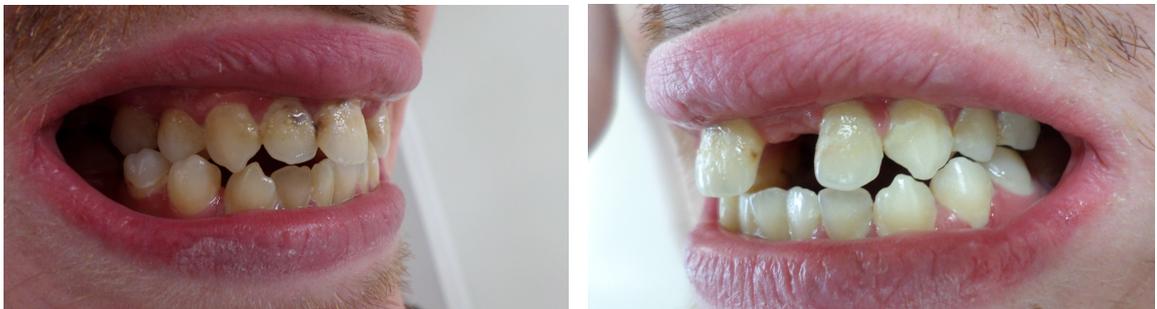


Illustration 8 : vues cliniques cas n°5

Les vues cliniques de l'illustration 8 nous montrent Le patient consomme de la méthamphétamine par sniff et du cannabis en fumée.

Ce patient consulte son chirurgien dentiste pour un problème esthétique maxillaire antérieur.

Nous remarquons la présence de plaque dentaire visible à l'œil nu et généralisée. De plus, on observe une inflammation gingivale généralisée avec une perte du piqueté en peau d'orange et du biseau gingival . Il y a un saignement gingival spontané au niveau de la dent 44.

Le patient présente des caries sur les dents 11 et 12 localisées au niveau du collet dentaire. De plus, on note la présence de leucomes pré carieux situées en cervical des dents du secteur incisivo-canin mandibulaire.

Enfin, nous constatons également l'absence de la dent 21 et aucun soin conservateur ou prothétique n'est visible.

3.4. Analyse

Parmi les cas décrits ci-dessus ainsi que ceux disponibles en annexe, on remarque que plus de la moitié des patients souffrant de dépendance (12 cas sur 19 soit 63%) consomment plusieurs substances psychoactives. En effet ce phénomène est fréquent et bien souvent à prendre en compte par le chirurgien dentiste. La multiplication des produits consommés chez ces patients entraîne une hiérarchisation de ces derniers. Par exemple un patient qui consommerait cocaïne et cannabis en fumée pourrait considérer la cocaïne comme un produit de « luxe » qu'il consommerait moins souvent pour plusieurs raisons : son prix plus élevé ainsi que son effet qui lui semblerait plus important. Dès lors il faut considérer ces patients qui se présentent au cabinet dentaire comme ayant potentiellement consommé plusieurs substances psychoactives pour tenter de les soulager avant leur rendez-vous médical.

Sur l'ensemble des cas étudiés, 6 ne fournissent aucune information concernant le motif de consultation du patient ; sur les cas restants, on remarque que dans 9 cas sur 13 soit 69% des cas renseignés, le motif de consultation concerne des manifestations algiques. En effet, nous avons vu précédemment que les patients souffrant de dépendance ont une réticence envers le milieu médical. Le patient sera donc méfiant voir réticent envers le chirurgien dentiste qui, en plus d'être un professionnel de santé, souffre d'une image négative véhiculée par la société. En effet, il n'est pas rare d'entendre nos patients exprimer leurs appréhensions à l'idée d'une consultation dentaire : la peur de ressentir une douleur, le bruit strident des rotatifs ou encore les sensations désagréables que peuvent laisser un soin dentaire (goût, texture, engourdissements) sont autant d'arguments véhiculés par la société et que nos patients avancent lors de leurs rendez-vous. C'est ainsi qu'il semble essentiel de maîtriser les bases de la communication avec ces patients. Tout à chacun est susceptible de se laisser embarquer par l'image du marginal de la société qui a, finalement, « cherché ce qui lui arrive ». C'est alors que le professionnel de santé, le chirurgien dentiste, doit réagir en tant que soignant et non en tant que citoyen. Il doit se montrer tolérant, faire preuve d'empathie envers son patient.

Il faut cependant garder une distance notable, l'empathie n'est pas à assimiler à du copinage ou à la cécité. Elle n'est pas non plus contradictoire avec la fermeté dans les décisions thérapeutiques et la fermeté elle-même n'implique pas de la rigidité dans ses propositions. Le chirurgien dentiste doit être persuadé que l'empathie parfaitement maîtrisée sera, bien plus que la qualité technique des soins réalisés, l'argument principal pour le patient afin qu'il accorde sa confiance au professionnel de santé qu'il a face à lui. La communication avec son patient constitue donc la première et indispensable étape du retour du patient pratiquant un usage abusif de substances psychoactives dans un circuit de soin traditionnel et, par extension, sa sortie de la marge de la société.

L'hygiène des patients étudiés est pratiquement toujours négligée. Dans notre étude, 63% des patients présentent de la plaque dentaire visible à l'œil nu (12 cas sur 19) et 78% d'entre eux (15 cas sur 18) nous exposent une quantité de plaque et/ou tartre abondante. Nous retrouvons de fait, dans 94% des cas étudiés (18 cas sur 19), la présence d'au moins un signe d'inflammation gingivale. Cela traduit que les observations cliniques traduisant une absence ou une pratique aléatoire des manœuvres d'hygiènes bucco-dentaires élémentaires peuvent constituer un premier indice pour le chirurgien dentiste. La prise en charge de ces patients passe donc également par l'éducation aux manœuvres d'hygiènes. En effet, elles constitueront tout au long des soins proposés par le chirurgien dentiste un indice fiable de l'implication de son patient dans son plan de traitement. Par extension, chez les patients avec un suivi pluridisciplinaire, l'indice de plaque peut compter comme un moyen d'évaluation de l'état général du patient. Nous avons vu que le désintérêt du corps physique est une caractéristique importante du syndrome de dépendance. D'ailleurs, si l'on considère les patients de l'étude présentant des couronnes en bouche (4 au total) 75% d'entre eux exposent des couronnes coulées (3 cas) alors que seul 25% (1 cas) présente une couronne avec maquillage céramique, en position d'incisive centrale maxillaire. Le patient ne considère plus son corps comme important et ne voit plus d'autres intérêts que celui de se procurer son produit addictif. Ainsi, nous pouvons supposer qu'un patient suivant un parcours de soin de réinsertion est en bonne voie de réussite par l'implication qu'il met à prendre soin de lui et donc à réaliser les manœuvres d'hygiène bucco-dentaire primordiales.

Au niveau dentaire strict, on remarque la présence de caries de Lowenthal et/ou de signes carieux du collet dentaire dans 63% des cas étudiés (12 cas sur 19). Parmi ces 12 cas, 66% (8 sur 12) concernent des patient consommant des substances susceptibles d'être consommées par injection. Il semblerait donc que l'exclusivité de cette carie serpigneuse aux patients pratiquant l'injection de substances ne soit pas évidente. En effet, les complications parodontales qu'entraînent le manque d'hygiène ainsi que la prise de substances psychoactives répétées semblent créer une zone de faiblesse dentaire localisée au niveau des collets des dents. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que ces caries serpigneuses sont avant tout le reflet d'une pathologie ayant des conséquences médico-sociales multiples.

Il nous est également possible d'analyser un impact des consommations de substances psychoactives en singularité ou en variété. Dans notre analyse, lorsqu'un patient déclare ne consommer qu'une seule substance, 71% des patients présentent des caries (5 cas sur 7) ; lorsqu'un patient nous déclare consommer plusieurs psychotropes, 66% d'entre eux ont des caries présentes en bouche (8 cas sur 12). Compte tenu du faible écart mesuré entre ces deux chiffres, nous ne pouvons donc affirmer que la polyconsommation de substances psychoactives a un impact sur la présence de caries dentaires. Il en va de même lorsque l'on s'intéresse aux édentements : 71% des patients consommant une seule molécule (5 cas sur 7) présentent des édentements et 83% des patients consommant plusieurs substances (10 cas sur 12) présentent des édentements. Nous ne remarquons pas non plus une différence significative entre ces deux mesures.

Les signes évocateurs d'une occlusion traumatique comme les lésions attritives ou les lésions cervicales d'usure sont retrouvées dans environ 47% des cas décrits (9 sur 19), et ce quel que soit la classe de substance psychoactive consommée. Il semble donc que le syndrome de dépendance en général soit une source de stress, étiologie principale de l'occlusion traumatique, de l'attrition dentaire et cause non négligeable de lésions cervicales d'usure.

Enfin, la présence d'édentements non compensés, de dents à l'état de racines ou encore l'absence de reconstitution sont retrouvés dans 79% des cas étudiés (15 sur 19). Cela traduit bien le problème de prise en charge de ces patients. Lorsqu'ils sont soignés, le praticien peut ne pas savoir dépister la pratique toxicomane de ces patients et poser des matériaux de reconstitutions non adaptés à une personne consommant des substances psychoactives régulièrement. Cela entraînera un échec thérapeutique qui entretient la méfiance de ces patients envers les professionnels de santé. C'est ainsi que sur les 11 cas de l'étude présentant des soins conservateurs en bouche, 63% d'entre eux (7 cas sur 11) sont réalisés à l'aide d'amalgame dentaire avec 1 cas clinique (14%) où l'on observe une fracture de paroi dentaire supportant un amalgame contre 36% (4 cas sur 11) des cas où la pose de composite à été effectuée avec 2 cas cliniques (50%) de reprise carieuses sous composite.

Le diagnostic d'une pratique addictive est très important pour la prise en charge du patient. C'est au chirurgien dentiste d'explorer les pistes qui sont à sa disposition pour en poser le diagnostic car le patient, la plupart du temps, refusera de l'avouer ou minimisera les doses/quantités consommées.

3.5. Discussion

Argumentons à présent sur les problèmes principaux que l'on peut imputer à cette étude.

Tout d'abord, la population étudiée se limite à la région Haut-de-France. Ainsi, nous ne pouvons étendre les conclusions tirées outre les limites posées par la situation économique, sociale et sanitaire imposées par la population des Hauts-de-France. Cette région concentre environ 7% de la population française. Le PIB par habitant est de 22 458 euros par habitant ce qui place l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais au dernier rang des régions françaises selon la dernière étude de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en 2006.

Notre analyse aura sélectionné 19 cas au total. Cela ne représente pas un échantillon suffisant pour doter l'étude d'une puissance statistique permettant d'extrapoler les résultats obtenus.

Les informations ont été recueillies auprès des patients directement. Pouvons-nous affirmer sans hésitation que l'intégralité des données sont exactes ? En effet, nous savons que les patients pharmacodépendants ont tendance à minimiser leur addiction aussi bien sur la quantité de produits consommés, leur fréquence de consommation, leur variété que leurs effets sur la santé générale.

Par ailleurs, certaines informations demandées dans le mail envoyé aux praticiens ou au cours des entretiens téléphoniques n'ont pas été recueillies ou transmises par les chirurgiens dentistes contactés ou leurs patients. Sur les 19 cas cliniques étudiés, le motif de consultation n'a pas été renseigné 4 fois. La qualité des photographies est un facteur d'analyse important à prendre en compte puisque l'étude réalisée se base sur leur analyse et non sur l'examen clinique direct du patient. La variabilité de la qualité des clichés recueillis aura pu affecter les analyses effectuées.

Enfin, l'historique médical complet du patient n'a pas été recueilli. Or, s'il n'existe pas de personnalité propre du patient pharmacodépendant nous pouvons distinguer des facteurs de sensibilité. Ces facteurs sont liés à l'environnement familial du patient (habitudes de consommation, climat familial,...), à son environnement social (entourage, situation personnelle), à la personnalité du patient et à son état de santé psychiatrique (troubles de l'humeur, de conduite ou troubles anxieux...) (39).

Ces éléments nous amènent donc à réfléchir sur une meilleure approche pour la réalisation éventuelle d'une autre étude.

Il semble indiqué que l'analyse des cas cliniques serait de meilleure qualité si elle était pratiquée lors de l'examen clinique direct du patient. Si possible par le même analyste ou bien par des praticiens formés au préalable au recueil des données dans les mêmes conditions. Nous limiterions ainsi les aléas d'analyses rencontrés ici par l'étude de photos qualitativement différentes. Un échantillon d'étude plus conséquent et moins ciblé géographiquement donnerait une puissance statistique plus importante aux données rassemblées. Il s'avère également que les informations étudiées gagneraient à être complétées, notamment sur les aspects comportementaux, sociaux et familiaux du patient. L'utilisation d'un questionnaire anonyme donné au patient permettrait peut-être à celui-ci de délivrer des informations plus fiables sans avoir à « affronter » un questionnement direct du praticien.

Ainsi, la réalisation d'une étude plus complète pourrait contribuer à mieux comprendre le patient souffrant d'addiction aux substances psychoactives. Une meilleure connaissance de ces personnes et de leur habitudes de vie contribuerait certainement à une meilleure prise en charge de ces patients facilitant ainsi leur réinsertion dans un circuit de soin conventionnel et à plus long terme leur sevrage définitif.

3.6. Conclusion

Bien que l'étude réalisée présente des imperfections, elle demeure néanmoins intéressante pour nous exposer un aperçu succinct du patient toxicomane. Nous avons constaté grâce aux résultats obtenus que les motifs de consultation ainsi que les lésions observées telles que les caries classiques, les caries serpigneuses, les édentements, les problèmes parodontaux et les traumatismes occlusaux n'étaient d'une part, pas retrouvés sur l'ensemble des patients étudiés, qu'aucune lésion propre ne pouvait être imputée à la consommation d'une ou plusieurs substances et que d'autre part, certains patients présentaient peu de signes cliniques dentaires.

Cette variabilité dans les résultats reflète la complexité de la pathologie des patients pharmacodépendants. Cela met en évidence l'extrême variabilité des étiologies liées à cette pathologie et place le chirurgien dentiste comme professionnel de santé acteur dans une prise en charge pluridisciplinaire de ces patients. L'odontologiste aura ainsi un rôle de dépistage, d'écoute, de prise en charge de la douleur et d'interpellation du patient sur sa pathologie. Sa qualité de prise en charge conditionnera les perspectives du patient pour sortir de son addiction .

Conclusion

L'addiction est une pathologie médiée par des phénomènes neurologiques et pourtant les dépendances sont encore considérées de nos jours avec une forme de mépris. Elles sont regardées comme des maladies honteuses, de « fausses maladies », parce qu'elles seraient issues d'une absence de volonté de guérir des individus. La situation de ces patients en marge de la société est souvent mal comprise mais surtout mal évaluée par les professionnels médico-sociaux.

Dans ce cadre actuel des choses, le dépistage et la prise en charge des patients assujettis à la dépendance restent également complexes pour nous, chirurgien dentiste. Or comme nous l'avons vu tout au long de cet exposé, la consommation de substances psychoactives a de multiples conséquences sur la cavité buccale.

Le dépistage doit se faire par le recoupement de plusieurs informations auprès du patient. La première consultation, souvent en urgence, est une étape essentielle dans l'approche du toxicomane. Le praticien se doit d'être à l'écoute de son patient, l'aborder par une approche empathique et tenter de l'intégrer dans un plan de traitement adapté à sa situation sociale, personnelle et économique. Les soins dentaires peuvent être un premier pas vers une amélioration de l'image que le toxicomane a de lui-même, alimentant cette volonté de réinsertion et le retour vers le respect et le soin de son corps, notion effacée par des années de consommation de diverses drogues.

La prise en charge du patient dépendant nécessite également une connaissance des produits, de leurs effets sur la santé générale et mentale, et de leur implication sur la santé bucco-dentaire.

La connaissance des modes de consommation et des effets physiologiques des différentes drogues est essentielle à la mise en place d'une thérapeutique adaptée.

L'exercice analytique de quelques cas réalisé au cours de ce travail nous a montré une grande diversité de signes cliniques observables au cours de l'examen dentaire de ces patients. Il en résulte qu'aucun signe observé ne peut être imputé exclusivement à la consommation d'une substance psychoactive. La pharmacodépendance est une pathologie multifactorielle donc les répercussions cliniques varient d'un patient à l'autre. Le chirurgien dentiste doit, pour une meilleure prise en charge de ses patients, dépasser la pure analyse théorique des signes cliniques qu'il observe en les intégrant à l'histoire globale du patient. Il pourra dès lors pratiquer un dépistage des pratiques nocives plus performant et conforter son rôle dans la prise en charge pluridisciplinaire du patient pharmacodépendant.

Le but ultime de toute prise en charge pour les patients souffrant de dépendance est la réintroduction dans un circuit de soin conventionnel. Pour cela le chirurgien dentiste seul n'est pas capable de remplir cet objectif. Il doit inscrire ses propositions de soins en tenant compte d'une prise en charge médico-sociale globale du patient. Cette prise en charge pluridisciplinaire fait intervenir le chirurgien dentiste mais aussi les médecins généralistes, les psychologues, les addictologues, les assistants sociaux et aujourd'hui les personnels des salles de shoot. L'odontologue peut se positionner parfois comme le premier contact dans le parcours de soin du patient. Ainsi, de la qualité de sa première consultation dépend le succès du parcours de soin global .

Chaque année, de nouvelles substances illicites font leur apparition sur le marché. Ce fait de société complique la prise en charge. Il est donc indispensable que les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients toxicomanes se tiennent informés des nouveaux produits en circulation et leur effets à court, moyen et long terme sur l'organisme.

Index des illustrations

Illustration 1: Patient consommateur d'héroïne par injection (source personnelle).....	36
Illustration 2: Patient consommateur de cannabis en fumée (source personnelle).....	36
Illustration 3: Patient consommateur de cocaïne (source personnelle).....	37
Illustration 4: vues cliniques cas n°1.....	44
Illustration 5: vues cliniques cas n°2.....	46
Illustration 6: vues cliniques cas n°3.....	48
Illustration 7: vues cliniques cas n°4.....	49
Illustration 8: vues cliniques cas n°5.....	50

Index des tables

Tableau 1: Conditionnement et principaux modes de consommation des psycholeptiques (17) (19) (20) (21) (22).....	23
Tableau 2: Conditionnement et principaux modes de consommation des psychoanaleptiques (19) (20) (22) (23).....	24
Tableau 3: Conditionnement et principaux modes de consommation des psycholeptiques (19) (20) (21) (24).....	25
Tableau 4: Relations entre les modes de consommation des drogues et les lésions (32) (33).	32
Tableau 5: Relation entre modes de consommation des substances psychoactives et signes buccaux (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (32) (33).....	34

Index des figures

Figure 1 : Illustration schématique de la sensibilité aux benzodiazepines du complexe GABA-A(9).....	17
Figure 2: Mécanismes d'action des neuroleptiques (source: alterpsy.org).....	18
Figure 3: L'inhibition de la recapture de la sérotonine augmente la transmission sérotoninergique (13).....	20
Figure 4: Prix en euros des principales substances relevés par le dispositif TREND (pour 1 gramme sauf mention contraire)(22).....	27

Bibliographie

1. Comité OMS d'experts de la Pharmacodépendance : trente-cinquième rapport. (OMS, Série de rapports techniques ; no. 973). Compte rendu de la réunion du 4 au 8 juin 2012.
2. Ministère des affaires sociales et de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10 FR à usage PMSI. Bulletin officiel N°2015/9bis, fascicule spécial. Disponible sur : http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf
3. OMS | Abus de substances psychoactives [Internet]. WHO. [cité 30 sept 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/substance_abuse/fr/
4. Roy E, Kimakhe S. Médicaments psychotropes : ce qu'il faut savoir en odontologie. *Réalité clinique*. 2004;15(4).
5. Salomon L. Cerveau, drogues et dépendances. Éditions Belin; 2014. 146 p.
6. Roques B. Problèmes posés par la dangerosité des drogues. Secrétariat d'Etat à la santé; 1998.
7. Bourin M. Mécanismes d'action des anxiolytiques, Mechanisms of action of anxiolytics. *PSN*. 24 janv 2013;me 11(4):25-42.
8. Chapouthier G, Venault P. GABA-A Receptor Complex and Memory Processes. *Current Topics in Medicinal Chemistry*. 1 août 2002;2(8):841-51.
9. Saari TI, Uusi-Oukari M, Ahonen J, Olkkola KT. Enhancement of GABAergic Activity: Neuropharmacological Effects of Benzodiazepines and Therapeutic Use in Anesthesiology. *Pharmacol Rev*. 1 mars 2011;63(1):243-67.
10. Germine M, Goddard AW, Woods SW, Charney DS, Heninger GR. Anger and anxiety responses to m-chlorophenylpiperazine in generalized anxiety disorder. *Biol Psychiatry*. 1 sept 1992;32(5):457-61.
11. Franck N, Thibaut F. Pharmacologie et mode d'action des neuroleptiques. *EMC - Psychiatrie*. 1 nov 2005;2(4):282-99.
12. Goullé J-P, Anger J-P. Effet amnésiant des hypnotiques médicamenteux. *Revue de la littérature. Cas personnels. Ann Toxicol Anal*. 2002;14(4):381-9.
13. Danel V, Blancher D. Intoxication par les nouveaux antidépresseurs, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. *Médecine thérapeutique*. 23 févr 1999;5(1):17-23.
14. Pflieger C. Les flashbacks induits par les psychodysléptiques hallucinogènes, Abstract. *Psychotropes*. 2005;11(1):9-32.

15. Aghajanian GK. LSD and phenethylamine hallucinogens: common sites of neuronal action. 1993 p. 27-41. (Symposium of the Swiss Academie of Medical Sciences).
16. Reuband K-H. Évolution des modes de consommation des drogues et effets limités des politiques pénales : le cas de l'Allemagne. *Déviance et Société*. 21 août 2008;32(3):303-23.
17. Nordmann S, Nefau T, Micallef J, Duplessy C, Catusse J-C, Frauger E. Analyse des seringues usagées : un reflet de la consommation de substances psychoactives par les usagers de drogues par voie intraveineuse ? *Thérapie* [Internet]. 20 oct 2016; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004059571630049X>
18. Paleiron N, André M, Durand M, Tromeur C, Giacardi C, Grassin F, et al. Le « bang » de cannabis, un mode de consommation original, fréquent et dangereux. *Revue de Pneumologie Clinique*. 1 mai 2016;72(3):195-9.
19. Le dico des drogues [Internet]. Drogues Info Service. [cité 1 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/Le-dico-des-drogues>
20. Pereira PF, Simon C. Consommations de substances psycho-actives en milieu carcéral : étude qualitative rétrospective. *Psychotropes*. 26 sept 2017;23(2):35-56.
21. Srivastava A, Kahan M, Nader M. Prise en charge des troubles de consommation d'opioïdes en première ligne: Abstinence, méthadone ou buprénorphine-naloxone? *Canadian Family Physician*. 1 mars 2017;63(3):e153-9.
22. Rapport européen sur les drogues 2016. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies; 2016 mai.
23. Spadari M, Batisse A, Guerlais M, Boucher A, Daveluy A, Le Boisselier R, et al. Les aspects actuels de l'usage de l'ecstasy/MDMA en France. *Thérapie*. 1 déc 2016;71(6):553-62.
24. COSTES J.M (Dir). Cannabis, données essentielles. Saint-Denis, OFDT, 2007, 232p.
25. Cadet-Tairou A, Gandilhon M, Martinez M, Néfau T, Milhet M. Substances psychoactives, usagers et marchés : les tendances récentes (2015-2016). *Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies*; 2016 décembre.
26. Rapport européen sur les drogues 2016. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies; 2016 mai.
27. Code de la santé publique - Article L3421-1. Code de la santé publique.
28. Gibier Lionel. *Prise en charge des usagers de drogues*. Doin éditeurs; 1999. 341 p. (collection conduites).
29. Taïeb O. *Les histoires des toxicomanes: Récits et identités dans les addictions*. Presses Universitaires de France; 2016. 465 p.
30. MADINIER, I. et al. Etat de santé bucco-dentaire des toxicomanes suivis au CHU de Nice. *La Presse Médicale*, juin 2003, vol. 32, n°.20, p. 900-950

31. INPES. Réduire les risques infectieux chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Saint-Denis, 2009, 72p.
32. REES T.D. Oral effects of drugs Abuse. *Critical Reviews in Oran Biology & Medicine*, 1 janv 1992, vol. 3, n°3, p. 163-184
33. ROCHE Y. Chirurgie dentaire et patients à risque: évaluation et précautions à prendre en pratique quotidienne. Flammarion Médecine, 1998, 529 p.
34. MORIO K.A. et al. Comparing diet, oral hygiene and caries status of adult methamphetamine users and nonusers: a pilot study. *Journal of the american Dental Association*, fév 2008, vol. 139, n°2, p. 171-176.
35. BRUNEL G., SAUVEUR G., WIERZBA C.B. Pathologies générales et bucco-dentaires chez le toxicomane. *Rev Odont Stomat*, 1994, vol. 6, p. p.461-475.
36. GALEAZZI J.M., P., WIERZBA C.B. Le traitement bucco dentaire des toxicomanes est-il spécifique? *Rev Odont Stomat*, 1995, vol. 1, P. 51-58
37. MAMAN L. et al. Complications in tooth extractions in drug addicts, Prevention and treatment. *Le Chieurgien-Dentiste De France*, 21 déc 1989, vol. 59, n° 498-499, p. 29-31.
38. VAILLANT L., GOGA D. *Dermatologie buccale*. Doin editeurs-paris, 1997, 320p. (Dermathologie pratique).

Le patient toxicomane Etude de cas / CAMERLYNCK Simon.- p. (65) : ill. (8) ; réf. (38).

Domaines : Exercice professionnel

Mots clés Rameau: Toxicomanie-Diagnostic – Dépistage – Odontostomatologie – Etudes de cas

Mots clés FmeSH: Détection d'abus de substances – Odontologie – Présentations de cas

Résumé de la thèse en français

La dépendance aux substances psychoactives ou toxicomanie est une pathologie difficile à appréhender au cabinet dentaire. Les patients qui en souffrent représentent une source de stress, d'incompréhension et de méfiance pour le praticien.

Reconnaître les signes cliniques généraux de cette pathologie et leurs manifestations buccales est un avantage certain pour une prise en charge optimale de ces patients.

Le chirurgien dentiste, acteur dans la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients sera amené à dépister, écouter, soigner et orienter son patient.

Voyons, par ce travail d'étude de cas, quels sont les outils diagnostiques de cette pathologie complexe dont dispose le chirurgien dentiste et quelle attitude il devra adopter afin de prendre en charge de la meilleure manière son patient au cabinet dentaire.

JURY :

Président : Pr Thomas COLLARD

Assesseurs : Dr Thomas TRENTESAUX

Dr Cécile OLEJNIK

Dr Fiona PARASCANDOLO

Membres invités : Dr François WEMEAU