

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2018

N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 17 Janvier 2018

Par Ludovic BLANCHARD

Né le 14 Octobre 1991 à Tourcoing - France

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) en milieu carcéral.

Etat des lieux au sein du cabinet dentaire dans l'établissement pénitentiaire de Lille-Sequedin

JURY

Président : Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX

Assesseurs : Madame le Docteur Anne BECART

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT

Président de l'Université	:	Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université	:	-
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	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable du Département de Biologie Orale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

T. BECAVIN	Responsable de la Sous-Section d' Odontologie Conservatrice – Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, 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, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable de la Sous-Section d' Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	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

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Je dédie cette thèse...

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX

Professeur des Universités - Praticien hospitalier des CSERD

Sous-Section Odontologie Conservatrice - Endodontie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2

Habilité à diriger des Recherches

Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Lille 2

Membre associé national de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Personne Compétente en Radioprotection

Ancien Président de la Société Française d'Endodontie

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury,
Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et veuillez trouver ici l'expression
de mes profonds remerciements et de ma gratitude quant à la qualité et à la
rigueur de votre enseignement tout au long de mon cursus.*

Madame le Docteur Anne BECART

Docteur en Chirurgie Dentaire - Praticien Hospitalier

Doctorat de l'Université Paris V en Ethique Médicale

Responsable de la Clinique de Médecine Légale et Médecine en Milieu

Pénitentiaire du CHRU de Lille

Chargée d'enseignement à la Faculté de Médecine de Lille

Expert Agréée par la Cour de Cassation

*C'est avec un grand plaisir que vous avez accepté d'assurer la direction
de ce travail.*

*Je vous suis très reconnaissant pour votre dévouement, votre patience et
votre disponibilité tout au long de la rédaction. Ce fut un véritable plaisir de
collaborer avec vous, en espérant que ce travail soit à la hauteur de vos
espérances.*

*Vous trouverez ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma
plus grande reconnaissance.*

Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX

Maître de Conférence 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 Dentaires 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 du patient »

*C'est avec beaucoup de plaisir et d'enthousiasme que vous avez accepté
de faire partie du jury.*

*Pour vos conseils et votre disponibilité tout au long de la première partie
de ce travail,*

*Pour votre volonté de transmettre vos connaissances, votre gentillesse et
la qualité remarquable de vos enseignements théoriques et cliniques.*

*Veillez trouver ici l'expression de ma très grande reconnaissance et de
ma profonde estime.*

Madame le Docteur Alessandra Blaizot

Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

*Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé et Déontologie
Légale*

Docteur en chirurgie Dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes – Spécialité éthique médicale

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Ethique,
Spécialité éthique médicale et bioéthique – Université Paris Descartes

Master II : Sciences, technologies, santé à finalité recherche. Mention Santé
Publique, Spécialité épidémiologie clinique – Université Paul Sabatier Toulouse
III

Maîtrise : Sciences de la vie et de la santé à finalité recherche. Mention
méthodes d'analyses et gestion en santé publique, Spécialité épidémiologie
clinique – Université Paul Sabatier Toulouse III

Diplôme Universitaire de Recherche Clinique en Odontologique – Université
Paul Sabatier Toulouse III

Vous avez accepté spontanément de siéger au sein du jury.

*Soyez assurée de ma sincère reconnaissance et veuillez trouver ici
l'expression de mon profond respect pour l'attention que vous portez aux
étudiants ainsi qu'aux patients au sein du service de première consultation.*

Table des matières

Table des abréviations	13
Introduction	14
1 L'ETP : principes	15
1.1 Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique du patient ?	15
1.1.1 Définition	15
1.1.2 Historique, contexte, émergence	15
1.1.3 Cadre législatif et réglementaire	16
1.2 Finalité.....	18
1.3 Les acteurs.....	20
1.3.1 Les patients et leur entourage.....	20
1.3.2 Les professionnels de santé	20
1.4 Les 4 étapes de la démarche éducative.....	21
1.4.1 Le diagnostic éducatif	21
1.4.2 Définir un programme personnalisé avec priorités d'apprentissage	22
1.4.3 Planifier et mettre en œuvre les séances individuelles, collectives ou en alternance	22
1.4.4 Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme.....	23
1.5 Les 12 commandements pour une ETP de qualité [21]	23
2 Spécificité du milieu carcéral	25
2.1 Cadre légal	25
2.2 Structures	26
2.2.1 Structures pénitentiaires	27
2.2.2 Unité sanitaire	28
2.3 Prise en charge des personnes détenues.....	29
2.3.1 Le processus accueil arrivant.....	29
2.3.2 Les soins dentaires programmés à l'UCSA	30
2.4 Population	31
2.5 Conditions de vie à la maison d'arrêt de Sequedin	31
2.6 Ethique [7]	32
3 Programmes d'ETP intéressant le service dentaire à la maison d'arrêt de Lille-Sequedin	34
3.1 Un programme d'ETP portant sur le diabète : « Acquérir et pérenniser une autonomie vis-à-vis du diabète en tenant compte des contraintes carcérales ».....	34
3.1.1 Le diabète	34
3.1.1.1 Définitions, diagnostic et classification du diabète sucré	34
3.1.1.2 Diabète et santé bucco-dentaire	35
3.1.2 Etat des lieux.....	40
3.1.3 Dossier d'éducation thérapeutique du patient - Diagnostic éducatif	41
3.1.4 Séance 6 « Adapter son suivi dentaire en fonction du diabète »	43
3.1.4.1 Présentation	43
3.1.4.2 Outils pédagogiques	44
3.1.4.3 Fiche pédagogique.....	44
3.1.4.4 Déroulement d'une séance	44
3.1.5 Evaluation	46
3.2 Mise en place d'un programme d'ETP portant sur la méthadone : « Prendre soin de moi avec la méthadone pour bien vivre avec mon addiction	

pendant et après ma détention »	48
3.2.1 La substitution par la méthadone	48
3.2.1.1 Historique	48
3.2.1.2 Indications, objectifs et bénéfices attendus.....	48
3.2.1.3 Influence de la méthadone sur l'état bucco-dentaire	49
3.2.1.4 Traitements de substitution orale, qu'en est-il en milieu pénitentiaire ?	51
3.2.2 Mise en place du programme d'ETP	52
3.2.3 Contenu du programme	54
3.2.4 La séance 6 « développer une hygiène dentaire adaptée »	55
3.2.4.1 Séance 6a	55
3.2.4.1.1 Déroulement de la séance.....	55
3.2.4.1.2 Outils pédagogiques	57
3.2.4.2 Séance 6b « pendant et après la méthadone »	58
3.2.4.2.1 Déroulement de la séance.....	58
3.2.4.2.2 Outils pédagogiques	58
Conclusion	59
Références bibliographiques	60
Table des illustrations	64
Annexes	65
Annexe 1 : Bilan dentaire « arrivant »	65
Annexe 2 : Fiche pédagogique séance 6, programme « diabète ».....	69
Annexe 3 : Vue globale du programme « méthadone ».....	70
Annexe 4 : Jeu de témoignages du programme « méthadone »	71
Annexe 5 : Méthode de brossage « BROS » enseignée par l'UFSBD	73
Annexe 6 : Fiche pédagogique de la séance 6a, programme « méthadone ».....	74
Annexe 7 : Fiche pédagogique de la séance 6b, programme « méthadone ».....	75
Annexe 8 : Fiche patient, programme « méthadone »	76

Table des abréviations

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNE : Centre National d'Evaluation

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

DSP : Dispositif de Soins Psychiatriques

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

UCSA : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

UTEP : Unité Transversale en Education du Patient

Introduction

L'éducation thérapeutique s'adresse aux patients atteints de maladies chroniques, dont l'incidence a explosé ces dernières années. L'objectif vise à rendre le patient acteur de sa santé. Aujourd'hui, cette pratique fait partie intégrante de la prise en charge, il ne s'agit plus d'une simple information mais d'un réel transfert de compétences du soignant vers le soigné.

L'éducation thérapeutique est une pratique relativement récente qui trouve sa place en milieu carcéral. En effet, l'état bucco-dentaire des sujets incarcérés est généralement très dégradé en raison de la précarité et de l'usage courant de produits stupéfiants. Les statistiques le prouvent, plus de 60% des détenus vivaient sous le seuil de pauvreté et étaient sous médicalisés avant leur placement sous écrou [14]. Le séjour en prison est l'occasion pour certains de bénéficier de soins qu'ils n'auraient pas pu s'octroyer avant leur incarcération.

La loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a profondément réformé l'organisation des soins en transférant la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier. Les établissements pénitentiaires ont mis en place des UCSA (Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires) facilitant l'accès aux soins et à la prévention. L'exercice de la chirurgie dentaire en milieu pénitentiaire doit répondre aux mêmes principes que toute autre forme d'exercice dentaire. Les détenus sont considérés comme n'importe quel autre patient et doivent bénéficier du libre accès aux soins et du secret médical mais également de tous les droits des patients déterminés par la loi Kouchner du 4 mars 2002.

La première partie de ce travail sera consacrée aux principes de l'éducation thérapeutique. La deuxième partie portera sur les spécificités inhérentes au milieu carcéral, notamment la population rencontrée, les structures médicales et leur organisation au sein de la maison d'arrêt de Lille-Sequedin. L'aspect éthique sera également abordé. En troisième partie, les programmes d'éducation thérapeutique concernant le diabète et la méthadone mis en œuvre à Lille-Sequedin seront exposés.

1 L'ETP : principes

1.1 Qu'est-ce que l'éducation thérapeutique du patient ?

1.1.1 Définition

Dans le rapport technique OMS (Organisation Mondiale de la Santé) région Europe (1998), on peut retenir la définition suivante, qui a été reprise aujourd'hui par la HAS (Haut Autorité de Santé) et l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) en 2007 : « *l'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir ou de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie* »[17].

1.1.2 Historique, contexte, émergence

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une pratique de santé relativement récente, évolutive, qui s'enracine à la fois dans la médecine, la pédagogie de la santé et les sciences humaines et sociales [20]. C'est seulement à partir de 1998 que le terme d'éducation thérapeutique a été reconnu par l'OMS-Europe [17]. Cette pratique a progressivement été intégrée dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

L'éducation à la santé est à distinguer de l'éducation thérapeutique du patient, bien que les buts recherchés soient identiques, c'est-à-dire, acquérir les compétences nécessaires pour entretenir et développer son capital santé [45].

L'éducation à la santé concerne la population générale en proposant des programmes tels que les mesures de vie saine, l'alimentation équilibrée [27], alors qu'à l'inverse, l'éducation thérapeutique du patient concerne les individus souffrant d'une maladie chronique ou étant concernés par des facteurs de risque [45]. Par définition, l'ETP s'adresse à un malade qui nécessite un apprentissage de compétences et de comportements de santé afin de mieux vivre au quotidien avec sa maladie [18]. Seuls les professionnels de santé sont habilités à dispenser l'éducation thérapeutique.

L'ETP fait partie de la prise en charge à long terme. Elle doit être structurée, organisée et doit bénéficier de moyens éducatifs appropriés. Elle est multiprofessionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle. Elle inclut le travail en réseau [27].

L'ETP ne se résume pas à la délivrance d'une simple information. En effet, des études récentes ont pu démontrer que l'information seule ne suffisait pas à aider les patients à gérer leur maladie au quotidien [20]. Dès lors, l'éducation thérapeutique vise à aider le patient à devenir acteur de ses soins en acquérant des compétences spécifiques [45].

1.1.3 Cadre législatif et réglementaire

En France, à partir de **2001**, le développement de l'éducation thérapeutique se formalise à travers le plan national d'éducation à la santé.

L'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) a émis, en 2001, les premières recommandations en éducation thérapeutique.

En **2007**, l'INPES intègre l'éducation thérapeutique aux SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire).

En **2007**, apparaissent les recommandations de la HAS ; une démarche pour élaborer un programme d'éducation thérapeutique est proposée aux professionnels de santé.

En **2008**, le haut conseil de la santé publique rédige un rapport sur « *la place et le rôle des professionnels de santé extra-hospitaliers dans l'organisation d'une éducation thérapeutique de proximité, intégrée au parcours de soins des malades chroniques et accessible à tous* » [47].

La loi du **21 juillet 2009 (loi 2009-879)** dite **loi HPST** (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) a attribué à l'éducation thérapeutique du patient une reconnaissance légale. L'ETP s'organise progressivement dans le système et les territoires de santé. Ainsi, **l'article L.1161-1** du code de santé publique précise que « *l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie* » [12].

Par ailleurs, **l'article L1161-2** du code de la santé publique stipule que « *les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé* »

Le décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient précise les personnes habilitées à coordonner un programme ainsi que les informations contenues dans le dossier.

Le décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'ETP. Ces compétences concernent les personnes mentionnées aux articles D 1161-1 et R 1161-3 et sont précisées de la façon suivante [47] :

« 1° Des compétences **techniques** permettant de favoriser une information utile du patient sur la maladie et le traitement, de fournir les éléments nécessaires au suivi et à l'organisation ».

« 2° Des compétences **relationnelles** et pédagogiques permettant de développer un partenariat avec les patients. Pour la coordination, ces

compétences sont adaptées au développement des apprentissages et aux échanges au sein des équipes et avec les partenaires ».

*« 3° Des compétences **organisationnelles** permettant de planifier des actions et de conduire un projet d'éducation thérapeutique du patient ».*

L'arrêté du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP. Il concerne les acteurs directement en lien avec le patient, qui réalisent concrètement les activités liées à l'éducation thérapeutique auprès des patients. Il est précisé que *« le référentiel de compétences pour coordonner un programme d'ETP décrit les situations clés, les buts, les activités et les compétences (individuelles et collectives) réparties dans trois domaines : technique, relationnel et pédagogique, socio-organisationnel».*

Enfin, **l'arrêté du 14 janvier 2015** relatif au **cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement**. Il vient modifier l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Dorénavant, un minimum de 40 heures de formation est nécessaire pour coordonner un programme d'éducation thérapeutique. De plus, tous les intervenants doivent justifier de compétences en ETP.

1.2 Finalité

L'ETP joue un rôle fondamental dans l'amélioration de la santé et de la qualité de vie du patient.

Les finalités spécifiques de l'éducation thérapeutique sont d'une part, l'acquisition et le maintien par le patient de compétences « d'autosoins » et d'autre part, la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation [21].

Les **compétences « d'autosoins »** consistent à :

- Soulager les symptômes

- Prendre en compte les résultats d'une autosurveillance, d'une automesure
- Réaliser des gestes techniques et des soins
- Mettre en œuvre des modifications de son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.)
- Prévenir des complications évitables
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent

Les **compétences d'adaptation** sont [21] :

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique
- Développer des compétences en matière de communication et de relation interpersonnelles
- Prendre des décisions et résoudre un problème
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix
- S'observer, s'évaluer, se renforcer

Selon la Haute autorité de santé (HAS), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) donne la définition suivante : les compétences d'autosoins sont *"des décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé"* [50].

Le terme « adaptation » peut être défini comme étant *« les compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci »* [51] .

1.3 Les acteurs

1.3.1 Les patients et leur entourage

Les recommandations suggèrent que le patient doit être au centre des actions d'éducation thérapeutique. La famille et les proches ont également leur place dans l'éducation, ce sont des personnes qui vivent avec le patient et sont parfois impliquées dans le traitement. Les recommandations de l'OMS soulignent que la compréhension de la situation du patient par l'entourage ainsi que le rôle des proches sont des éléments essentiels pour le bien-être des patients [29].

L'éducation thérapeutique du patient doit être proposée à toute personne ayant une maladie chronique, quels que soient le type, le stade et l'évolution de la maladie [20]. Les enfants et adolescents sont également concernés, notamment dans la prise en charge de la maladie carieuse. Le patient a toute liberté de participer ou non à un programme ETP.

1.3.2 Les professionnels de santé

En éducation thérapeutique, une approche multidisciplinaire semble indispensable. En effet, les agences régionales de santé (ARS) ont inclus la multidisciplinarité dans leur cahier des charges pour approbation d'un programme d'ETP. En effet, le patient est l'élément central de l'équipe multidisciplinaire, il est entouré de professionnels de santé qui ont chacun un rôle important. On retrouve des médecins de spécialités différentes, infirmiers, diététiciens, kinésithérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, pharmaciens [45].

Le chirurgien-dentiste est un professionnel de santé bien souvent oublié dans le parcours santé des patients ; il a largement sa place dans les actions d'ETP notamment pour le suivi des patients atteints de diabète, cancers et autres maladies chroniques.

1.4 Les 4 étapes de la démarche éducative

La démarche d'ETP se planifie en 4 étapes :

- Elaborer un diagnostic éducatif
- Définir un programme personnalisé avec priorités d'apprentissage
- Planifier et mettre en œuvre les séances individuelles, collectives ou en alternance
- Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

1.4.1 Le diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif est la première étape de la démarche d'ETP. Il permet de connaître le patient en abordant les différents aspects de sa vie et de sa personnalité, d'identifier ses besoins et ses attentes, évaluer sa réceptivité et sa motivation afin de lui proposer un programme d'éducation personnalisé.

L'élaboration du diagnostic éducatif est une étape dynamique qui doit être actualisée régulièrement.

Le diagnostic éducatif repose sur plusieurs entretiens individuels comportant plusieurs séquences de questionnement. L'objectif étant de connaître la réaction du patient face à une situation donnée et d'accéder à ses connaissances, à ses représentations, à son ressenti concernant sa pathologie. Cela permet d'amener le patient à une prise de conscience.

Ce dialogue permet également de reconnaître le rôle favorable ou défavorable des facteurs socio-environnementaux (âge, niveau de vie, classe sociale...) et de mettre en évidence d'éventuelles difficultés d'apprentissage [22].

Cette organisation peut se décliner en 5 chapitres de questions [17] :

- Qu'est ce qu'il a ?
- Qu'est ce qu'il fait ?
- Qu'est ce qu'il sait ?
- Qui est-il ?

- Quels sont ses projets ?

1.4.2 Définir un programme personnalisé avec priorités d'apprentissage

Lors de cette étape, l'équipe éducative explique au patient les compétences à acquérir en fonction de son projet et de la stratégie thérapeutique adoptée.

Un programme individuel est planifié après avoir discuté avec le patient des compétences prioritaires à acquérir. Le programme est alors communiqué aux différents professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient [21].

1.4.3 Planifier et mettre en œuvre les séances individuelles, collectives ou en alternance

Il s'agit de définir le contenu des séances ainsi que leur durée, leur fréquence, leur organisation, les techniques pédagogiques à employer afin d'atteindre les objectifs définis lors du diagnostic éducatif.

Un calendrier prévisionnel des séances (individuelles et/ou collectives) est élaboré.

Au cours des **séances collectives**, l'intérêt est de rassembler des patients ayant des objectifs éducatifs similaires. Ils peuvent partager leurs expériences et transmettre des savoirs. Les patients complètent l'intervention des professionnels de santé : partage d'expériences, préoccupations quotidiennes, résolutions.

Les **séances individuelles** permettent de favoriser l'accessibilité aux séances, notamment pour les patients ayant des difficultés à se trouver en groupe. Elles permettent parfois une meilleure adaptation à la réalité de vie du patient.

Les séances sont ensuite réalisées.

1.4.4 Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

Le soignant réalise le bilan avec le patient sur ce qu'il sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir et la manière dont il s'adapte. En cas de nécessité, le patient est informé d'une éventuelle proposition d'ETP, suite à la prise en compte des éléments de cette évaluation et du suivi de la maladie chronique [21].

1.5 Les 12 commandements pour une ETP de qualité [21]

Selon la HAS, l'ETP doit :

- être **centrée sur le patient** : intérêt porté à la personne dans son ensemble, prise de décision partagée, respect des préférences ;
- être **scientifiquement fondée** (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente, consensus professionnel) et enrichie par les retours d'expérience des patients et de leurs proches pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives ;
- **faire partie intégrante du traitement et de la prise en charge** ;
- concerner la **vie quotidienne** du patient, les **facteurs sociaux, psychologiques** et **environnementaux** ;
- être un processus **permanent**, adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient ; elle fait partie de la prise en charge à long terme ;

- être réalisée par des **professionnels de santé formés** à la démarche d'éducation thérapeutique du patient et aux techniques pédagogiques, engagés dans un travail en équipe dans la coordination des actions ;
- s'appuyer sur une **évaluation des besoins et de l'environnement du patient** (diagnostic éducatif), et être construite sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé ;
- **se construire avec le patient**, et impliquer autant que possible **les proches** du patient ;
- **s'adapter** au profil éducatif et culturel du patient, et respecter ses préférences, son style et rythme d'apprentissage ;
- être **définie** en terme d'**activités** et de **contenu**, être **organisée dans le temps**, réalisée par divers moyens éducatifs :
 - utilisation de techniques de communication centrées sur le patient,
 - séances collectives ou individuelles, ou en alternance, fondées sur les principes de l'apprentissage chez l'adulte (ou l'enfant),
 - accessibilité à une variété de publics, en tenant compte de leur culture, origine, situation de handicap, éloignement géographique, ressources locales et du stade d'évolution de la maladie,
 - utilisation de techniques pédagogiques variées, qui engagent les patients dans un processus actif d'apprentissage et de mise en lien du contenu des programmes avec l'expérience personnelle de chaque patient,
- être **multiprofessionnelle**, **interdisciplinaire** et **intersectorielle**, intégrer le **travail en réseau** ;
- inclure une **évaluation individuelle** de l'ETP et du déroulement du programme.

2 Spécificité du milieu carcéral

2.1 Cadre légal

La loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a considérablement modifié la prise en charge sanitaire des personnes détenues. En effet, la prise en charge des détenus est transférée de l'administration pénitentiaire au service public hospitalier. Elle a permis d'améliorer l'accès aux soins et de mettre en place une politique de santé publique en milieu carcéral [2][37].

Elle a notamment fixé **trois principes fondamentaux** [37] :

- L'affiliation obligatoire des personnes détenues, dès leur incarcération, au régime général de l'assurance maladie. À ce titre, elles bénéficient, ainsi que leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général.
- La mise en place au sein de chaque établissement pénitentiaire d'une unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), unité hospitalière rattachée à un établissement de santé de référence.
- La prise en charge par le Ministère de la Justice du ticket modérateur.

Avec la mise en place des **UCSA (Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires)** dans chaque établissement pénitentiaire, les détenus, comme tout autre patient et conformément à la loi Kouchner du 4 mars 2002, doivent bénéficier du libre accès aux soins, de la non-discrimination et du secret médical, notamment envers l'administration de la justice, l'équipe médicale étant indépendante de l'administration pénitentiaire [19].

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (loi Kouchner du 4 mars 2002) permet de suspendre les peines des détenus

malades si leur pronostic vital est engagé ou si leur état de santé est incompatible avec la détention.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) modifie en profondeur l'ensemble de notre système de santé. Elle touche à la modernisation des établissements de santé, à l'accès de tous à des soins de qualité, à la prévention et à la santé publique, comme à l'organisation territoriale du système de santé [3]. Les enjeux de la réforme sont majeurs, tout d'abord permettre une meilleure coordination des actions des établissements de santé pour répondre aux besoins de la population mais aussi répartir de façon plus égalitaire l'offre de soins sur le territoire. Cette réforme vise également à développer une politique de prévention et de santé publique et à définir les missions et moyens des agences régionales de santé (ARS) [37].

La loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 [32] vient renforcer les droits des détenus.

L'article 46 de cette loi dispose que « La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ».

L'article 51 stipule que : « *Il est proposé à la personne détenue, lors de son incarcération, un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac. Ce bilan, effectué à titre préventif, dans un but de santé publique et dans l'intérêt du patient, reste confidentiel* ».

De plus, cette loi marque également le droit au respect du secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation.

2.2 Structures

Au sein du centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin, il existe 3 structures pénitentiaires et 2 structures hospitalières.

2.2.1 Structures pénitentiaires

La structure **maison d'arrêt** sur le site de Sequedin est composée de :

- Un quartier maison d'arrêt homme constitué de deux bâtiments d'une capacité théorique de 417 places, 3 places pour personnes à mobilité réduite pour une capacité opérationnelle de 697 lits.
- Un quartier femme d'une capacité théorique de 148 places dont 5 places nurseries (les places nurseries sont destinées aux femmes enceintes et aux mères gardant un enfant de moins de 18 mois), une place pour personne à mobilité réduite pour une capacité opérationnelle de 259 lits.
- Un quartier arrivants d'une capacité théorique de 15 places pour une capacité opérationnelle de 20 lits
- Un quartier disciplinaire de 9 places et un quartier d'isolement de 10 places.

La structure fait partie des établissements du programme de construction 4000 places lancé en 1994 par Pierre MEHAIGNERIE, Ministre de la Justice. Elle a été mise en service le 4 avril 2005.

Le quartier maison d'arrêt de Sequedin dispose d'une capacité théorique de 584 places pour une capacité opérationnelle de 976 lits.

Un **Centre National d'Evaluation (CNE)** d'une capacité théorique de 30 places dont une place pour personnes à mobilité réduite pour une capacité opérationnelle de 33 lits. Situé dans l'ancien quartier maison centrale de la structure de Sequedin, le CNE a été mis en service en 2013.

Un **quartier de semi-liberté** d'une capacité théorique de 60 places pour une capacité opérationnelle de 58 lits. Cette structure a perdu son autonomie fonctionnelle et a été rattachée à la structure maison d'arrêt de Sequedin en 2009. Il est situé à Haubourdin.

2.2.2 Unité sanitaire

- Une **unité sanitaire** constituée de 3 services : somatique, psychiatrique et dentaire ;
- Une **unité fonctionnelle de prévention** ;
- Une **structure UHSI** (Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale) d'une capacité d'accueil de 21 lits implantés dans un établissement dédié, au sein du CHRU de Lille. Cette structure hospitalière n'est pas concernée par cette étude.

Les **Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA)** assurent la prise en charge sanitaire des détenus dans une mission globale, englobant la prise en charge de prévention et d'éducation à la santé. Elles permettent d'assurer les soins somatiques et dentaires en milieu pénitentiaire et de développer la prévention.

Le **Dispositif de Soins Psychiatriques (DSP)** assure la prévention, le diagnostic et les soins des troubles psychiques des personnes incarcérées. L'équipe prodigue des soins psychologiques et psychiatriques (entretiens individuels, prises en charge groupales ou familiales), après concertation pluridisciplinaire.

L'ETP s'enracine au niveau de l'**Unité Fonctionnelle de Prévention et d'Education à la Santé**, qui est rattachée à l'unité sanitaire. L'objectif général est de promouvoir et de développer, auprès des détenus, une politique de promotion de la santé sur le centre pénitentiaire de Lille-Sequedin.

L'Unité Fonctionnelle de Prévention et d'Education à la Santé prend place au sein du pôle de psychiatrie, de médecine légale et de médecine en milieu pénitentiaire. Elle a pour objectifs intermédiaires de promouvoir et de développer la promotion de la santé au sein du dispositif de soins en l'intégrant dans les procédures de fonctionnement (circuit entrant, circuit sortant, parcours de soin, cohésion des équipes...) et en développant une dynamique d'éducation thérapeutique du patient (structurer une démarche en ETP en

tenant compte des contraintes carcérales et décliner des thématiques prioritaires). Elle a également pour objectif secondaire de développer des actions collectives en promotion de la santé.

Le service dentaire

Le cabinet comporte deux fauteuils. Les consultations sont assurées par deux praticiens : un temps plein et un temps partiel à 60%. Des étudiants en chirurgie dentaire de 6^e année viennent travailler en binôme, sous la surveillance d'un praticien hospitalier. Deux assistantes dentaires sont affectées au cabinet dentaire.

2.3 Prise en charge des personnes détenues

2.3.1 Le processus accueil arrivant

L'accueil des personnes détenues arrivantes est une période très délicate. Celles-ci sont parfois confrontées au choc de l'incarcération et à l'incertitude quant à leur sort judiciaire. Cet accueil représente une période d'une à dix nuits et nécessite une grande implication et une très grande vigilance du personnel. Ce temps est également dédié à la réalisation des formalités d'écrou et d'enregistrement, ainsi qu'à la prise en charge sanitaire et sociale initiales. L'axe majeur développé au sein de cette phase est donc de favoriser la prise en charge individuelle de la personne détenue. La prévention du suicide, la prévention des violences et l'évaluation de la dangerosité sont donc au centre du parcours arrivant.

Durant cette phase d'évaluation, les entretiens individuels et collectifs sont privilégiés avec notamment un entretien auprès des services médicaux (UCSA et DSP).

Le « circuit médical arrivant » permet de proposer de façon systématique, à tous les arrivants, une rencontre avec les différents intervenants de l'UCSA et du DSP, à savoir médecin généraliste, infirmière, dentiste, manipulateur en imagerie médicale, psychologue et si besoin psychiatre ou addictologue.

L'objectif de cette consultation étant le repérage et le dépistage de pathologies aussi bien sur le plan somatique que psychiatrique.

Les arrivants peuvent de plus, bénéficier de sérologies pour le dépistage des hépatites B et C, VIH, syphilis et d'une radiographie du thorax à la recherche de la tuberculose. La radiographie panoramique dentaire est également réalisée si l'état clinique le nécessite. Au cours du bilan dentaire, les détenus doivent répondre à plusieurs questions concernant leurs antécédents médicaux et dentaires, allergies, fréquence de brossage, couverture sociale etc... Le schéma dentaire est dûment complété. Ils peuvent, s'ils le veulent, refuser cette consultation. Les premiers conseils de prévention personnalisés sont apportés au patient lors de cette consultation. (Annexe 1)

2.3.2 Les soins dentaires programmés à l'UCSA

A l'issue du bilan dentaire arrivants, des rendez-vous sont programmés afin d'effectuer les soins nécessaires. En cas d'urgence, le détenu peut demander à tout moment de se faire soigner en formulant une demande écrite destinée au cabinet dentaire.

L'activité est essentiellement orientée vers les soins conservateurs et chirurgicaux ; en effet, la durée de séjour en maison d'arrêt est relativement faible (en moyenne 4 à 5 mois à Lille-Sequedin). Il est donc difficile d'obtenir un suivi du patient et d'entreprendre des travaux prothétiques sur une courte période.

Le taux d'absentéisme des patients n'est pas négligeable. Il est attribué :

- Aux activités du détenu qui interfèrent parfois avec le rendez-vous (convocation au tribunal, parloir, travail, formation, sport...)
- Au stress engendré par les consultations d'urgences antérieures (anesthésie difficile...)
- Aux refus de soins, une fois l'épisode douloureux passé.

2.4 Population

Les personnes incarcérées ont un besoin en soins dentaires nettement plus important que la population générale. Elles sont issues, en grande partie de la précarité, avec un accès réduit aux soins et une exposition plus importante aux risques.

L'état bucco-dentaire des personnes incarcérées est extrêmement dégradé. Une enquête menée à la maison d'arrêt de Loos en 1995 auprès des « arrivants » relève que 98% d'entre eux, à leur arrivée, nécessitaient des soins dentaires. En 2005, une étude réalisée à la maison d'arrêt de Sequedin a retrouvé la même nécessité en soins dentaires. Une autre étude conduite au centre de détention de Loos, entre 1998 et 2000, portant sur une population de 190 « arrivants », a permis d'affirmer que pour 87% des sujets, des soins dentaires étaient nécessaires au jour de l'examen [8].

Lors de leur incarcération, certains facteurs d'aggravation s'ajoutent : alimentation déséquilibrée, grignotages, tabac. Parfois, les rixes entre détenus entraînent des plaies et fractures. L'arrivée en prison s'accompagne souvent d'un stress lié au choc de la détention à l'issue de la garde à vue, nécessitant parfois l'usage de psychotropes [6].

Chez de nombreux détenus, on constate une précarité importante, des toxicomanies diverses et une grande prévalence de maladies à transmission sanguine (VIH, hépatites) en comparaison avec la population générale. Un tiers des détenus déclarent consommer régulièrement de la drogue (15% en consomment plusieurs), 80% des détenus sont fumeurs. Un tiers des détenus consomment régulièrement de l'alcool [39].

2.5 Conditions de vie à la maison d'arrêt de Sequedin

Les détenus vivent dans une cellule de 9 à 11m², seuls ou à deux. Chaque cellule dispose d'une douche et de sanitaires. Le repas sont servis deux fois par jour, midi et soir. Il existe un système de « cantines » permettant aux détenus

de bénéficier de produits supplémentaires (fruits et légumes, conserves, tabac, produits d'hygiène corporelle, etc).

Le sport et différentes activités sont possibles. Les détenus ont droit à une heure de « promenade », deux fois par jour pour s'aérer. Certains peuvent travailler au sein de la maison d'arrêt (préparation de repas, ateliers, buanderie).

2.6 Ethique [7]

- Relation de confiance

La relation de confiance entre le praticien et le patient est parfois altérée pour plusieurs raisons. Tout d'abord, en milieu carcéral, le patient ne peut pas bénéficier du libre choix de son praticien. De plus, la mise en place de dispositifs de sécurité peut perturber la relation de confiance. Les délais de rendez-vous sont parfois assez longs en raison de la surpopulation carcérale. Le motif d'incarcération peut entraîner des réticences de la part du praticien ou du soignant.

- Accès aux soins

Certains patients n'ont pas accès aux soins dentaires avant leur incarcération, faute de couverture sociale. En milieu pénitentiaire, tous les détenus y ont droit.

- Barrière de langage

La maison d'arrêt de Lille-Sequedin accueille des détenus de nationalités différentes. Certains ne parlent pas français ni anglais ; il est alors très difficile de communiquer avec eux. Le recours à un interprète pourrait être une solution mais entraverait le secret médical et dans un souci d'organisation, les délais de rendez-vous seraient augmentés.

- Secret médical

En milieu carcéral, le secret médical est à nuancer. Le détenu doit écrire

lorsqu'il souhaite un rendez-vous. Les courriers, ramassés par l'administration pénitentiaire et déposés au cabinet dentaire, peuvent être lus entre temps par les surveillants.

Dans un souci de sécurité, les portes des cabinets médicaux sont équipées d'une petite fenêtre laissant le patient visible de l'extérieur. Toujours pour des raisons de sécurité, le cabinet dentaire dispose de deux fauteuils, côte à côte. Les patients ne voient aucun inconvénient à se faire soigner à côté d'un autre détenu. Les informations médicales sont échangées en aparté dans une partie distincte du cabinet.

Parler d'ETP en milieu carcéral semble quelque peu paradoxal. D'une part, les programmes d'ETP proposés visent à favoriser l'autonomie du patient et de le rendre acteur de sa santé. D'autre part, le milieu carcéral est un milieu clos où le patient est privé de libertés ; les activités quotidiennes telles que les repas, les douches, le sport, les parloirs, sont encadrées par des horaires précis. Les détenus n'ont pas accès aux antalgiques dans leurs cellules, ils doivent impérativement consulter le médecin ou le chirurgien-dentiste au préalable. Tous ces facteurs aboutissent à une dépendance et une déresponsabilisation du patient sur le plan de la santé. En revanche, même si le patient est privé de liberté, le droit à la santé doit pleinement s'exercer [33].

3 Programmes d'ETP intéressant le service dentaire à la maison d'arrêt de Lille-Sequedin

Des programmes d'ETP impliquant le service dentaire ont été mis en place à la maison d'arrêt de Lille-Sequedin, ils concernent le **diabète** et le traitement de substitution aux opiacés par **méthadone**. Les séances relatives à la santé bucco-dentaire de ces deux programmes seront détaillées.

3.1 Un programme d'ETP portant sur le diabète : « Acquérir et pérenniser une autonomie vis-à-vis du diabète en tenant compte des contraintes carcérales »

3.1.1 Le diabète

3.1.1.1 Définitions, diagnostic et classification du diabète sucré

La définition du diabète sucré est purement biologique. Elle est basée sur l'élévation de la glycémie au-delà des valeurs normales. Le diagnostic repose sur la mesure de la glycémie à jeun. Selon l'American Diabetic Association et l'ANAES, le diabète est défini selon les critères suivants :

- est considéré comme diabétique un sujet présentant à deux reprises une glycémie à jeun (au moins huit heures de jeûne) supérieure à 7 mmol/l (supérieure à 1,26 g/l) ;
- est considéré comme normal un sujet ayant une glycémie à jeun inférieure à 6,1 mmol/l inférieure à 1,10 g/l).
- sont considérés comme ayant une glycorégulation anormale :
 - les sujets ayant une hyperglycémie modérée à jeun, glycémie > 6,1 mmol/l et < 7 mmol/l (> 1,10 g/l et < 1,26 g/l) ;
 - les sujets ayant une intolérance au glucose : glycémie à jeun < 7 mmol/l (< 1,26 g/l) et glycémie 2 heures après la prise de 75 g de glucose > 7,6 mmol/l (<1,40 g/l) et < 11 mmol/l (< 2 g/l).

En l'absence de symptômes cliniques, le diagnostic de diabète doit être confirmé par une seconde mesure à quelques jours d'intervalle. Le diagnostic est également retenu si la glycémie dépasse 2 g/l sur deux prélèvements à tout moment de la journée ou si la glycémie dépasse 2 g/l en présence d'une complication spécifique.

La classification des diabètes par l'OMS de 1997 distingue :

- le **diabète de type 1** (10 %), anciennement appelé diabète insulino-dépendant ou diabète juvénile ; il résulte d'une absence de sécrétion d'insuline par le pancréas.
- le **diabète de type 2** (90 %) ou anciennement non insulino-dépendant ; dû à une mauvaise utilisation de l'insuline par les cellules de l'organisme.
- les **diabètes secondaires** aux pathologies pancréatiques, hépatiques, endocriniennes, aux maladies génétiques et les diabètes iatrogènes provoqués par des médicaments hyperglycémisants.
- le **diabète gestationnel**.

3.1.1.2 Diabète et santé bucco-dentaire

Le diabète et la cavité buccale entretiennent des rapports étroits. Un certain nombre de complications orales ont été rapportées chez les patients atteints de diabète [5].

Toutefois, la majorité des patients diabétiques ne sont pas conscients du lien entre leur diabète et leur santé bucco-dentaire. En effet, d'après une étude menée en France sur des individus diabétiques de type 2, près de 70% d'entre eux n'avaient pas connaissance des liens entre diabète et santé bucco-dentaire. Plus de 40% déclaraient que leur chirurgien-dentiste n'était pas informé de leur statut diabétique, parmi lesquels près de 40% pensaient que le

diabète ne concernait pas le chirurgien-dentiste. En tant que chirurgien-dentiste, nous avons un grand travail à fournir en terme de sensibilisation et d'information sur les liens entre diabète et santé bucco-dentaire [43].

Outre les complications générales du diabète au niveau général, la sphère oro-faciale n'est pas épargnée. En premiers signes du diabète, on retrouve généralement des sensations de sécheresse, brûlures et douleurs buccales [26].

Tableau 1 : Les principales manifestations buccales du diabète [49].

Muqueuses
• Bouche sèche, xérostomie
• Candidose, muguet
• Chéilites angulaires
• Aspergillose
• Lichen plan oral
• Trouble de la sensibilité buccale
Langue
• Stomatodynies, glossodynies
• Dysfonction salivaire, xérostomie
• Trouble du goût
• Langue géographique, rainurée
• Plaies et cicatrisation
• Augmentation des plaies traumatiques ou provoquées
• Défaut ou retard de cicatrisation après intervention chirurgicale
Parodonte
• Gingivites et parodontites beaucoup plus fréquentes
• Parodontopathies à progression rapide
• Pertes d'attache majeures
Dentaires
• Augmentation de la prévalence carieuse
• Perturbation de l'éruption dentaire
• Augmentation des caries radiculaires due à la perte d'attache causée par une parodontite
• Augmentation des édentements
Autres secteurs oro-faciaux

<ul style="list-style-type: none">• Mucormycose rhinocérébrale
<ul style="list-style-type: none">• Hypertrophie bénigne de la parotide

Les principales manifestations buccales du diabète :

- Maladies parodontales

Les maladies parodontales arrivent en tête des complications buccales du diabète [49] ; en 1993, Loë décrit les parodontopathies comme « *la 6^e complication du diabète* ».

Le diabète et la parodontite chronique entretiennent une relation à double sens. En effet, de nombreuses études ont démontré l'augmentation de l'incidence et de la sévérité des parodontites chez les sujets diabétiques. Inversement, les parodontites peuvent aussi influencer la santé générale. Il a été établi que les parodontites augmentent l'incidence, le contrôle et les complications du diabète [26] [9] [44] [15] [48] [4]. Le patient diabétique a un risque 3 fois plus élevé de développer une maladie parodontale [23] [35].

La dérégulation de médiateurs pro-inflammatoires (interleukines et TNF α) et de molécules clés du métabolisme osseux et de la cicatrisation (RANKL/OPG et AGEs/RAGEs) semblent être impliqués dans la pathogénèse des parodontites chez le sujet diabétique [15].

Les effets de la parodontite sur le diabète s'expliqueraient par la bactériémie induite qui accroîtrait l'hyperlipidémie et le taux des cytokines sériques pro-inflammatoires [4].

- Dysfonction salivaire

Les patients atteints de diabète présentent une altération qualitative et quantitative au niveau salivaire. Une étude a démontré qu'en cas de diabète non contrôlé, le flux salivaire diminue et peut être abaissé jusqu'au tiers [30]. De plus, les résultats de plusieurs études récentes ont révélé une augmentation significative du taux de glucose salivaire chez les diabétiques [1] [42] [11].

Certaines complications du diabète, notamment les complications macrovasculaires, nécessitent la mise en place d'un traitement entraînant des

xérostomies et parfois des troubles du goût. Les sécheresses buccales sont régulièrement accompagnées de douleurs. [49]

- **Caries**

Les patients diabétiques ont un risque majoré de développer des caries dentaires [44].

Les modifications salivaires entraînent inexorablement une susceptibilité augmentée à la maladie carieuse. En effet, la salive n'assure plus son rôle de pouvoir tampon, ni sa clairance salivaire et son rôle antimicrobien [46].

- **Lésions de la muqueuse buccale**

Plusieurs auteurs ont rapporté une prédisposition accrue à la manifestation de maladies orales comme les candidoses, glossites losangiques médianes, stomatites prothétiques et chéilites angulaires chez des diabétiques [46]. La fréquence des infections à Candida est plus élevée chez les sujets diabétiques que chez les non diabétiques. La xérostomie et la modification qualitative de la salive (pH et glucose) sont des facteurs favorisant un excès de prolifération de la flore de Candida dans la cavité buccale [26]. Les patients diabétiques porteurs de prothèses amovibles ont un risque accru de développer ce type d'infection. Le tabac augmente également la probabilité d'infection fongique. [16]

- **Troubles du goût**

Une étude a rapporté que plus d'un tiers des adultes diabétiques souffraient de troubles de la perception du goût, ce qui pourrait aboutir à terme à l'hyperphagie et à l'obésité. Ce dysfonctionnement sensoriel peut empêcher la capacité de maintenir un régime approprié et peut mener à une mauvaise régulation de la glycémie [44].

- **Troubles neurosensoriels et visuels [44]**

De nombreux cas de glossodynies et/ou de stomatopyrose (syndrome de bouche brûlante) ont été rapportés chez les patients diabétiques. Ces patients

sont parfois atteints de dysesthésies, ce qui pourrait entraver la qualité du brossage dentaire notamment en cas d'atteinte au niveau des mains. Les neuropathies périphériques et la rétinopathie diabétique peuvent également impacter négativement l'utilisation de dispositifs d'hygiène bucco-dentaire tel que le fil dentaire ou les brossettes inter-dentaires.

- **Retard de cicatrisation et risque d'infection**

Le diabète entraîne une perturbation du système immunitaire, en l'occurrence, une altération du chimiotactisme cellulaire et des polynucléaires neutrophiles, par l'intermédiaire des produits dérivés du glucose. L'hyperglycémie entraîne des modifications vasculaires, perturbant la diffusion de l'oxygène. La cicatrisation est altérée et le risque d'infection est majoré par diminution du chimiotactisme et de la phagocytose [26].

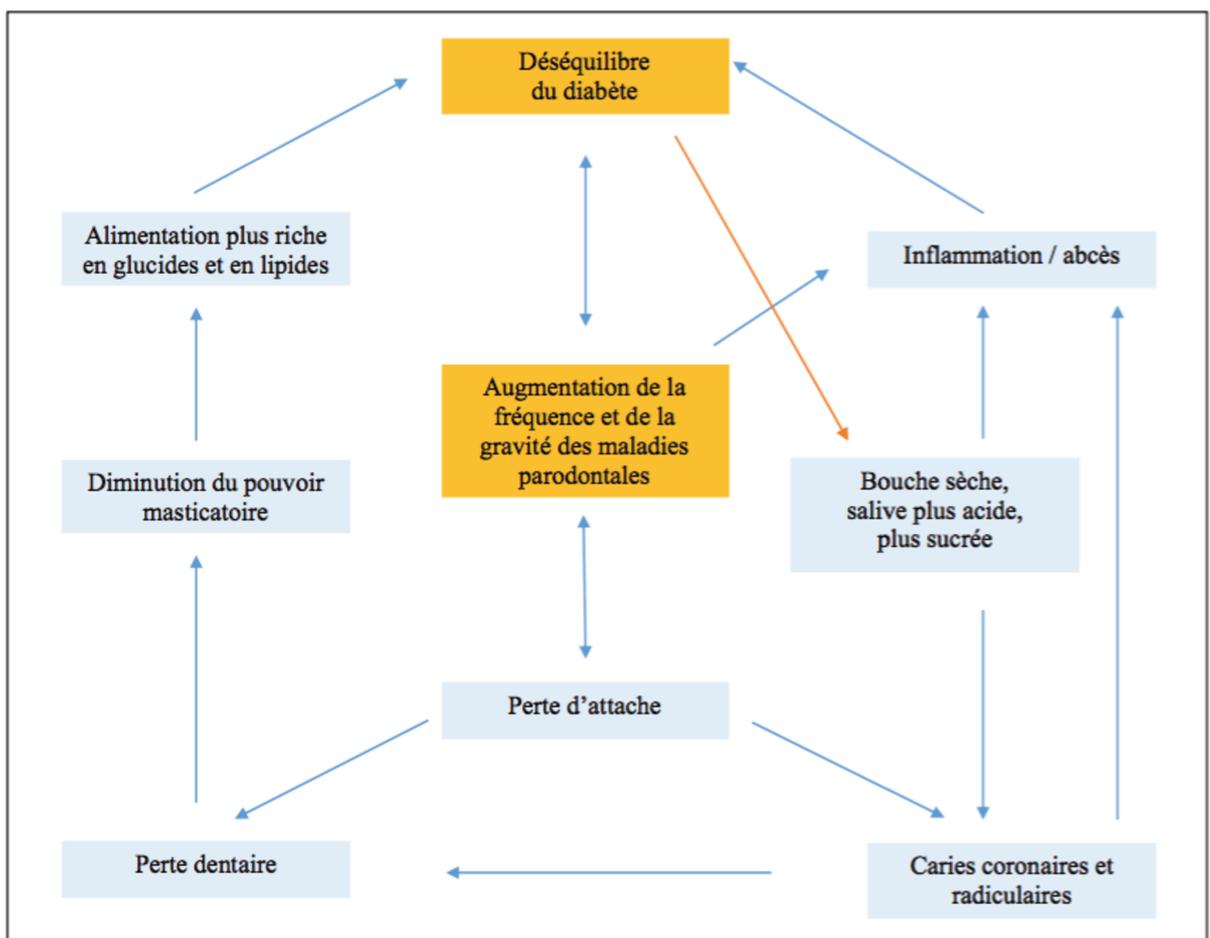


Figure 1 : Diabète et pathologies buccales, les mécanismes simplifiés de la relation à double sens [49].

A long terme, lorsque le diabète est déséquilibré, des complications d'ordre microvasculaire et/ou macrovasculaire peuvent apparaître. Elles sont la conséquence d'une hyperglycémie chronique [34].

3.1.2 Etat des lieux

L'établissement pénitentiaire de Lille-Sequedin est en mesure de proposer un dépistage et une prise en charge complète d'un patient porteur d'un diabète. L'ETP est généralement proposée.

- Bénéficiaires

Le nombre de patients diabétiques inclus au sein de l'unité sanitaire était de 27 au cours de l'année 2016.

- Intervenants

Sont impliqués dans les programmes d'éducation thérapeutique : médecins, chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, pharmaciens, infirmiers, psychologues et diététiciens.

Les équipes de l'unité sanitaire ont intégré l'ETP comme une technique de soins à part entière.

L'UTEP (Unité Transversale en Education du Patient) du CHRU de Lille permet de poursuivre la formation des professionnels en ETP.

Les liens avec les professionnels « hors les murs » continuent à être développés, notamment avec la signature de conventions entre le CHRU de Lille et deux structures (le Réseau Diabète Obésité Métropole Lilloise et le Centre de soins polyvalent de Lille Sud). Ceci va permettre, à terme, une amélioration du relais lors de la sortie de détention.

- Séances collectives ou séances individuelles ?

La difficulté principale est l'organisation de séances collectives, en détention, au regard des contraintes pénitentiaires.

En effet, les séances collectives sont à privilégier concernant le diabète. Néanmoins, les contraintes carcérales amènent à la mise en place de séances individuelles, non souhaitées au départ. De plus, la co-animation devrait être privilégiée mais n'est pas toujours possible.

Pour 2016, le rapport entre le nombre de séances collectives et le nombre de séances individuelles s'est amélioré : en 2015, sur 58 séances menées, seulement 6 étaient collectives alors qu'en 2016, sur 94 séances menées, 33 étaient collectives.

3.1.3 Dossier d'éducation thérapeutique du patient - Diagnostic éducatif

L'ensemble des données liées à l'éducation thérapeutique du patient doit être rapporté dans un dossier qui doit respecter plusieurs principes et modes d'utilisation.

Le dossier doit permettre de suivre l'évolution du patient, pendant et après son éducation. Il permet d'améliorer la coordination pédagogique en facilitant la transmission des informations entre les différents soignants. Il est intégré dans le dossier médical du patient.

En première page, sont mentionnés : la date, le diagnostic, l'identification du soignant et le consentement du patient.

Tableau 2 : Les éléments constitutifs du dossier d'éducation thérapeutique.

Dimension socio-professionnelle (qu'est ce qu'il fait ?)	(Age, famille, temps d'incarcération, profession avant l'incarcération, activités, travail, parloir...)
Dimension biomédicale (qu'est ce qu'il a ?)	Type de diabète, depuis combien de temps, traitements, résultats des bilans biologiques, complications, IMC, tabac, alcool...)
Dimension psychoaffective (qui est-il ?)	Entourage, soutien social Représentation de sa maladie et croyances de santé Qu'est ce que le diabète ? Vécu de la maladie Comment le vit-il en détention ?
Dimension cognitive et gestuelle (qu'est ce qu'il sait ?)	Quelle est sa définition de la maladie ? Auto-surveillance ? Nom du traitement Qu'est ce qu'une hypoglycémie / hyperglycémie et que fait-il ?
Diététique	A-t-il déjà consulté une diététicienne Régime particulier ?
Suivi dentaire	Fréquence des consultations chez le dentiste, abcès, dents mobiles, fréquence de brossage, saignements de gencives
ETP	A-t-il déjà bénéficié de séances d'éducation thérapeutique ?
Quels sont les projets du patient ?	En détention, à la sortie
Synthèse	Facteurs favorisants, freins Objectifs négociés avec le patient
Fiche « évaluation des compétences du	A remplir par le soignant

patient »	
Fiche préparation à la sortie	

3.1.4 Séance 6 « Adapter son suivi dentaire en fonction du diabète »

Cette séance est intégrée au sein du programme « *acquérir et pérenniser une autonomie vis-à-vis de son diabète en tenant compte des contraintes carcérales* »

- Séance 1 : expliquer le diabète
- Séance 2 : expliquer les objectifs du traitement
- Séance 3 : réaliser les gestes d'autosoins et réajuster le traitement en fonction des résultats
- Séances 4 et 4 bis : adapter son alimentation en fonction du diabète
- Séance 5 : adapter son activité physique en fonction du diabète
- Séance 6 : soigner ses dents en fonction du diabète

3.1.4.1 Présentation

La séance s'adresse à un public adulte, atteint d'un diabète de type I et/ou II.

En pré-requis, le patient doit être capable de donner la définition du diabète et de connaître les objectifs du traitement.

La séance se déroule dans la salle « d'activité » à Sequedin. Elle est animée par un chirurgien-dentiste et éventuellement d'une assistante dentaire. Le groupe est composé de moins de 5 personnes.

3.1.4.2 Outils pédagogiques

- Tableau « Velléda »
- Feutres et stylos
- Fiches d'information pour le patient
- Ordinateur
- Rétroprojecteur
- Document PowerPoint
- Trousse d'échantillons
- Kit de brossage (mâchoire et brosse à dent géante)
- Liste des cantines de parapharmacie

3.1.4.3 Fiche pédagogique

La fiche pédagogique recense les objectifs de la séance, les contenus et les méthodes utilisés. (Annexe 2)

Les formateurs ont pour objectifs :

- Faciliter la **prise de conscience**, par le patient, des **liens entre son diabète et sa santé bucco-dentaire**, notamment les conséquences nutritionnelles en cas de mauvais état dentaire. A la fin de la séance, le patient doit être en mesure d'expliquer ce qu'est la parodontite et d'identifier les conséquences au niveau dentaire.
- **Promouvoir les soins dentaires** en expliquant au patient l'intérêt d'un suivi dentaire régulier et en lui fournissant des conseils d'hygiène
- **Accompagner le patient détenu vers un brossage optimal.**

3.1.4.4 Déroulement d'une séance

L'équipe soignante explique au patient le lien étroit entre le diabète et la cavité buccale ainsi que le rôle essentiel d'un bon état dentaire dans le contrôle de la maladie. Pour cela, un diaporama illustré de photos accompagne les explications, permettant une meilleure compréhension.

Le schéma d'une dent saine (couronne + racine) entourée de son parodonte sain est comparé avec une dent atteinte de gingivite et/ou parodontite. Les radiographies panoramiques sont également présentées, celle d'un sujet sain (Fig. 2) et celle d'un sujet atteint d'une parodontite chronique (Fig. 3). La distinction entre gingivite et parodontite est bien expliquée au patient.



Figure 2 : Radiographie panoramique montrant le niveau osseux d'un parodonte sain (image personnelle).



Figure 3 : Radiographie panoramique d'un sujet porteur d'une parodontite chronique généralisée, l'os a été détruit de manière irréversible (image personnelle).

Les conséquences sont abordées : saignements, abcès parodontaux, mauvaise haleine, mobilités dentaires, perte des dents ; les complications sont d'ordre nutritionnelles, esthétiques et sociales. Les facteurs de risque de la maladie parodontale sont évoqués : plaque, tabac, tartre, diabète, hérédité. La relation

bilatérale entre le diabète et la parodontite est expliquée au patient.

3.1.5 Evaluation

Deux évaluations individuelles sont prévues, l'une à la fin de chaque séance, l'autre lors d'un temps de rencontre individuel à la fin du programme.

S'agissant des évaluations en fin de séance, 80% sont estimées acquises. Les 20% restants correspondent à des objectifs « en cours d'acquisition ». Aucune évaluation de fin de programme n'a pu être menée lors de l'année 2016.

A l'issue de la séance 6, une fiche d'évaluation est remise au patient afin d'apprécier ses connaissances. Il doit être capable de répondre aux questions suivantes :

- Quels sont les signes de la parodontite ?
- Quel est le matériel adapté à un brossage des dents non traumatique pour un lavage des dents efficace ?
- A quelle fréquence doit-on se rendre chez le dentiste ?
- Quelles sont les différentes étapes d'un brossage des dents efficace ?

Le patient doit ensuite noter différents critères comme la qualité de l'accueil, le contenu de la séance, le vocabulaire employé, l'adaptation des informations au contexte carcéral, les échanges et le partage d'expériences.

Le programme d'ETP a fait l'objet d'une auto-évaluation qui s'est intéressée à la fois aux objectifs, aux processus et aux moyens mis en œuvre.

Evaluation sur la qualité des séances éducatives :

Les questionnaires de satisfaction renseignés par les patients à la fin de chaque temps relèvent un sentiment de satisfaction élevé. Les patients sont très sensibles à la démarche des soignants, avec un renforcement du lien de confiance ; les séances sont vécues comme très positives, à la fois sur le plan de la satisfaction que sur le plan de leur santé.

En revanche, il en ressort une inadéquation entre les conseils apportés lors des séances, sur l'alimentation et l'activité physique et la situation rencontrée en détention. Elle évoque également le peu d'informations données à la fin du diagnostic éducatif sur les séances à venir et leur finalité.

Points forts qui ressortent lors de la mise en œuvre du programme :

- L'amélioration notable de la qualité des soins
- L'officialisation de l'ETP comme technique de soins
- L'implication de l'ensemble des soignants dans le domaine éducatif
- L'optimisation de la prise en charge thérapeutique des patients porteurs d'un diabète
- La poursuite de la formation des soignants à l'ETP

Points faibles et difficultés qui ressortent lors de la mise en œuvre du programme :

- Le temps d'évaluation, à la suite des séances, est trop souvent retardé ou non réalisé
- La place insuffisante donnée aux échanges entre professionnels dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.
- La préparation à la sortie (une convention a été signée récemment avec deux partenaires « hors les murs »).
- Le support d'évaluation, lourd et complexe.
- Les séances concernant l'alimentation et l'activité physique peuvent apparaître en décalage avec la réalité de la détention

3.2 Mise en place d'un programme d'ETP portant sur la méthadone : « Prendre soin de moi avec la méthadone pour bien vivre avec mon addiction pendant et après ma détention »

3.2.1 La substitution par la méthadone

3.2.1.1 Historique

La méthadone a été découverte en Allemagne durant la seconde guerre mondiale, elle était utilisée comme analgésique de synthèse.

3.2.1.2 Indications, objectifs et bénéfices attendus

La méthadone est indiquée comme traitement substitutif des pharmacodépendances opiacées majeures. Elle est un agoniste des récepteurs opioïdes μ endogènes, lui conférant ainsi des propriétés analogues à celles de la morphine. Sa demi-vie longue et son faible pic plasmatique font de la méthadone un opiacé avec un effet très peu euphorisant au long cours. Elle calme les symptômes de sevrage et apaise le désir compulsif de l'héroïnomane à consommer des opiacés [28][13].

Des objectifs de santé publique ont été établis concernant les traitements de substitution aux opiacés. Un traitement de substitution par la méthadone a comme objectif la réduction de la consommation de substances illicites jusqu'à l'arrêt mais également le moindre recours aux conduites à risque infectieux associés (VIH, hépatites). Elle vise également une insertion du patient toxicomane dans un processus thérapeutique et ainsi faciliter le suivi d'éventuelles pathologies d'ordre psychiatrique et/ou somatique, associées à la toxicomanie. A long terme, l'objectif est la réinsertion sociale et l'amélioration de la qualité de vie [24][38].

La diffusion des traitements de substitution aux opiacés a permis de réduire considérablement le nombre d'overdoses chez les usagers de drogues par voie

intraveineuse. La délinquance associée à l'usage d'opiacés a également diminué. La prévalence du VIH chez les toxicomanes est passée de 40% à 20% [36].

3.2.1.3 Influence de la méthadone sur l'état bucco-dentaire

La méthadone provoque des effets indésirables, notamment au niveau dentaire.

- Xérostomie

La méthadone influe sur la sécrétion salivaire. La plupart des drogues augmentent la sécrétion de dopamine. Or, ce neurotransmetteur active le système orthosympathique entraînant la sécrétion d'une salive visqueuse et en faible quantité. C'est de cette manière que les produits psychoactifs provoquent une hyposialie entraînant une xérostomie [10].

L'hyposialie provoque des effets néfastes sur la santé bucco-dentaire. En effet, le flux salivaire permet la minéralisation de l'émail avec l'apport d'ions phosphate, fluor et calcium. De plus, la salive possède également un pouvoir tampon contrôlant l'acidité induite par le processus cariogène de la plaque, grâce aux ions phosphates et bicarbonates stabilisant le pH. En l'absence de soins, la diminution du flux salivaire va engendrer des polycaries et des problèmes parodontaux [40].

Il existe plusieurs signes cliniques associés à la xérostomie :

- une bouche sèche,
- une atrophie des papilles filiformes,
- une chéilite angulaire,
- un érythème des muqueuses,
- une atrophie épithéliale,
- des ulcères,
- une hypertrophie unilatérale ou bilatérale des glandes parotides,
- des infections orales comme la candidose,
- des caries rampantes.

Les consommateurs de drogues sont généralement traités par des médicaments psychotropes tels que les benzodiazépines et antidépresseurs qui, par leurs propriétés anticholinergiques, accentuent la sécheresse buccale [41][31].

- **Augmentation de l'envie de sucre**

Il a été démontré que l'activation des récepteurs μ et κ -opioïdes améliore les voies de la récompense générées par l'ingestion de nourriture. Les patients sous méthadone semblent favoriser une consommation riche en sucres et une faible consommation de fibres [10].

- **Effet analgésique**

La méthadone provoque une certaine analgésie par activation des récepteurs μ -opioïdes. Cet effet analgésique peut masquer la douleur causée par certaines maladies bucco-dentaires, ce qui pourraient contribuer à la sévérité et à l'incidence élevée de pathologie bucco-dentaires souvent diagnostiquées tardivement. La réponse réduite aux molécules analgésiques pourrait nécessiter, lors des soins dentaires, des doses plus élevées d'anesthésiques locaux [10]. Le silence opératoire est parfois difficile à obtenir notamment lors des consultations d'urgences, entraînant une anxiété pour les soins ultérieurs.

- **Anxiété**

Chez les individus sous traitement de substitution aux opiacés, la dépression et l'anxiété sont plus fréquents que dans la population générale [31]. Les patients anxieux ne consultent alors qu'en situation d'urgence et refusent les soins s'ils ne ressentent pas de douleurs.

- **Bruxisme**

Les patients dépendants aux opioïdes présentent un risque accru de bruxisme. Le mécanisme n'a pas été élucidé mais il est possible que la neuropathie joue un rôle dans cette pathologie. Le bruxisme peut entraîner une abrasion

dentaire, des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire et des douleurs myofaciales [10].

3.2.1.4 Traitements de substitution orale, qu'en est-il en milieu pénitentiaire ?

En 2010, 9% de l'ensemble des détenus bénéficient d'un traitement de substitution.

Les pouvoirs publics visent à améliorer l'accès à la méthadone en la rendant accessible dans tous les établissements pénitentiaires. Une enquête menée auprès des UCSA et des DSP a mis en évidence une remarquable progression de l'accès à la méthadone. En effet, en 2006, 35% des détenus dépendants aux opiacés étaient pris en charge dans le cadre d'un TSO à base de méthadone, contre 22% en 2004. En 2010, cette proportion reste stable, environ deux tiers des détenus substitués le sont par buprénorphine haut dosage et un tiers par méthadone [24].

Bien que la buprénorphine soit le principal traitement prescrit en ville, ce n'est pas le cas en milieu carcéral. En effet, elle est potentiellement facile à détourner de son indication, pouvant être injectée ou sniffée. La méthadone, sous forme de sirop à ingérer ne se prêtant pas à ce genre de dérive, le Ministère de la Santé a autorisé en 2002 la primo-prescription de méthadone dans tous les établissements de santé, y compris dans les UCSA et les DSP [24].

Les UCSA et les DSP sont chargés de rendre accessible les dispositifs de prévention et de réduction des risques. Ils sont tenus de proposer un traitement de substitution à tous les individus dépendants aux opiacés, dès leur arrivée en prison. L'entretien avec le médecin lors de la visite médicale d'entrée obligatoire permet une évaluation de l'état de santé et des besoins du détenu. Il peut également orienter le patient vers les intervenants de psychiatrie [25].

3.2.2 Mise en place du programme d'ETP

La mise en place du programme d'ETP a été favorisée par une implication effective des équipes UCSA en ETP concernant les programmes Diabète et Hépatite C. L'équipe a souhaité élargir les thématiques aux addictions, très présentes en milieu pénitentiaire. Les addictions sont une problématique trouvant leur place à la fois au niveau psychique mais aussi au niveau somatique, permettant un travail transversal avec les équipes UCSA, DSP et CSAPA.

Etat des lieux

Les patients traités par méthadone représentent environ 50 personnes au 1^{er} décembre 2017. Il existe à la fois une méconnaissance, mais aussi des croyances dysfonctionnelles concernant la pathologie et le traitement. L'accompagnement des patients concernés requiert une articulation optimale entre collègues et partenaires (intra et extra).

La démarche

L'objectif principal étant d'améliorer l'accompagnement des patients détenus sous méthadone en proposant un programme d'ETP adapté et individualisé.

Les objectifs spécifiques sont :

- La recherche documentaire
- L'identification des besoins et des attentes des patients
- La mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire
- L'écriture d'un projet en vue d'une validation pour l'ARS Nord Pas-de-Calais
- La mise en place et l'évaluation des programmes

Etape 1 : la recherche documentaire

Apriori, à ce jour il n'existe pas de programme d'ETP validé en France.

Etape 2 : l'identification des besoins et des attentes des patients

Pour ce faire, un questionnaire est administré au cours de la distribution. Il porte sur l'histoire de la maladie, les consommations, le traitement, l'accompagnement existant ou non, la perception des effets secondaires, l'autoévaluation de la satisfaction et les attentes par rapport à l'accompagnement.

Lors des conclusions principales de l'enquête, il ressort un taux important de poly-consommations (cannabis, héroïne, cocaïne). Les patients ont majoritairement fait l'expérience de la reconsommation, il est alors intéressant d'aborder la prévention de la rechute. La durée des traitements est étalée dans le temps, il s'agit d'une pathologie chronique. Les patients perçoivent en moyenne quatre à cinq effets indésirables (prise de poids, dégradation de l'état dentaire, regard des autres...).

Pour une prise en charge idéale, les sujets interrogés souhaiteraient une prise en compte de la famille, se sentir plus fort face aux tentations, une équipe pluridisciplinaire prenant en compte la parole du patient, une meilleure autonomie et proposer des échanges entre patients grâce aux groupes de paroles.

Etape 3 : la mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire

Cela nécessite une formation progressive des équipes à l'ETP ainsi qu'un travail conjoint des différentes équipes de l'unité sanitaire. Sont impliqués :

- UCSA : médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, assistantes dentaires.
- DSP : infirmiers, éducateurs, psychologues, psychiatres.
- CSAPA : psychologues, assistantes sociales.

Etape 4 : l'écriture d'un projet en vue d'une validation pour l'ARS Nord Pas-de-Calais

« Prendre soin de moi avec la méthadone pour bien vivre avec mon addiction pendant et après ma détention »

Le programme s'organise sous forme de 4 modules.

Le chirurgien-dentiste agit au niveau de la séance 6 (module 2)

Etape 5 : la mise en place et l'évaluation des programmes

A la fin de la séance, une fiche sera distribuée à chaque patient afin d'évaluer l'atteinte des trois objectifs opératoires.

L'idée est que pour chaque patient, des entretiens individuels soient possibles ultérieurement. Ce travail constitue une porte d'entrée à une approche psychothérapeutique, plus personnelle et intime que ce que nous aurons abordé en ETP.

3.2.3 Contenu du programme

Le programme d'éducation thérapeutique s'intitule « *Prendre soin de moi avec la méthadone pour bien vivre avec mon addiction pendant et après ma détention* ». Il est composé de 4 modules, 13 séances au total. (Annexe 3)

Le module 1 « *Ce que je crois, ce que je sais et comment je représente ma maladie et mon traitement* ». Le but est de casser les idées reçues s'agissant des addictions et de la substitution.

Le module 2 « *prévenir les risques et les complications* ». Il s'intéresse à la gestion du traitement de façon adaptée ainsi qu'aux interactions médicamenteuses. Le chirurgien-dentiste et l'assistante dentaire interviennent afin d'accompagner le patient à une hygiène bucco-dentaire adaptée.

Le module 3 « *développer des stratégies adaptées pour prévenir les risques de rechute* ». Ce sont principalement les psychologues qui interviennent à ce niveau. Le chirurgien-dentiste y participe également en

aidant le patient à restaurer son image par le biais de forums avec différents ateliers : alimentation, activité physique, hygiène bucco-dentaire, socio-esthétique.

Le module 4 « *préparer ma sortie* ». Le patient est accompagné à la sortie de détention pour éviter les rechutes et améliorer sa qualité de vie.

3.2.4 La séance 6 « développer une hygiène dentaire adaptée »

La séance est divisée en deux séances :

Séance 6a : Avant la prise de méthadone

Séance 6b : Pendant et après la prise de méthadone

Elles sont intégrées au module 2 « *prévenir les risques et les complications* ».

3.2.4.1 Séance 6a

3.2.4.1.1 Déroulement de la séance

Le séance 6a s'organise en deux temps :

Au cours du **premier temps** de la séance, l'objectif est d'appréhender les conséquences de la consommation régulière de produits opiacés sur l'état bucco-dentaire et d'identifier les problèmes dentaires présents avant la prise de méthadone et liés à la consommation de stupéfiants.

Le patient est questionné : « *que ressentiez-vous au niveau bucco-dentaire avant la mise en place de la substitution ?* ». Des affirmations sous forme de témoignages ou de messages écrits au passé sont proposées. Les patients choisissent celles qui leurs correspondent, ils ont également la possibilité de proposer d'autres témoignages, la discussion est ouverte. (Annexe 4)

Le but est d'échanger et de mettre en avant des difficultés identifiées avant la mise en place de la substitution. Les réponses attendues sont : hyposialie, appel du sucre (fringale), carences alimentaires, hygiène dentaire défectueuse, douleurs masquées par les opiacés.

La douleur induite par le processus carieux est expliquée grâce à la dent magnétique (Fig. 4).



Figure 4 : Dent magnétique montrant les différents stades de la lésion carieuse.

Le **deuxième temps** de la séance porte sur la prévention du risque carieux au quotidien.

Le matériel nécessaire pour un entretien de la cavité buccale est présenté à l'aide d'un diaporama. La méthode de brossage, validée par l'UFSBD, est enseignée à l'aide d'une mâchoire de démonstration (Fig. 5).

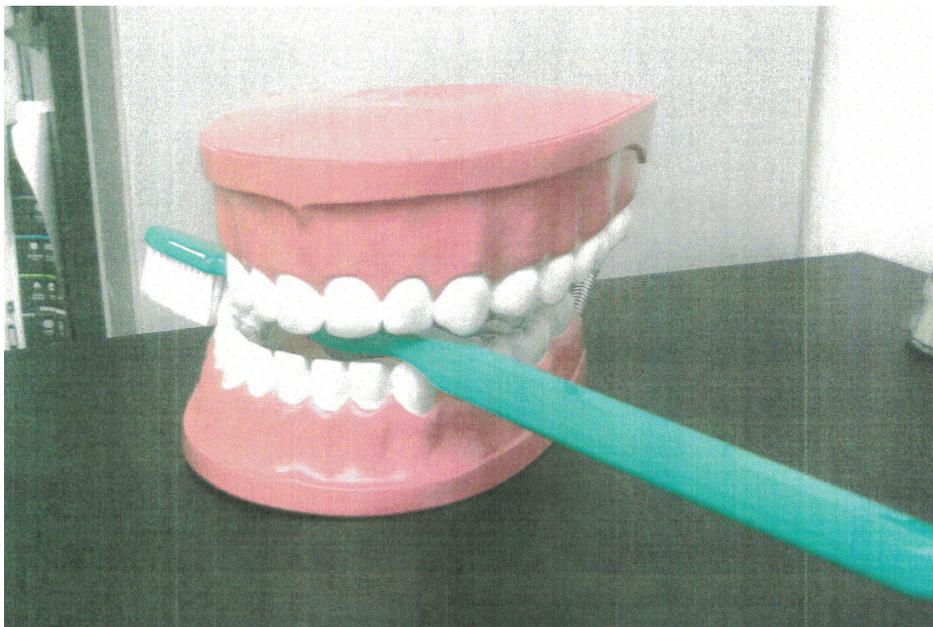


Figure 5 : Mâchoire de démonstration pour enseigner la méthode de brossage.

De plus, une vidéo présente l'intérêt du révélateur de plaque. A l'issue de la séance, des kits de brossage sont distribués et un rendez-vous au fauteuil est proposé pour réévaluer leur technique de brossage. (Annexe 5)

La fiche pédagogique de la séance 6a est référée en annexe. (Annexe 6)

3.2.4.1.2 Outils pédagogiques

- Tableau Velléda et tableau papier
- Feutres
- Stylos, scotch
- Feuilles
- Jeu « dent magnétique »
- Kits de brossage
- Révélateur de plaque
- Carnet de rendez-vous
- Diaporama
- Vidéo
- Mâchoire
- Jeu de témoignages

3.2.4.2 Séance 6b « pendant et après la méthadone »

Les formateurs ont pour objectifs de dédramatiser la prise de méthadone et de proposer une stratégie permettant de prévenir les risques de récurrence de carie. A la fin de la séance, le patient est capable d'évaluer l'évolution de son hygiène dentaire depuis la première séance mais également de comprendre le rôle de l'hygiène dentaire dans la prise en charge bucco-dentaire sous méthadone. Le patient sera aussi capable d'établir une stratégie de prévention de la carie, par exemple, promouvoir les soins dentaires et le matériel d'hygiène adapté. (Annexe 7)

3.2.4.2.1 Déroulement de la séance

Les participants et l'animateur échangent sur la séance précédente (6a), ils font le bilan sur l'évolution du brossage et leurs ressentis. L'animateur explique le contexte sucre / acide en s'appuyant sur un diaporama et d'une vidéo d'une dent plongée dans du Coca-Cola pendant plusieurs heures. Lors de la prise de méthadone, une conduite à tenir est proposée : rinçage à l'eau, attendre 30 minutes avant le brossage, boire à la paille. A la fin de la séance une fiche conseil est remise au patient. (Annexe 8)

3.2.4.2.2 Outils pédagogiques

- Un tableur papier et un tableau Velléda
- Des feutres effaçables et indélébiles
- Des stylos, du scotch
- Des feuilles
- Vidéo « les dents et le coca »
- Eau
- Gobelets
- Paille
- Fiche conseil au patient

Conclusion

La démarche d'éducation thérapeutique en milieu carcéral dégage un sentiment de satisfaction élevé, aussi bien de la part des soignants que des détenus. Les séances d'ETP renforcent le lien entre le soignant et le patient. Ces derniers sont très réceptifs et demandeurs.

En revanche, les contraintes inhérentes au milieu carcéral font qu'il est parfois difficile de mettre en application les conseils apportés lors de certaines séances éducatives, notamment sur le plan de l'alimentation et de l'activité physique. Par ailleurs, les séances collectives sont difficiles à mettre en place, en raison notamment de l'organisation de l'administration pénitentiaire et des impératifs sécuritaires. Les séances d'ETP doivent donc s'adapter aux conditions du milieu carcéral.

Le programme d'ETP concernant la méthadone est en cours de validation par l'ARS ; il n'a été que peu pratiqué mais il semble très prometteur. De nombreux patients sous traitement de substitutions aux opiacés s'interrogent sur le lien entre le traitement et leur état bucco-dentaire ; on constate une profonde méconnaissance du sujet.

Les outils pédagogiques et les campagnes de prévention à diffuser sur le canal vidéo interne pourraient être développés plus largement. La démarche d'ETP en milieu carcéral s'intègre dans le cadre d'une prise en charge globale du patient, déjà présente dans une unité de lieu et de temps, qui est facilitante.

Références bibliographiques

1. Abd-Elraheem SE, EL saeed A mohammed, Mansour HH. Salivary changes in type 2 diabetic patients. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev* [Internet]. avr 2017 [consulté le 25 juill 2017]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1871402117300978>
2. *Actualité et Dossiers en Santé Publique (ADSP)*. La santé en prison. sept 2003;(44):72.
3. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médicaux sociaux (ANAP). *La Loi HPST à l'hôpital. Les clés pour comprendre*. Paris; 2010.
4. Anagnostou F, Itri Jazouli L, Cohen N, Azogui-Lévy S. Maladies parodontales et état de santé général. *janv 2011*;6:1.
5. Bartold M. Dental problems in diabetes. *Australian Family Physician* Vol. 37, No. 7, July 2008.
6. Becart A, Cogo M. Etat bucco-dentaire du toxicomane et méthadone. *Le Flyer*. nov 2006;(26).
7. Becart-Robert A. Exercice de la chirurgie dentaire en milieu pénitentiaire. *EMC - Odontologie* 2014;9(3):1-8 [Article 23-844-A-10].
8. Becart-Robert A, Cogo M, Tournel G, Moutel G, Hédouin V, Gosset D. Activité dentaire à l'UCSA de Loos. Bilan de 9 années d'exercice. Communication orale : 4ème congrès des UCSA de l'Est. Nancy, octobre 2000.
9. Borgnakke WS, Ylöstalo PV, Taylor GW, Genco RJ. Effect of periodontal disease on diabetes: systematic review of epidemiologic observational evidence. *J Clin Periodontol*. avr 2013;40:S135-52.
10. Brondani M, Park P-E. Methadone and oral health - a brief review. *J Dent Hyg*. Mai 2011;85(2):92-8.
11. Carramolino-Cuéllar E, Lauritano D, Carinci F, Silvestre F-J, Hernandez-Mijares A. Salivary glucose as a metabolic control marker in patients with type 2 diabetes. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2017;31(2 Suppl 1):181-7.
12. Charbonnel B. La Loi sur l'éducation thérapeutique: où en sommes-nous ? *Médecine Mal Métaboliques*. Février 2010;4(1).
13. Collège des Médecins du Québec, Ordre des Pharmaciens du Québec. *Utilisation de la méthadone dans le traitement de la toxicomanie aux opiacés*. 1999.
14. Combessie P. *Sociologie de la prison*. 3e édition. Paris: La découverte; 2009. 128 p.
15. Dagonne C, Rangé H. Diabète et maladies parodontales. *Actual Odonto-*

Stomatol. mars 2014;(267):27-34.

16. Dehghan P, Dept. of Medical Mycology and Parasitology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran., Mohammadi F, Dept. of Medical Parasitology and Mycology, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran., Javaheri MR, Dept. of Medical Mycology and Parasitology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran., et al. Identification of Candida species in the oral cavity of diabetic patients. *Curr Med Mycol.* 1 juin 2016;2(2):0-0.

17. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient approche pédagogique. 4e édition. Paris: Maloine; 2011. 160 p.

18. D'Ivernois J-F, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : Approche pédagogique : L'école de Bobigny. 5e édition. Paris: Maloine; 2016. 155 p.

19. Guérin G. Guérin G. Contexte et genèse d'une réforme, dossier la santé en prison. *Actualité et dossier en santé publique* 2003;(44):18-20. 2003;

20. Haute Autorité de Santé (HAS), Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Guide méthodologique, structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques [Internet]. HAS, INPES. 2007 [consulté le 11 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf

21. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations en éducation thérapeutique du patient. Définitions, finalités et organisation [Internet]. HAS. 2007 [consulté le 11 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf

22. Haute Autorité de Santé (HAS). Éducation thérapeutique du patient : comment la proposer et la réaliser ? [Internet]. HAS. 2007 [consulté le 11 oct 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp.

23. Heinrich R, Kunzel W, Heinrich J. Tooth health and periodontal condition in adults with and without caries. *Oral prophylaxe.* 13(4):136-42.

24. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris: INSERM; 2012 p. 117-50.

25. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances. Traitement des dépendances en prison. Paris: INSERM; 2012 p. 537-55.

26. Ionescu O, Sonnet E, Roudaut N, Prédine-Hug F, Kerlan V. Signes buccaux de la pathologie endocrinienne. *Ann Endocrinol.* oct 2004;65(5):465.

27. Lacroix A, Assal J-P. L'éducation thérapeutique des patients, accompagner

les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches. 3e édition. Paris: Maloine; 2011. 220 p.

28. Laqueille X, Vazquez V. Aspects pharmacologiques et neurobiologiques de la méthadone dans le traitement des héroïnomanies. In: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. Elsevier; 2004 [consulté le 25 juill 2017]. p. 302–306. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448704000629>

29. Les acteurs concernés par l'éducation thérapeutique. Rev Mal Respir. avril 2002;19(2):257-0.

30. Lin C-C, Sun S-S, Kao A, Lee C-C. Impaired salivary function in patients with noninsulin-dependent diabetes mellitus with xerostomia. J Diabetes Complications. mars 2002;16(2):176-9.

31. Lintzeris N, Nielsen S. Benzodiazepines, Methadone and Buprenorphine: Interactions and Clinical Management: Benzodiazepine and OAT Interactions. Am J Addict. janv 2010;19(1):59-72.

32. Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire. Légifrance. [consulté le 11 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/11/24/2009-1436/jo/texte>

33. Lorenzo P. De l'éducation thérapeutique du patient en milieu pénitentiaire. Prat Organ Soins. 2008;39(1).

34. Marshall S-M, Flyvbjerg A. Marshall S M., Flyvbjerg A., Prevention and early detection of vascular complications of diabetes. BMJ. sept 2006;333(7566):475-80.

35. Mealey BL, Ocampo GL. Diabetes mellitus and periodontal disease. Periodontol 2000. 2007;44(1):127–153.

36. Michel L. Traitements de substitution aux opiacés : état des lieux du point de vue du médecin. Ann Pharm Fr. sept 2009;67(5):369-73.

37. Ministère de la justice, Ministère des affaires sociales et de la santé (2012-....). Prise en charge sanitaire des personnes placées sous les mains de la justice: guide méthodologique. Paris: Ministère de la justice : Ministère des affaires sociales et de la santé; 2012.

38. Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, Direction générale de la santé, Girard J-F. Circulaire DGS/SP3/95 n°29 du 31 mars 1995 relative au traitement de substitution pour les toxicomanes dépendants aux opiacés : Circulaire dite « Girard ».

39. Orphelin D. Spécificité de l'odontologie hospitalière en milieu carcéral. Actual Odonto-Stomatol. juin 2013;(263):4-7.

40. Pachabézian V. Délabrement dentaire et usage de drogues vus par les études scientifiques. Swaps. 2009;(54).

41. Pesci-Bardon C, Prêcheur I. Conduites addictives: tabac, alcool, psychotropes et drogues illicites. Impacts sur la santé buccodentaire. EMC Elsevier Masson SAS Paris Médecine Buccale. 2011;28–915.
42. Ravindran R. Estimation of Salivary Glucose and Glycogen Content in Exfoliated Buccal Mucosal Cells of Patients with Type II Diabetes Mellitus. J Clin Diagn Res [Internet]. 2015 [consulté le 25 juill 2017]; Disponible sur: http://jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2015&volume=9&issue=5&page=ZC089&issn=0973-709x&id=5971
43. Regnault N, Chantry M, Azogui-Lévi S, Fosse-Edorh S. Connaissances et pratiques en termes de santé bucco-dentaire chez les personnes diabétiques de type 2 dans l'étude ENTRED 2007. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(30-31):514-21.
44. Ship JA. Diabetes and oral health: an overview. J Am Dent Assoc. 2003;134:4S–10S.
45. Simon D, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A, Traynard P-Y. Éducation thérapeutique: Prévention et maladies chroniques. 3e édition. Elsevier Masson; 2013. 400 p.
46. Soell M, Hassan M, Miliauskaite A, Haikel Y, Selimovic D. The oral cavity of elderly patients in diabetes. Diabetes Metab. 2007;33:S10–S18.
47. Szymczak V, Defief P. Contexte politique et juridique de l'éducation du patient. Villeneuve d'Ascq, CERFEP - Carsat Nord Picardie, Septembre 2016 [Internet]. [consulté le 12 janv 2017]. Disponible sur: http://www.carsat-nordpicardie.fr/attachments/article/7/ContextePolitiqueJuridiqueETP_Sept2016.pdf
48. Taylor G, Borgnakke W. Periodontal disease: associations with diabetes, glycemic control and complications. Oral Dis. avr 2008;14(3):191-203.
49. Ternois M. La bouche: un miroir du diabète. Presse Médicale [Internet]. 2017 [consulté le 25 juill 2017]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498217301537>
50. World Health Organization, Centre for Health Development. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Kobe : WHO ; 2004.
51. World Health Organization. Skills for health. Geneva : WHO ; 2003.

Table des illustrations

Tableaux

Tableau 1 : Les principales manifestations buccales du diabète [48].....36

Tableau 2 : Les éléments constitutifs du dossier d'éducation thérapeutique....42

Figures

Figure 1 : Diabète et pathologies buccales, les mécanismes simplifiés de la relation à double sens [48]39

Figure 2 : Radiographie panoramique montrant le niveau osseux d'un parodonte sain (image personnelle).....45

Figure 3 : Radiographie panoramique d'un sujet porteur d'une parodontite chronique généralisée, l'os a été détruit de manière irréversible (image personnelle).....45

Figure 4 : Dent magnétique montrant les différents stades de la lésion carieuse.....56

Figure 5 : Mâchoire de démonstration pour enseigner la méthode de brossage.....57

Annexes

Annexe 1 : Bilan dentaire « arrivant »



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

BILAN DENTAIRE ARRIVANT

Etiquette :	Praticien :
-------------	-------------

Date de l'examen : __ / __ / ____
Date de la panoramique : __ / __ / ____

Bilan arrivant : accepte
 refuse

Soins : accepte
 refuse

CHIRURGIEN-DENTISTE TRAITANT : extérieur U.C.S.A

Date de dernière visite :

LANGUE PARLÉE :

COUVERTURE SOCIALE : renseignée
 à mettre à jour

▪ **ANTECEDENTS :**

ANTECEDENTS importants pour actes dentaires :.....
.....
.....

TRAITEMENTS importants pour actes dentaires :.....
.....
.....

ALLERGIES :.....

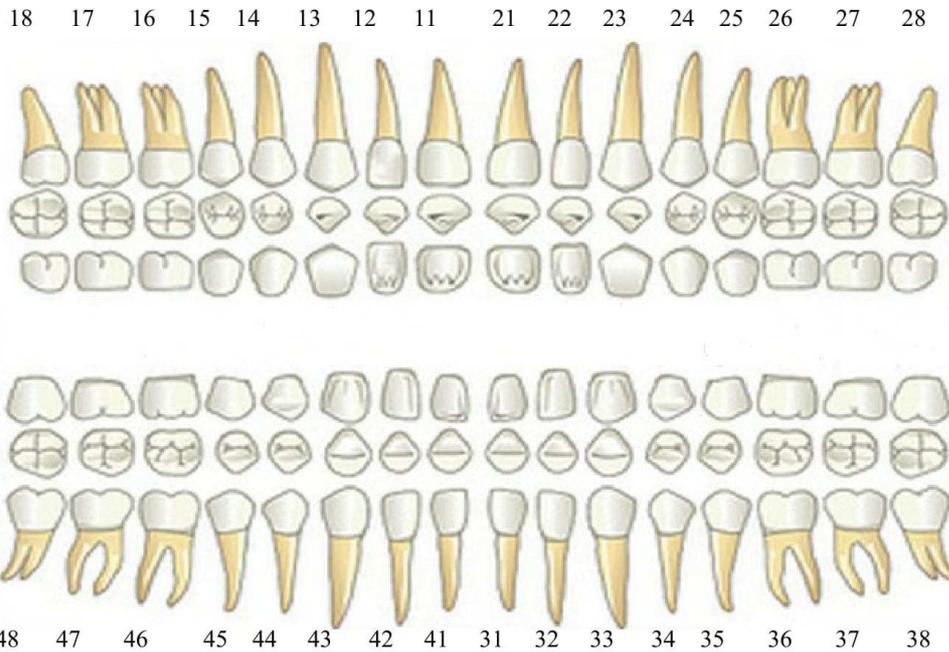
tabac alcool toxiques, médicaments

▪ **EXAMEN CLINIQUE :**

EXAMEN DES MUQUEUSES :

EXAMEN DE LA LANGUE :

EXAMEN DENTAIRE : Indice de douleur EVA (0 à 10) =



EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

BILAN PARODONTAL :

Hygiène bucco-dentaire :Habitudes de brossage :

Gencives : Gingivite Parodontite Mobilités :Sensibilité :

OCCLUSION : Bruxisme

.....

PROTHESES :

AMOVIBLES :

Existantes Portées/ Non Portées

Adaptées/ non adaptées.....

Types :

FIXES :

Existantes

Coefficient masticoaire = %

2	5	5	3	3	4	1	2	2	1	4	3	3	5	5	2
3	5	5	3	3	4	1	1	1	1	4	3	3	5	5	3

COMPTE-RENDU PANORAMIQUE :

ATM :Sinus maxillaires :

Lésions apicales :

Dents de Sagesse :

Radio-opacités / clartés :

Prothèse :

Autres :

.....
.....
.....
.....
.....

▪ **PLAN DE TRAITEMENT :**

URGENCES :.....
.....
Prescription :.....

EXTRACTIONS :.....
.....
.....

SOINS :.....
.....
.....

PROTHESES :
Amovibles.....
Adjonctions.....
Fixes.....

PARODONTAL :.....
Détartrage :.....

HYGIENE :.....
Technique de brossage

Accepte le plan de traitement :

Oui **Non**

Annexe 2 : Fiche pédagogique séance 6, programme « diabète »

FICHE PEDAGOGIQUE

ACQUERIR ET PERENISER UNE AUTONOMIE VIS-A-VIS DE SON DIABETE EN TENANT COMPTE DES CONTRAINTES CARCERALES

Séance 6 : adapter son suivi dentaire en fonction du diabète

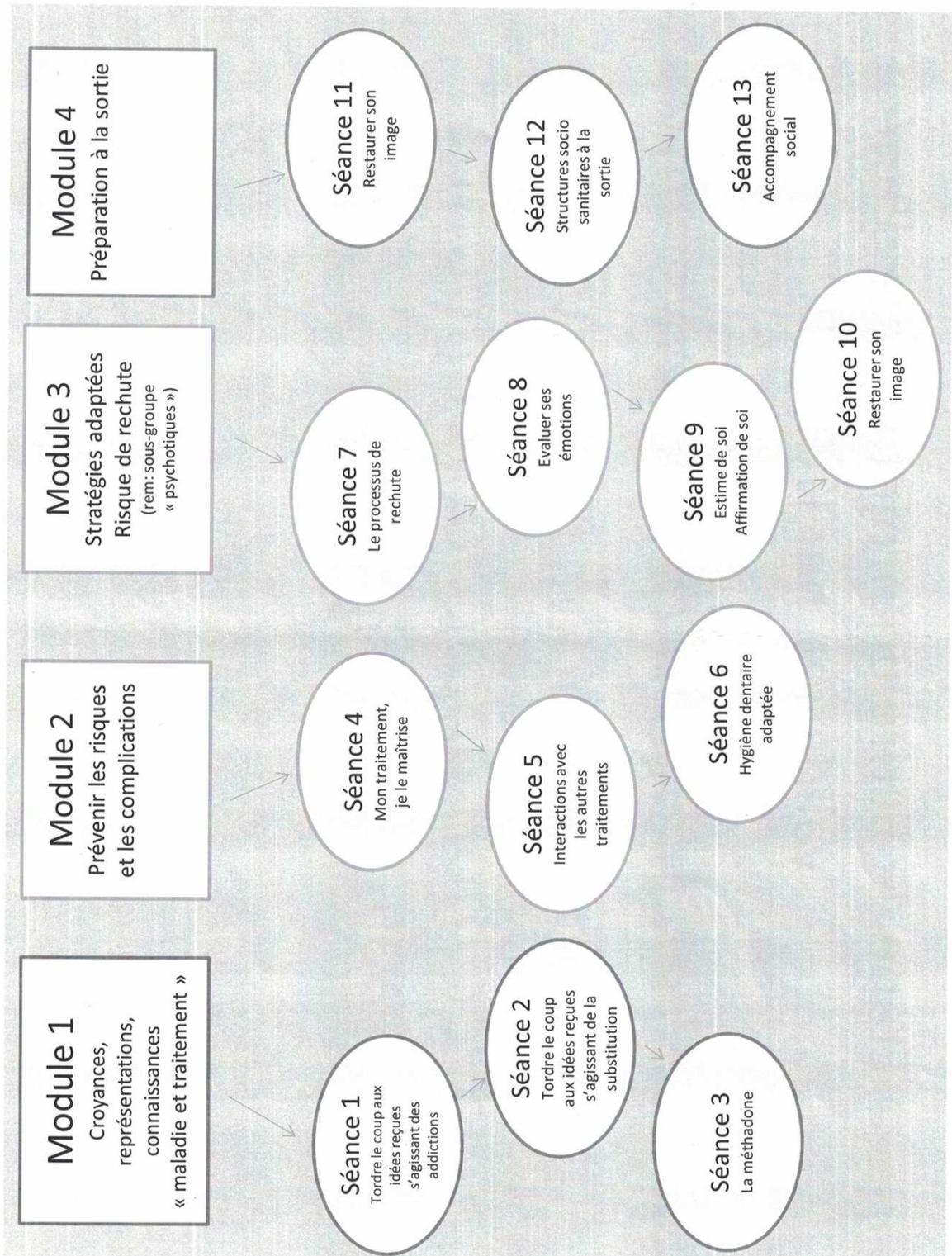
Durée totale de la séance : 70 min

Le temps de présentation de la séance est d'environ 5mn sur le temps total de la séance

Les formateurs ont pour objectifs	Les objectifs opératoires de la séance, le patient sera capable de :	Les contenus de la séance	Méthode/technique Outils+ supports	timing
Faciliter la prise de conscience du lien entre diabète, dégradation de l'état dentaire et conséquences nutritionnelles.	-Définir la parodontite. -Citer les signes de la parodontite. -Reconnaitre les signes d'infections parodontales. -Identifier les conséquences du diabète sur les dents et les répercussions sur l'alimentation.	-Définition d'une parodontite -les saignements -les mobilités -les abcès parodontaux -Relations de cause à effet : diabète / parodontite -Conséquences nutritionnelles.	Méthode active -Panoramique dentaire -diaporama	30 min
Promouvoir les soins dentaires.	-comprendre l'intérêt d'un suivi régulier. -Assimiler les conseils	-Description du suivi dentaire. -Conseils d'hygiène.	Méthode active -présentation du matériel adapté. -liste des marques disponibles en milieu carcéral et à l'extérieur	20 min
Accompagner le patient détenant un brosse à dents en adéquation avec l'UFSBD.	Se brosser les dents selon les recommandations de l'UFSBD	Apprentissage de la méthode	Méthode active -grosse mâchoire. -brosse à dent - distribution d'échantillons et plaquettes informatives	15 min

Message clé : parodontite, motivation (régularité), brosseage.
UFSBD : Union Française des Soins Bucco-dentaires

Annexe 3 : Vue globale du programme « méthadone »



Jeu des témoignages

Me brosser les dents me soulageait

J'avais la bouche sèche

Je ne pensais jamais à me brosser les dents

J'allais au moins une fois par an chez le dentiste

J'avais mal grave

Je n'avais jamais mal aux dents

Je testais ma drogue sur mes dents

Mes dents se cassaient

Je brossais mes dents 3 fois par jour

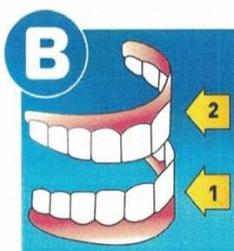
J'avais mauvaise haleine

J'avais les gencives gonflées

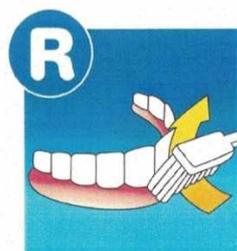
Mes gencives saignaient

Annexe 5 : Méthode de brossage « BROS » enseignée par l'UFSBD

À partir de 6 ans La méthode B.R.O.S.



Brossiez haut et bas séparément



Rouleau ou mouvement rotatif pour brosser dents et gencives du rose vers le blanc



Oblique : on incline la brosse à 45° sur la gencive



Suivez un trajet pour faire le tour de toutes les dents sans oublier le dessus

Annexe 6 : Fiche pédagogique de la séance 6a, programme « méthadone »

FICHE PEDAGOGIQUE

DEVELOPPER UNE HYGIENE DENTAIRE ADAPTEE

Séance 6a : Avant la Méthadone

Durée totale de la séance : 45

Le temps de présentation de la séance est d'environ 5 mn sur le temps total de la séance.

Les formateurs ont pour objectifs	Les objectifs opératoires de la séance, le patient sera capable de :	Les contenus de la séance	Méthodes /techniques Outils + supports	Timing
<p>Appréhender les conséquences de la consommation régulière de produits opiacés sur l'état bucco-dentaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les problèmes dentaires présents avant la prise de Méthadone et liés à la consommation de stupéfiants : <ul style="list-style-type: none"> -hyposialie - appel du sucre (fringale) - carences alimentaires - hygiène dentaire déféctueuse : abandon / excès - test pureté cocaïne - douleurs masquées par les opiacés • Prévenir le risque carieux au quotidien 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître les signes bucco-dentaires liés à la prise de stupéfiants. • Connaître le processus carieux induit (support magnétique). • Appliquer une technique de brossage reconnue par l'UFSBD. • Grosse mâchoire. • Diaporama. • Jeu de témoignages. 	<ul style="list-style-type: none"> • Question : « Que ressentez-vous au niveau bucco-dentaire avant la mise en place de la substitution ? » - Proposer des affirmations sous forme de témoignages ou de messages écrits au passé. - Les patients choisissent celles qui leur correspondent. - Ils ont la possibilité de proposer d'autres témoignages - Discussion ouverte, proposition de nouvelles affirmations. • Echanger et mettre en avant des difficultés identifiées avant la mise en place de la substitution. • Explication du processus carieux induit via la dent magnétique : pourquoi il y a douleur ou non. 	45 mn
			<ul style="list-style-type: none"> • Méthode de brossage pour prévenir le risque carieux : <ul style="list-style-type: none"> -Présentation du matériel (diaporama). -Méthode de brossage (grosse mâchoire). • Utilisation du révélateur de plaque : <ul style="list-style-type: none"> -Vidéo. -Distribution d'un kit brosse à dent + dentifrice + pastille révélateur : choix de tester sur place ou en cellule. • Prise de rdv individuel au cabinet pour réévaluer le brossage. 	

Annexe 7 : Fiche pédagogique de la séance 6b, programme « méthadone »

DEVELOPPER UNE HYGIENE DENTAIRE ADAPTEE

Séance 6b : Pendant et après la Méthadone

Durée totale de la séance : 45 minutes

Cette séance est proposée 15 jours après la séance précédente.

Le temps de présentation de la séance est d'environ 5 mn sur le temps total de la séance

Les formateurs ont pour objectifs	Les objectifs opératoires de la séance, le patient sera capable de :	Les contenus de la séance	Méthodes /techniques Outils + supports	Timing
<p>Déramatiser la prise de Méthadone.</p> <p>Proposer une stratégie permettant de prévenir les risques de récurrence de caries.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer l'évolution de son hygiène dentaire depuis la première séance. Comprendre le rôle de l'hygiène dentaire dans la prise en charge bucco-dentaire sous méthadone : « la méthadone n'est ni un frein ni une excuse ». Etablir une stratégie de prévention de la carie adaptée : <ul style="list-style-type: none"> -Préférer les gélules au sirop. -Promouvoir les soins dentaires et les matériels d'hygiène disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> Communiquer sur leur propre expérience depuis la séance précédente. Conseils lors de la prise de méthadone en sirop, produit sucré++. Diaporama / informations. Prendre conscience de l'importance d'un suivi régulier 1 à 2 x par an 	<ul style="list-style-type: none"> Echanger sur la séance 6a et faire un bilan sur l'évolution du brossage et leurs ressentis. Attention : ne pas juger ! -Qui a fait le test du révélateur de plaque ? -Pourquoi l'avez-vous utilisé ? -Faire un bilan sur l'évolution du brossage et leur ressenti. Expliquer le contexte : Sucre / Acidité : -La méthadone est un produit sucré qui augmente l'acidité en bouche. -Le contact avec des dents déjà fragilisées par la carie aggrave les problèmes dentaires existants. Visualiser ce contexte à l'aide d'une vidéo : dent au contact du coca (effet de l'acidité + sucre sur les dents). Etablir une conduite à tenir lors de la prise de Méthadone (démonstration si nécessaire) : <ul style="list-style-type: none"> - Rincage à l'eau++. - Attendre 30 minutes avant brossage. - Diminuer le contact du produit sur les dents : proposition d'une paille. Remettre une fiche conseil au patient. 	45 mn

Annexe 8 : Fiche patient, programme « méthadone »

FICHE PATIENT



1. MATERIEL

- Brosse à dent souple (électrique ou manuelle)
- Dentifrice adapté :
 - saignements.....*parodontax, etc*
 - sensibilités.....*elmex sensitive, sensodyne, etc*
 - caries*fluocaril, colgate, signal, etc*
 - déchaussement.....*arthrodont, etc*
- Brossette interdentaire
- Fil dentaire
- Bain de Bouche sur avis du chirurgien-dentiste

2. CONTROLE

Au moins tous les six mois chez son chirurgien-dentiste

3. BROSSAGE CORRECT

- Avec matériel adapté
- 2 à 3 fois par jour après les repas
- privilégier le brossage du soir

4. PRISE DE METHADONE

- Utilisation d'une paille ?
- Diluer la méthadone avec de l'eau
- Jus d'orange sucré si nécessaire, dans la foulée
- Brossage 30 minutes après

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) en milieu carcéral. Etat des lieux au sein du cabinet dentaire dans l'établissement pénitentiaire de Lille-Sequedin.
/ **Ludovic BLANCHARD.** – p.77. : ill. 7 ; réf. 51.

Domaines : Prévention

Mots clés Rameau: Education des patients ; Traitement par la méthadone ; Diabètes

Mots clés FMeSH: Education en santé dentaire ; Traitement de substitution aux opiacés ; Méthadone ; Diabète

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est une pratique de santé relativement récente qui vise à aider le patient à acquérir ou maintenir les compétences dont il a besoin pour vivre avec sa maladie.

L'exercice de la chirurgie dentaire en milieu carcéral a profondément été réformé depuis la loi du 18 janvier 1994, notamment par la création des Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA). Les moyens humains et techniques ont ainsi permis d'assurer une meilleure prise en charge des patients détenus et de développer davantage la prévention. Bien que le patient détenu soit considéré comme n'importe quel autre patient, sa prise en charge relève de quelques spécificités propres au milieu carcéral. Cette population présente un état bucco-dentaire fortement dégradé dans un contexte de précarité, de toxicomanie et de méconnaissances, largement représentés. La mise en place de programmes d'ETP semble, dès lors, indispensable. La démarche d'ETP trouve largement sa place en milieu carcéral et s'intègre dans le cadre d'une prise en charge globale du patient.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Etienne DEVEAUX
Assesseurs : Madame le Docteur Anne BECART
Monsieur le Docteur Thomas TRENTESAUX
Madame le Docteur Alessandra BLAIZOT