

COLLOQUE

organisé par le RESPADD
et l'URPS Chirurgiens-Dentistes
des Hauts-de-France

Avec le soutien de l'ARS Hauts-de-France

JEUDI

1^{er} DÉCEMBRE

2022

PROGRAMME

SANTÉ ORALE ET ADDICTIONS

RÉGION

Hauts-de-France



LILLE

SALLE INKERMAN

5 rue Gauthier de Châtillon
59000 Lille

Informations et inscriptions :
www.respadd.org



Table des matières

OUVERTURE.....	3
TABLE RONDE - ADDICTIONS ET SANTÉ ORALE : RETOURS D'EXPÉRIENCES.....	5
PLÉNIÈRE - SANTÉ ORALE ET ADDICTIONS : AGIR EN TRANSVERSALITÉ.....	13
TABLE RONDE - DU REPÉRAGE À LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME PAR LES CHIRURGIENS-DENTISTES.....	15
CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	22

OUVERTURE

Marie BISERTE, URPS Chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France

Marie BISERTE se présente comme médecin et vice-présidente de l'Union régionale des professionnels de santé pour les chirurgiens-dentistes (URPS). L'URPS travaille depuis un certain temps avec le RESPADD et Hauts-de-France Addictions sur les projets liés au sevrage tabagique et à l'addictologie.

À titre personnel, elle indique être arrivée dans le domaine de la santé et du syndicalisme par l'addictologie. De fait, il s'agit des éléments fondateurs du comportement de santé. L'objectif de cette journée est d'en faire une traduction et de donner des outils pour accompagner les patients vers la réduction du risque tabagique ou le sevrage.

Elle adresse ses remerciements à l'ARS de sa très aimable contribution à cette journée. Elle remercie également les intervenants régionaux d'avoir fait le déplacement.

Audrey JOLY, Agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France

Audrey JOLY se dit très heureuse d'ouvrir le Colloque Santé orale et addictions. Elle représente Monsieur Hugo GILARDI, Directeur général de l'ARS Hauts-de-France, qui s'excuse pour son absence aujourd'hui. Elle remercie par ailleurs le RESPADD et l'URPS pour la mise en place de cette journée qui est soutenue par l'Agence à plusieurs titres. Un axe fort porte sur l'amélioration de l'accompagnement, la prévention et la prise en charge des conduites addictives dans la région. Il s'agit d'un axe prioritaire du Projet régional de santé (PRS) 2018-2028, car les indicateurs socio-sanitaires sont très défavorables. Par ailleurs, l'axe de travail sur les addictions illustre l'enjeu fort du PRS sur les publics en situation de vulnérabilité. La stratégie du parcours Addiction repose sur 5 axes :

- La prévention : améliorer la prévention des conduites addictives et des conduites à risque, en particulier auprès de publics vulnérables. Les publics prioritaires identifiés dans le PRS sont les jeunes, les femmes, les femmes enceintes, les personnes en situation de précarité, les personnes en situation de handicap et les personnes sous main de justice ;
- L'amélioration de l'accès et du recours au dispositif d'accompagnement et de prise en charge des conduites addictives ;
- L'accélération du virage ambulatoire : optimiser les prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète ;
- La réduction des risques et des dommages : ce concept existe déjà depuis très longtemps, mais il reste beaucoup à faire en termes de culture commune.
- Conforter les compétences des professionnels de santé et des acteurs de proximité sur la thématique des addictions.

Un focus sur la politique tabac est proposé. Les Hauts-de-France font partie des 3 régions où l'on fume le plus. La prévalence du tabagisme quotidien est à 30,5 % contre 26,9 % en France entière (données 2017) et est caractérisée par un fort gradient social. Près de 40 % des personnes en situation sociale fragile sur le plan du revenu et de l'emploi fument, contre 22 % au niveau de la France. On constate également une consommation plus intensive, un niveau de dépendance plus élevé et un nombre plus faible de tentatives d'arrêt. Il faut ajouter à cela la proximité avec la Belgique où le prix du tabac est moins élevé. Il y a un fort impact du tabac en termes de mortalité par cancer. Toutefois, il y a des signes encourageants. Les fumeurs de moins de 17 ans sont moins nombreux en Hauts-de-France (23,7 % contre 25,1 %), mais leur consommation est plus intensive qu'en France entière. En 2021, pour les femmes enceintes, la prévalence est de 17,1 % contre 12,2 % au niveau national (données 2021). Bien

que supérieure à la moyenne nationale, la prévalence est en baisse de 6 % en 5 ans contre 4 % en France entière. L'ambition est que les enfants nés en 2014 deviennent une génération sans tabac en 2032. Pour mettre en œuvre cette politique, l'ensemble des professionnels doit se mobiliser. À l'avenir, l'ARS continuera à les soutenir. En soutien aux professionnels qui sont autorisés à prescrire des traitements substitutifs nicotiques, l'Agence finance l'association Hauts-de-France Addictions pour mettre en place des outils, via des sessions de formation, des webinaires et d'actions variées sur le tabac.

Marianne HOCHET, RESPADD

Marianne HOCHET remercie Audrey JOLY pour ces éléments de rappel. Elle exerce en tant que responsable ressources et développement au RESPADD. Le RESPADD est le Réseau des Établissements de Santé pour la Prévention des Addictions, une association nationale créée en 1995, conjointement par l'APHP et la MNH. L'association fédère environ un tiers de l'offre de soins en France. Ses objectifs sont d'outiller les professionnels pour qu'ils puissent repérer les comportements à risques, prendre en charge et orienter au mieux les usagers. Des formations sont également proposées. Par ailleurs, le RESPADD coordonne la stratégie nationale « Lieu de santé sans tabac » en lien avec Hauts-de-France Addictions, qui contribue à son déploiement au niveau régional.

Dès 2011, la MILDT¹ avait financé le RESPADD pour proposer une formation-action. L'idée était de développer un module de formation sur la thématique des addictions adaptée aux chirurgiens-dentistes et de compléter cette formation au fil de sa mise en place. Un site internet avait été construit pour évoquer les addictions de manière large et notamment le tabac et l'alcool qui restent les deux substances les plus prévalentes.

En 2018, ces actions ont été reprises à destination des chirurgiens-dentistes puisqu'ils peuvent prescrire des substituts nicotiques. Pour se faire, le RESPADD s'est engagé dans un programme soutenu par la Direction générale de la santé (DGS). Ce programme comprend de la formation initiale auprès des étudiants en faculté d'odontologie, en amont de leur prise de poste. Un état des lieux sur l'intervention des chirurgiens-dentistes en structure d'addictologie et sur leur légitimité à prescrire et à accompagner les fumeurs a été réalisé. En parallèle, un guide pratique a été publié à destination des professionnels du champ de la santé orale.

Le 2 décembre 2021, un colloque national a été organisé sur la thématique « Santé orale et addictions ». À la suite de ce colloque national, une réflexion a été menée sur une déclinaison régionale. Ainsi, un colloque a été organisé sur l'île de La Réunion en novembre 2022. L'URPS et le RESPADD ont souhaité apporter aujourd'hui un regard croisé sur la thématique de l'addictologie et de la santé orale ainsi que des bonnes pratiques pour aider à la prise en charge conjointe de ces deux thématiques.

Marianne HOCHET remercie l'ARS pour leur présence et leur soutien pour le bon déroulé de la journée et sa légitimité. Elle remercie également l'URPS pour le travail mené conjointement depuis un an. Cet évènement devrait ouvrir d'autres perspectives. Enfin, elle adresse des remerciements à Myriam ARSALANE qui a participé à l'organisation de cette journée.

Marie BISERTE explique que des confrères venant d'horizons différents interviendront aujourd'hui. Deux patients-experts sont également présents. De fait, la parole de l'utilisateur est importante à

¹ Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, devenue en 2014 la MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives).

entendre. En addictologie, il y a une certaine philosophie dans l'approche systémique du patient. En ce sens, les interactions avec les intervenants sont souhaitables.

TABLE RONDE - ADDICTIONS ET SANTÉ ORALE : RETOURS D'EXPÉRIENCES

➤ **Discutante : Marianne HOCHET**

François WEMEAU, chirurgien-dentiste, Calais

François WEMEAU se présente comme le chef d'un service de chirurgie orale et de médecine bucco-dentaire à Calais. Une étude avait été menée en milieu pénitentiaire où se trouvent incarcérés de nombreux consommateurs. Généralement, ils sont poly-consommateurs. Le projet a été repris, il y a peu de temps, par le docteur DAMBRY, addictologue à Calais.

La notion d'addiction est connue depuis 1990. Elle est liée à la notion de production de plaisir par l'utilisation d'une substance, avec malgré tout une connaissance des conséquences négatives. La toxicomanie est une dépendance physique et psychologique à l'utilisation de différents psychotropes et stimulants. Selon l'OMS, cela emporte une envie irrésistible de consommation, un phénomène de tolérance, une dépendance psychique et parfois physique et des conséquences néfastes au niveau de la vie quotidienne. En France, environ 300 000 toxicomanes ont été répertoriés. La substance la plus fréquemment rencontrée est le cannabis, viennent ensuite l'héroïne et la cocaïne. L'usage du crack est en augmentation depuis le confinement, en particulier à Paris.

Si ces substances sont fumées, les traitements de substitution les plus classiques sont la méthadone (sirop ou gélule) et le Subutex. La méthadone est plus agressive au niveau dentaire, du fait de la teneur en sucre et de sa capacité d'adhérence. Toutefois, le mode d'administration est plus compliqué, ce qui implique un suivi plus contraignant. Le Subutex peut être détourné pour des trafics ou des mésusages. L'alcool et le tabac sont également addictifs et entraînent des répercussions au niveau dentaire. L'utilisation de ces drogues entraîne une altération de l'haleine, une modification de la salive (xérostomie, hyposialie et mycoses buccales) et des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS). Le goût est également altéré avec une appétence pour une alimentation très sucrée. Le parodonte est dégradé. Les risques de cancers sont plus élevés (tabac, alcool et cannabis).

Dans une étude de 1973, Lowenthal avait présenté des caries cervicales qui pouvaient être pathognomoniques d'une consommation de produits toxiques. Sauf erreur, cette étude n'a jamais été reconfirmée depuis 1973. Il semble qu'elles soient pour le moins évocatrices de toxiques. Parfois, ces signes peuvent être associés à d'autres types de problèmes. Les soins dentaires sont évocateurs de la prise de ces différents toxiques.

Différents exemples de dentitions sont présentés en fonction des substances utilisées.

Les personnes dépendantes sont en général très sensibles à l'esthétique. Ainsi, les dents postérieures ne seront pas soignées et les douleurs seront volontairement négligées. Le fait de ne plus avoir de molaires crée une sollicitation plus importante des dents antérieures avec des signes d'abrasion beaucoup plus sévères. La demande de restauration est plus importante pour les dents antérieures.

Les caries vestibulaires sont liées à la prise de toxiques, à l'hygiène bucco-dentaire et l'usage de substances acides. L'utilisation de la cocaïne au niveau de la gencive entraîne un défaut de l'efficacité

des anesthésiques. De par la prise de produits de substitution ou de par les antécédents de toxicomanie, le métabolisme de l'organisme est plus rapide, ce qui entraîne une élimination très rapide des anesthésiques locaux en anesthésie générale ou locale.

La cellulite dentaire liée à la prise de méthadone doit être traitée en urgence. Une patiente sortant de maison d'arrêt a dû être opérée rapidement. Elle faisait par ailleurs un déni de grossesse et a dû accoucher sous X. Pour ce type de population, il convient de travailler avec tous les autres professionnels de santé pour prendre en charge correctement les patients. Au niveau de la population toxicomane, il ne faut pas non plus négliger les risques oslériens. Lorsqu'un consommateur est identifié, il y a un risque infectieux au niveau dentaire et au niveau cardiaque.

La prise de Dépakine entraîne une hyperplasie gingivale. Les signes dentaires ne sont donc pas nécessairement liés à la toxicomanie. Une patiente anorexique qui se fait vomir régulièrement peut présenter des signes dentaires identiques à ceux des toxicomanes. La radiothérapie peut entraîner des caries post-radiques (dents d'ébène) qui ne sont pas nécessairement en lien avec des addictions.

Marie BISERTE retient de cette présentation les raisons multifactorielles de la carie, certainement en lien avec la précarité et l'hygiène bucco-dentaire du patient.

Elle souligne que la population toxicomane a une prévalence majorée d'hépatite C. Dans l'hépatite C, il peut y avoir un syndrome de Gougerot Sjögren - sécheresse buccale et oculaire - qui favorise les caries. La question est de savoir si les professionnels se posent encore la question de l'hépatite C dans leurs diagnostics.

François WEMEAU souligne que la sérologie a son importance dans le diagnostic pour détecter d'autres pathologies. Un patient positif au VIH est venu consulter sous l'emprise de toxiques. Une prise de sang a permis de déterminer qu'il était également positif à l'hépatite C.

Marie BISERTE fait observer que la potentialité d'avoir des patients séropositifs était auparavant considérée comme un frein aux soins. Elle estime que tout patient est potentiellement séropositif. 40 % des patients positifs à l'hépatite C ne savent même pas qu'ils sont malades. Dans les protocoles d'hygiène et d'asepsie au cabinet, il est tout à fait possible de recevoir des patients séropositifs. Dans le *testing*² réalisé par l'association AIDES, le fait de les accueillir en fin de journée était considéré comme discriminatoire. Or, cela peut être rassurant dans la prise en charge des autres patients.

Une intervenante assure s'être retrouvée au Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes pour avoir choisi de recevoir un patient séropositif en fin de journée. Sa décision n'a pas été comprise par le Conseil et elle a été sommée de s'expliquer devant le patient.

Marie BISERTE souligne que le but de cette journée est de parler des représentations sociales, des comportements de santé des patients et des postures des professionnels de santé. Dans la profession, les personnes qui sont chargées d'arbitrer ne connaissent pas toujours le sujet et cette posture est pernicieuse. Pour des spécialistes comme le Professeur Philippe Jean Parquet, père fondateur de l'addictologie et le Docteur Bertrand RIFF, médecin généraliste et président de COREVIH, cela est tout à fait légitime.

Un intervenant souligne que ces populations de toxicomanes sont beaucoup plus difficiles à soigner que d'autres. Les traitements des caries au collet sont les plus longs et compliqués à traiter. La question de la récurrence se pose dans l'efficacité du traitement.

² Testing téléphonique réalisé par l'association AIDES en 2015 auprès de 440 chirurgiens-dentistes de 20 villes françaises. L'enquête révélait qu'un tiers des chirurgiens-dentistes refuse des patients séropositifs en cabinet.

François WEMEAU abonde en ce sens. La persistance de la consommation ou la prise d'un traitement de substitution entraîne des cas de récives. Il faut analyser le bénéfice-risque pour le patient. Cela passe par l'éradication du problème infectieux ou douloureux. Parfois, en tant que professionnel, il faut être réaliste et plus radical dans les soins à apporter. Pour certains patients avec antécédents, la restauration bucco-dentaire est bonne quand ils sortent du système vicieux.

Un intervenant pensait que les caries au collet des toxicomanes étaient principalement dues à l'application topique des substituts au niveau des gencives.

François WEMEAU explique que les causes sont multifactorielles. Le mode d'administration joue un rôle dans l'apparition des caries de même que la sécheresse buccale. Pour ce type de population, le type d'alimentation rentre également en compte.

Le même intervenant demande s'il est envisagé de limiter la prescription de substituts sous forme de sirop, sachant que les gélules ou les comprimés ont la même efficacité. Par ailleurs, il souhaite savoir si la prescription de l'antibioprophylaxie est systématisée en cas d'extraction pour éviter le risque oslérien, sachant qu'il n'est pas possible de le quantifier.

François WEMEAU discute fréquemment avec les addictologues sur le mode de substitution. Chacun a sa manière de faire. Les chirurgiens-dentistes préconisent un brossage dans les 20 minutes qui suivent la prise du sirop. La prescription de l'antibioprophylaxie n'est pas systématique. Il faut tenir compte des antécédents. En revanche, il ne faut jamais prescrire de l'antibioprophylaxie en postopératoire chez un patient qui consomme régulièrement.

Marianne HOCHET cède la parole à Monsieur CROIZE pour avoir un point de vue sur l'addictologie. Les précédents échanges ont déjà permis d'évoquer l'importance de la posture et du non-jugement.

Vincent CROIZE, directeur du CAARUD ATYPIK, Lens

Vincent CROIZE propose de parler de la santé bucco-dentaire en Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogue (CAARUD). La réduction des risques est une démarche de soins pragmatique et humaniste. Elle s'adresse à des personnes qui ne peuvent pas ou ne désirent pas arrêter la consommation de produits psychotropes. L'objectif est de réduire les dommages multiples liés à la consommation.

Pour mettre en place ces politiques de réduction des risques, l'État a créé les CAARUD, des dispositifs médicosociaux de première ligne dits à bas seuil d'exigence. Le principe est d'accueillir la personne là où elle en est sans préalable de réduction des consommations et d'avancer avec elle, en fonction de ses priorités et de ses besoins. Dans les années 1990, les CAARUD étaient dédiés prioritairement aux consommateurs d'héroïne par voie injectable. Avec le temps, leurs prérogatives se sont élargies à différents types de consommateurs et à différents produits. Aujourd'hui, la consommation de cocaïne et de crack paraît sous-estimée par rapport aux observations faites en CAARUD depuis quelques années.

Les CAARUD poursuivent sept missions :

- L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins ;
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle ;
- La mise à disposition de matériel de prévention des infections ;

- L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- Le développement d'actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues ;
- La participation au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits comprend l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, mais également l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun.

Le CAARUD ATYPIK dépend du CH de Lens. Il est le seul en son genre dans la région. Il intervient sur les arrondissements de Lens, Béthune et Douai. Il se compose de 3 IDE, 3 travailleurs sociaux et 1 coordinateur. Le CAARUD ATYPIK est un lieu d'accueil collectif et anonyme. L'idée est de créer un lien de confiance avec les personnes. Différents services sont proposés comme l'hygiène et la restauration. Un travail important est mené sur « l'aller vers ». Pour se faire, le centre dispose d'une unité mobile aménagée. Les professionnels font également du travail de rue. Ils interviennent dans des institutions et à domicile. En partenariat avec 21 pharmacies du secteur, un programme d'échange de seringues a été monté.

Les publics accueillis sont des consommateurs actifs de drogue, notamment la cocaïne et le crack. Depuis deux ans, les demandes de matériels explosent. Les publics concernés sont très dépendants et dans l'urgence à la consommation. L'héroïne est moins présente sur le territoire que dans les années 1980, mais réapparaît progressivement, car elle est disponible et de moins en moins coûteuse. Les trafiquants lillois livrent à domicile sur toute la région. Le crack commence à être vendu sur les territoires de Douai et de Lens. Une partie du public est sous traitement de substitution aux opiacées. Nombreux sont ceux qui s'injectaient du Subutex. Un travail a été mené pour que ces personnes puissent avoir accès à la méthadone. Souvent, toutes ces consommations sont associées à une consommation massive d'alcool et de benzodiazépine. Il y a 100 % de fumeurs. Les professionnels travaillent sur l'accès aux substituts nicotiques, ce qui ne marche qu'à la marge. La vape est également un outil de réduction des risques. Des demandes de financements ont été déposées. Majoritairement, les usagers ont des conditions de vie précaires et sont éloignés des dispositifs sanitaires et sociaux.

S'agissant de la santé bucco-dentaire, il est constaté chez les consommateurs une altération importante en raison d'une mauvaise hygiène dentaire. Le service d'hygiène du CAARUD leur fournit le matériel nécessaire. Seulement un sur cinq accepte une brosse à dents. Ils ont peu recours aux soins ou très tardivement, notamment les soins bucco-dentaires.

Des freins sont identifiés. Les personnes sont motivées à engager des soins bucco-dentaires quand elles souffrent. La peur du dentiste est un facteur, comme dans la population générale. En terme de temporalité, elles ont du mal à se projeter et à honorer les rendez-vous. La santé bucco-dentaire n'est pas la priorité pour les toxicomanes et pour l'équipe paramédicale qui travaille en effectif réduit. Par ailleurs, les droits sociaux sont ouverts, mais non renouvelés.

Les principaux leviers sont l'esthétique (dents antérieures), la stabilité en termes de consommation et la qualité de l'accompagnement, la réassurance et la réactivité. Il est possible d'évoquer la santé bucco-dentaire lors de moments thématiques forts, comme le Mois sans tabac. L'autre levier est la prison. La plupart des usagers équipés l'ont été en prison.

Une expérience autour des VADS a été menée avec l'association PREVART entre 2011 à 2015, avec le soutien de l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD). Une infirmière coordinatrice et un chirurgien-dentiste proposaient, dans un camping-car en face des locaux du CAARUD, des examens dentaires pour repérer les éventuels cancers. En amont et en aval, les professionnels de l'équipe étaient mobilisés. Les consommateurs de drogues étaient motivés à démarrer une prise en charge. Le nombre d'interventions était illimité. L'expérience s'est arrêtée faute de financement. Un autre projet était mené par Hauts-de-France Addictions, à peu près de la même manière. Il s'est arrêté faute de financement également.

Suite à la participation de l'association PREVART, le CAARUD a accompagné un consommateur - Gérard - âgé de 35 ans à l'époque. Il avait consommé de l'ecstasy, de la cocaïne et plus particulièrement de l'héroïne pendant 15 ans. Son état bucco-dentaire était extrêmement dégradé. Quand ses incisives ont commencé à s'abîmer, il a décidé d'aller vers des soins. Toutefois, son budget était limité et il craignait de ne pouvoir s'en sortir financièrement. Le CAARUD a travaillé sur ce sujet et sur la question de la douleur. Un chirurgien-dentiste a accepté de l'équiper presque à prix coutant. L'opération a été réalisée sous anesthésie générale pour éviter plusieurs périodes d'extraction. Sa peur était de ne pas se réveiller. Il n'aurait jamais sauté le pas si une infirmière du CAARUD ne l'avait pas accompagné jusqu'au bloc. Tout cela a nécessité une organisation et un accompagnement important.

Vincent CROIZE remercie Gérard pour sa participation, les usagers interviewés et l'équipe du CAARUD.

Marianne HOCHET remercie Monsieur CROIZE pour cette présentation très riche et très intéressante.

Un intervenant a retenu de ses études qu'il y avait peu d'accoutumance à la cocaïne, contre une accoutumance immédiate avec le crack.

Vincent CROIZE explique que les usagers ont longtemps pensé cela également. Or, la dépendance psychologique est en réalité très importante. La particularité de la substance est que sa durée d'action est extrêmement courte. Le crack, c'est de la cocaïne. À haute température, le chlorhydrate de cocaïne n'a aucun effet. Les usagers le transforment en un caillou. Le fait de fumer le crack provoque une montée très rapide, un effet très court et une envie de consommer à nouveau très rapide. À Lens, les usagers dorment dans des entrées de garage, à proximité du CAARUD, en attendant l'ouverture.

Marie BISERTE a longtemps proposé des consultations bucco-dentaires au CITD-Relais méthadone du CHR à Lille et à Roubaix. Un des patients avait commencé par la cocaïne. Après avoir perdu sa femme, son travail et son argent, il était passé à l'héroïne, substance moins chère que la cocaïne. Il y a enchaînement vers un produit moins coûteux comme le crack.

Vincent CROIZE précise que le crack est vendu en très petite quantité à Paris. Des CAARUD parisiens ont déjà essayé de reconstituer un gramme. Une fois reconstitué, il coûte 130 euros contre 60 ou 70 euros le gramme de cocaïne. Ce sont des techniques commerciales.

La même intervenante fait observer que la cocaïne tourne de partout, y compris dans la population étudiante. La consommation ne concerne pas uniquement les marginaux. Le poppers en vente libre dans les bureaux de tabac. La consommation de substances psychoactives est largement banalisée dans la population générale, y compris en milieu rural. L'objectif des réseaux de vente de drogues est de s'installer dans les villes moyennes pour contaminer l'ensemble du territoire.

Vincent CROIZE a le même sentiment. Il n'y a jamais eu autant de drogues disponibles qu'actuellement. La production de cocaïne en Colombie a été multipliée par trois ces 10 dernières années. Ils ne peuvent plus gagner de parts sur le marché américain. Le marché principal est l'Europe. À Lens et à Lille, le CAARUD fait analyser la cocaïne de rue. Elle est pure à 90 %. Les dealers n'ont plus besoin de la couper.

Grâce aux traitements de substitution, certains consommateurs réussissent à l'éloigner du produit, mais le problème demeure chez la plupart.

Une intervenante, étudiante en odontologie, souhaite apporter un témoignage. La cocaïne se banalise parmi les jeunes et à toutes les soirées. La livraison à domicile est proposée également dans des villages situés à 20 ou 30 minutes de Lille, sur un simple appel téléphonique. Sur le darknet, il existe des « Amazon de la drogue », très facilement accessibles.

Vincent CROIZE ajoute qu'il est également possible de trouver des analogues des drogues sur certains sites classiques, notamment des benzodiazépines. Tout est très accessible.

Marie BISERTE évoque les détournements de la codéine.

Marianne HOCHET souligne que l'âge d'entrée dans les consommations est un facteur de risque important dans la dépendance. Les produits sont accessibles et ont toujours un coup d'avance sur la réglementation. Les produits sont interdits avec un certain retard.

Elle cède la parole à Hélène DELAQUAIZE et Guillaume ROLLAND pour avoir le point de vue des patients experts.

Hélène Delaquaize, présidente de France Patient Expert Addictions

Hélène DELAQUAIZE est présidente de France Patient Expert Addictions et travaille à l'Hôpital Marmottan (Paris) en tant que médiatrice en santé publique. Elle est également présidente de l'association SOS Hépatite.

Elle cède la parole à Guillaume ROLLAND, patient expert en addictologie.

Guillaume ROLLAND évoque ses problèmes de dépendance liés à la consommation d'alcool pendant plus de 10 ans. Pour se soigner, il a franchi les portes d'un CSAPA. Dans un premier temps, il a suivi un traitement en ambulatoire qui a marché durant 4 jours seulement. Après une chute domestique dans ses escaliers, il s'est retrouvé hospitalisé aux urgences de Saint-Vincent. Une hépatopathie – cirrhose - lui a été diagnostiquée. Pendant une dizaine de jours, il a été physiquement sevré à l'alcool avant d'être envoyé pour 7 semaines en postcure à la clinique des Bruyères à Auberchicourt. Des soins et des suivis psychologiques lui ont été prodigués. Il a ensuite passé deux mois à temps plein à l'hôpital de jour d'addictologie de l'EPSM à Saint-André. Suite à ce premier parcours de maintien de l'abstinence, il rentre dans sa 4^e année d'abstinence totale. Ce parcours a été validé par l'ensemble des équipes médicales et lui ont proposé de rejoindre France Patient Expert Addictions pour devenir patient expert. Après une période de formation et de stages, il souligne un manque dans son processus de soins. Au CSAPA, il a été immédiatement mis face à un médecin. La peur aidant, il a continué à consommer de l'alcool pendant sa prise en charge. Il aurait souhaité rencontrer un patient expert avant d'affronter le médecin, pour un partage d'expérience et un accompagnement. Le rôle du patient expert est d'accompagner les malades dans le soutien psychologique et social avec une certaine légitimité.

Guillaume ROLLAND n'a pas consulté de dentiste pendant 8 ou 9 ans. Il a repris rendez-vous il y a 15 jours. En raison d'un abcès, une dent a dû être extraite la semaine suivante. Suite à une radio panoramique, le dentiste lui a annoncé qu'une année serait nécessaire pour prodiguer tous les soins. Auparavant, ce qui réfrénait son envie de consulter le médecin était le sentiment de honte et de culpabilité, du fait de sa consommation d'alcool. Il faut aider les patients à surmonter ce sentiment et les rassurer.

Hélène DELAQUAIZE rappelle que France Patient Expert est une association de personnes avec un parcours d'addictologie, toutes drogues confondues. Une VAE a été mise en place afin que le patient expert puisse valider ses compétences. Ils peuvent ainsi être en première ligne dans certaines structures, pour se charger de l'accueil.

La stigmatisation des patients atteints d'hépatite et de VIH est toujours de mise, du fait de la transmissibilité. Il faut poursuivre le travail de sensibilisation.

Ouvrir la bouche devant un professionnel de santé est un acte délicat et intime. France Patient Expert Addictions souhaite se lancer un défi en 2023. Une formation sur cette thématique sera dispensée à tous les patients experts en addictions (+ de 80 en France et en Métropole). Ils seront capables de parler également d'hygiène dentaire.

Hélène DELAQUAIZE constate que les dentistes des centres dentaires arrachent facilement les dents.

Marie BISERTE ? a eu une discussion politique la semaine dernière avec Madame FIRMIN LE BODO, ministre chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé. Pour les chirurgiens-dentistes qui font face à des profils non compliant, la prise en charge de la douleur ne suffit pas. Si le patient ne revient pas au rendez-vous suivant pour faire réaliser une dévitalisation et poser une couronne, cela est peine perdue. Les SNP (soins non programmés) et les urgences dentaires devraient être la porte d'entrée du parcours de soins global. Les chirurgiens-dentistes ne sont pas uniquement des vendeurs de prothèses. Ils sont de vrais acteurs de la santé publique. Cela est plus démontrable au travers de l'addictologie. Quand on parle de santé bucco-dentaire, on parle en premier lieu de comportement de santé et des compétences du patient pour intégrer son parcours de soins.

Hélène DELAQUAIZE souligne l'importance de la rencontre entre le patient et le professionnel de santé. Les soins induiront un changement de la bouche et un nouvel apprentissage de la manière de manger. À Marmottan, beaucoup de patients refusent de porter un appareil dentaire du fait de la douleur, ce qui modifie la manière de se nourrir et le fonctionnement de l'estomac.

La santé bucco-dentaire est un problème de santé publique, encore plus qu'auparavant, car le monde d'aujourd'hui est plus addictogène. Les addicts et les précaires sont de plus en plus nombreux. Il faudrait théoriquement se laver les dents trois fois par jour avec des brosses souples. Le tabac, les drogues, la diminution de la salive et le manque d'hygiène peuvent amener des complications tels les déchaussements et les endocardites. En France, les centres dentaires sont courants et la CMUC permet une prise en charge pour des soins dentaires.

Marie BISERTE précise que la CMU et la C2S permettent une prise en charge intégrale des soins dentaires, hors implantologie. Pour les prothèses, la réforme du 100 % santé permet également une prise en charge totale.

Hélène DELAQUAIZE fait observer qu'il est difficile de trouver un bon dentiste à Paris.

Marie BISERTE demande ce qu'est un bon dentiste pour un patient expert.

Guillaume ROLLAND explique qu'il ne doit pas émettre de jugement sur l'état de la bouche de son patient.

Marie BISERTE assure que le non-jugement est la base. Cela est même parfois très gratifiant de réhabiliter un sourire.

Guillaume ROLLAND s'étonne des délais de prise en charge.

Marie BISERTE pointe l'urgence démographique. L'offre de soins est en pénurie. Les carnets de rendez-vous sont très chargés. La patientèle régulière est privilégiée.

Hélène DELAQUAIZE explique que certains patients de Marmottan sont en rupture d'hospitalisations en raison du manque de dentistes sur place et de la prise en charge de la douleur. Un usager inscrit dans un parcours de rétablissement doit être amené aux soins. Pour se faire, des bus pourraient faire le tour des CSAPA et les CAARUD pour soigner les personnes éloignées du soin, dans une démarche d'aller vers. L'intégration du patient expert est un plus dans l'accompagnement. L'usager de drogues a terriblement peur du dentiste.

Elle remercie Guillaume ROLAND d'être venu partager son témoignage.

Marianne HOCHET remercie les intervenants pour cet éclairage supplémentaire sur les freins et les leviers. Des bus avaient été mis en place en région parisienne, notamment à Montreuil. Un chirurgien-dentiste passait régulièrement avec du matériel portatif et prenait en charge les usagers du CAARUD. Cette démarche d'aller vers fonctionne bien pour la santé orale lorsqu'elle est mise en place.

Un intervenant précise que jusqu'en 1984, 2 000 dentistes étaient formés chaque année. Actuellement, 950 praticiens sont formés chaque année. Le déficit de l'offre a été créé dès les années 1980.

Michel-Henri DELCROIX rebondit sur la question de la formation des chirurgiens-dentistes. Il souhaite savoir si le *numerus clausus* a été augmenté comme celui des médecins.

Marie BISERTE souligne que l'on parle désormais de *numerus apertus*. En théorie, le nombre d'étudiants en formation devrait être adapté à la demande d'offre de soins dans les régions. Toutefois, les facultés ne sont pas extensibles. Avant d'augmenter le nombre d'inscrits en première année, il faut suffisamment de places et de professeurs. À ce jour, les facultés ne sont plus en mesure d'assurer les conditions d'accueil. Pour être enseignant à l'université, il y a des prérequis. En dentaire, ce sont des temps pleins universitaires. L'offre de soins n'est plus en adéquation avec la demande. Dans l'aller vers, les patients sont orientés vers des parcours de soins, mais ils ne trouvent pas cabinets dentaires rapidement. Il faudrait mettre en place des maisons de garde pour traiter les urgences dentaires et soulager la douleur. Parallèlement, dans les hôpitaux de proximité, il faudrait des services d'odontologie conservatrice. Le réseau Ville-Hôpital aurait tout son sens.

François WEMEAU indique que dans l'unité dentaire de l'hôpital de Calais est opérationnelle, mais qu'il n'y a plus de praticiens. La démographie médicale est importante.

Guillaume ROLAND demande si un rapprochement est fait avec la salle de consommation à moindre risque qui doit ouvrir au CHR de Lille. Des rendez-vous dentaires pourraient être proposés.

Marianne HOCHET propose d'échanger sur cette question pendant la pause. L'idée est de trouver des structures qui permettraient d'aller à la rencontre des personnes en demande de soins. Cela nécessite d'avoir des professionnels mobilisables.

La séance est suspendue pour la pause déjeuner.

Présidente de séance de l'après-midi : Charlotte Moreels, URPS Chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France

PLÉNIÈRE - SANTÉ ORALE ET ADDICTIONS : AGIR EN TRANSVERSALITÉ

Julien Richard, médecin tabacologue, Lille

Julien RICHARD exerce en tant que médecin généraliste tabacologue à la Maison d'arrêt de Lille-Sequedin. Il suit des personnes avec des pathologies d'addictions et des pathologies psychiatriques. En parallèle, il fait des consultations d'aide au sevrage tabagique au CSAPA Boris Vian. L'idée est de parler de la consommation de tabac et des consommations annexes (alcool, cannabis, produits psychotropes et médicaments). Pour aborder le sevrage tabagique, il ne faut pas nécessairement être expert. Le principe du conseil minimal a un impact positif sur l'éventuel futur sevrage à 6 mois et 12 mois. Si le patient n'a jamais pensé à arrêter de fumer, la décision peut intervenir lors de la seconde consultation, du fait du cheminement psychologique. Si le patient souhaite arrêter de fumer, il faut lui apporter des motivations. Le patient doit avoir en tête les différents types de dépendance liés au tabac et lui expliquer les effets bénéfiques de l'arrêt du tabac, en particulier en termes de santé dentaire. Un traitement substitutif peut être mis en place. S'agissant d'une dépendance, le patient doit être informé des effets de sevrage. Les soignants peuvent l'accompagner dans sa démarche.

La dépendance physique est liée à la nicotine. Elle déclenche un manque et des syndromes de sevrage. Les substituts nicotiques permettent de soigner ce type de dépendance. Le tabac induit par ailleurs une dépendance psychologique. Le fumeur se sent bien en fumant et fume pour éviter de se sentir mal. Cette dépendance n'a rien à voir avec la nicotine. La dépendance comportementale est liée aux habitudes. Les dépendances comportementales et psychologiques sont moins accessibles par les traitements nicotiques que par les thérapies cognitivo-comportementales, l'hypnose, etc. Un moyen d'évaluer la dépendance physique est de poser deux questions (test de Fagerström) : le nombre de cigarettes fumées quotidiennement et le délai de la première cigarette fumée après le réveil.

Après l'approche motivationnelle, l'idée est de persuader le patient des intérêts de l'arrêt du tabac au bout de quelques jours et de quelques semaines. La santé orale s'améliore. Le jaunissement des dents est stoppé. Les chances de réussite d'un implant dentaire sont augmentées. Les risques de caries diminuent. Les risques de cancers et les risques cardiovasculaires mettent plus de temps à diminuer.

Ensuite, le praticien peut décider d'orienter son patient. Le CSAPA soigne toutes les addictions.

Geneviève Bourzgui, infirmière tabacologue, Lille

Geneviève BOURZGUI travaille au Pôle d'addictologie de l'EPSM de l'agglomération lilloise. Elle passe la plupart de son temps sur l'hôpital de jour (site de Saint-André) et exerce une demi-journée par semaine au CSAPA Boris Vian. De nombreux professionnels interviennent toute la semaine : médecins, psychologues, assistantes sociales et infirmiers. Le premier contact passe généralement par un infirmier ou par le médecin addictologue pour un sevrage. Les addictions sont prises en charge par plusieurs professionnels.

Le CSAPA Boris Vian propose des consultations jeunes consommateurs (jusqu'à 25 ans). Il dispose par ailleurs de deux unités d'hospitalisation de 11 et 10 lits pour faire des cures de sevrage. L'hôpital de jour prend en charge les personnes qui n'ont pas encore suffisamment cheminées pour envisager une hospitalisation à temps plein et les personnes qui sortent de cure.

Diverses activités sont proposées au CSAPA Boris Vian : de la prévention en établissements scolaires et en milieu associatif, des dépistages par un sociologue, de la réduction des risques. Le centre travaille en réseau avec les partenaires. Les personnes sont accompagnées dans leurs projets de vie. Les assistantes sociales ont beaucoup de travail. Les familles et l'entourage sont parfois reçus par un infirmier et un médecin psychiatre.

L'accueil, le diagnostic et l'orientation constituent la vocation du CSAPA.

Julien RICHARD insiste sur l'importance d'évoquer l'addiction au tabac sans pour autant avoir un discours stigmatisant. Il convient également de parler des effets bénéfiques liés à l'arrêt du tabac. Le discours optimiste est payant. Chaque professionnel de santé a un rôle à jouer, y compris le chirurgien-dentiste. De fait, l'impact de la consommation tabagique et autres drogues sur la santé orale est important.

Geneviève BOURZGUI ajoute que beaucoup de personnes arrêtent de fumer sans passer par un professionnel, simplement parce qu'ils ont été interpellés à un moment donné. En ce sens, chaque professionnel de santé a un rôle à jouer.

Un intervenant s'enquiert de la prise en charge psychologique des patients.

Julien RICHARD précise que la prise en charge psychologique est difficile. Ce point sera évoqué par le docteur BALOIS.

Charlotte MOREELS remercie les intervenants pour cette présentation qui fait le lien avec la table ronde.

TABLE RONDE - DU REPÉRAGE À LA PRISE EN CHARGE DU TABAGISME PAR LES CHIRURGIENS-DENTISTES

➤ **Discutante : Charlotte Moreels**

Valérie Ponties, pharmacienne épidémiologiste, Santé publique France

Valérie PONTIES est pharmacienne épidémiologiste à la cellule régionale Hauts-de-France de Santé publique France. Elle présente quelques indicateurs de consommation de tabac et la mortalité associée. Ces données sont issues de publications de Santé publique France : Bulletins épidémiologiques hebdomadaires (BEH) et Bulletins de santé publique (BSP). Les BSP publiés en janvier 2019 et février 2021 sont disponibles sur le site internet de Santé publique France. Les données sont issues des Baromètres de Santé publique France. Le prochain BEH contenant l'actualisation des données de consommation de tabac nationales et régionales paraîtra le 13 décembre 2022.

Les données présentées ce jour sont issues du baromètre 2017. Dans les Hauts-de-France, il y a 30,5 % de fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans, soit 1,3 million de personnes. Il s'agit de la 2^e région où le tabagisme est le plus fréquent, après la région PACA. La consommation de tabac augmente chez les hommes jusqu'en 2014. Une légère baisse a été observée en 2017. Cette tendance pourrait être confirmée dans le prochain baromètre.

Quelle que soit la région concernée, la prévalence du tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans en 2017 est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Dans les Hauts-de-France, la proportion de fumeurs quotidiens diminue avec l'âge, mais reste la plus élevée chez les 31-45 ans. Le tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans (données de l'enquête Escapad OFDT, 2017) est plus faible que dans les autres régions, mais l'usage du tabac est plus intensif (au moins 10 cigarettes/jour). La prévalence du tabagisme au 3^e trimestre de grossesse est de 23,1 % contre 16,2 % au national (enquête nationale périnatale de l'Inserm, 2016).

Chez les fumeurs quotidiens, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour tourne autour de 15 dans les Hauts-de-France, contre 13 dans le reste de la France métropolitaine. Les hommes fument davantage que les femmes. Les fumeurs quotidiens de la région fument plus de roulées que dans le reste de la France (7,3 contre 4,4), mais moins de manufacturées (7,3 contre 8,4). La proportion de fumeurs avec une forte dépendance est de 23,9 % contre 18,4 % dans le reste de la France.

Les 4 facteurs présentés sont le sexe, l'âge, les revenus par unité de consommation et le diplôme. Ces facteurs sont à chaque fois associés avec la prévalence du tabagisme quotidien. La prévalence du tabagisme quotidien est plus importante chez les hommes que chez les femmes. Les classes d'âges les plus jeunes ont une plus forte prévalence de tabagisme quotidien que les personnes âgées de plus de 60 ans. Les personnes avec un faible niveau de revenu fument plus que les autres. Moins le niveau de diplôme est élevé, plus la prévalence au tabagisme quotidien est élevée.

Le baromètre 2018 s'est intéressé aux lieux d'achat. Le tableau présente la part des fumeurs de cigarettes (manufacturées ou roulées) ayant réalisé leur dernier achat de tabac dans un pays limitrophe. Dans les Hauts-de-France et dans le Grand Est, près de 50 % de fumeurs ont déclaré des achats frontaliers contre 9 % en moyenne dans l'ensemble des autres régions. Les principaux pays cités sont la Belgique (40 %), l'Espagne (20 %), le Luxembourg (15 %), l'Allemagne (11 %) et Andorre (7 %).

En 2015, 8 040 décès étaient attribuables au tabagisme, soit 14,5 % du total des décès survenus la même année dans la région (contre 13 % estimés au niveau France entière). La fraction des décès

attribuables au tabagisme chez les hommes était la plus élevée observée parmi l'ensemble des régions (23,2 contre 19,3 %). Cela correspondait à un nombre de décès estimés de 6 470. Chez les femmes, le taux de mortalité est significativement en dessous de la moyenne nationale. Les principales causes de décès sont les cancers, les pathologies cardiovasculaires et les pathologies respiratoires chroniques.

Au niveau national (BEH n° 8 du 26 mai 2021), la prévalence du tabagisme en général était en hausse entre 2019 et avant le confinement (30,4 à 32,7 %). Elle a diminué ensuite de manière significative (30,5 %). Pour le tabagisme quotidien, il n'y a pas eu de différence significative. On peut penser que les fumeurs occasionnels ont davantage été impactés par la crise sanitaire que les fumeurs quotidiens. En revanche, une hausse du tabagisme quotidien est observée parmi le tiers de la population qui a les revenus les moins élevés entre 2019 et le pré-confinement (de 29,8 à 34,3 %) puis une stabilisation après le confinement (31,6 %). La part de fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt et le nombre de cigarettes fumées par jour sont restés stables sur la période.

Charlotte MOREELS remercie Madame PONTIES pour cet état des lieux.

Sylvain Balois, médecin tabacologue et addictologue, Lille

Sylvain BALOIS exerce à la Clinique la Mitterrie. Avant d'aborder la question des mécanismes de dépendance, il rappelle le rôle prépondérant des chirurgiens-dentistes dans le premier recours. Une courte intervention peut apporter de grands changements. Les patients dépendants sont souvent étiquetés comme excessivement complexes, car ambivalents. L'ambivalence fait partie de la maladie. L'intervention d'un professionnel de santé n'est pas toujours nécessaire. La majeure partie des fumeurs arrêtent seuls. À partir du moment où ils ont envie d'un accompagnement, il est important de le leur proposer et d'insister sur les bénéfices de l'arrêt.

Le tabagisme est une maladie. La dépendance n'est pas un vice. La personne dépendante souffre. La rechute fait partie de la maladie. Le noyau accumbens est l'usine à plaisir. Il sécrète de la dopamine. La volonté n'a rien à voir dans l'arrêt du tabac. C'est une question de motivation. L'aire tegmentale ventrale s'occupe de la motivation dans le cerveau. La motivation se travaille et s'accompagne. L'amygdale est le centre de gestion des émotions. Les patients dépendants ont des difficultés à gérer leurs émotions. Ils recourent aux produits lorsqu'ils éprouvent des émotions négatives ou positives. L'hippocampe a une fonction de mémoire du plaisir dans la dépendance. Tout le monde est né avec des récepteurs nicotiques. Le système nicotinique fonctionne avec des neurotransmetteurs (acétylcholine). L'acétylcholine est une molécule à 5 branches. La molécule de nicotine est semblable. Le jour où une personne est exposée au tabac pour la première fois, elle ressent des signes de surdosage nicotinique. Pour y faire face, son cerveau multiplie les récepteurs. Il doit alors les nourrir. C'est ainsi qu'elle devient dépendante au tabac. Les médicaments ne gèrent que la dépendance physique. Le psychiatre Claude Olievenstein explique que l'individu addict rencontre un produit dans un contexte environnemental. Pour le soigner, il faut agir sur les trois phases. Dans un contexte environnemental, le traitement doit être adapté.

Tout patient devrait être systématiquement questionné sur sa consommation de tabac à chaque fois qu'il rencontre un soignant, y compris un chirurgien-dentiste (recommandation HAS). Le conseil minimal augmente le taux de succès du sevrage tabagique à 66 %. Avec le conseil intense, le taux de succès passe à 84 %.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 autorise les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les sages-femmes et les médecins du travail à prescrire des substituts nicotiques. Il y a un problème de formation pour la première dépendance.

La cigarette apporte des pics de nicotémie très forts et très rapides. Lorsque le taux chute, le patient a envie de refumer. La nicotine n'est pas dangereuse. Le patch est un traitement de fond. Il fait effet au bout d'une demi-heure sur 24 heures. Un traitement de crise oral peut être appliqué : pastilles, gommes, inhaleurs (non remboursé), comprimés sublinguaux et spray. Les pastilles ont un délai d'action de 15 à 20 minutes. Les gommes agissent au bout de 10 à 15 minutes. L'inhaleur agit au bout de 5 à 10 minutes. Le spray est efficace au bout de 1 à 5 minutes. Le meilleur traitement est celui qui convient au patient. La varénicline (Champix) est un traitement de seconde intention. Toutefois, il est potentiellement cancérigène. Le bupropion est un antidépresseur qui fonctionne comme des amphétamines.

En termes d'accompagnement psychothérapeutique, les thérapies de grade A fonctionnent. L'hypnose n'est pas reconnue. En tabacologie, la Clinique la Mitterrie propose des consultations externes couplées avec de l'hôpital de jour.

Dans la cigarette, tout est dangereux, sauf la nicotine. Le monoxyde de carbone est un gaz inodore qui provoque des intoxications. Le courant primaire est inhalé par le fumeur. Le courant tertiaire est recraché. Le courant latéral est ce qui sort de la cigarette. Le plus nocif est le courant latéral, car la combustion est plus élevée. Les petits fumeurs peuvent inhaler autant de produits toxiques que les plus gros fumeurs.

Le risque de faire un incident cardiovasculaire n'est pas plus élevé avec le niveau de consommation de tabac. Le tabagisme passif emporte une majoration de 30 % du risque d'incident cardiovasculaire. L'idée est d'atteindre le sevrage complet. Au niveau de la pneumologie, le VMS baisse avec l'âge. Un fumeur perd environ 11 années d'espérance de vie. En arrêtant à 45 ans, la courbe repart à la hausse.

Si la dose de cigarettes est doublée, le risque pour la santé est doublé. Si la durée d'exposition au tabac double, le risque pour la santé est multiplié par 20. L'intensité du tabagisme importe beaucoup moins que sa durée dans le temps. Mieux vaut fumer 3 paquets par jour pendant 5 ans et arrêter que de fumer 5 cigarettes par jour pendant 20 ans.

La cigarette est un puissant anorexigène. Toutefois, l'arrêt de la cigarette conduit seulement à rattraper son poids pour son âge, son sexe et son patrimoine génétique. La substitution est un facteur prépondérant. La prise de poids est en moyenne de 3 kilos par an avec un plateau entre 3 à 5 ans. Le sport a un impact quand il est maintenu au-delà d'un an.

La cigarette est un excitant et un calmant. Le premier signe de sous-dosage nicotinique est le stress et l'irritabilité. La sensation d'anxiolyse vient rapidement nourrir l'anxiété et la chroniciser. Les patients seront moins stressés et moins déprimés en arrêtant de fumer.

La vape est moins toxique que le tabac. Les Anglais estiment qu'elle est 95 % moins délétère que le tabac. Le liquide est monté en température, sans combustion. En revanche, il faut absolument éviter le vapo-fumage (usage mixte). Son usage doit être exclusif.

Arrêter de fumer 6 à 8 semaines avant une intervention chirurgicale divise par 3 le risque de complications opératoires. Quel que soit l'âge, il y a toujours des bénéfices à l'arrêt du tabac. Un fumeur qui réduit de moitié sa consommation de cigarettes avec des substituts diminue de nombreux risques liés au tabac. Depuis le 1^{er} janvier 2019, les substituts sont remboursés à 65 %. Un mois sans fumer augmente par 5 les chances d'arrêter de fumer.

Il est très important d'être formé à l'entretien motivationnel en intégrant notamment l'évocation de la consommation, le non-jugement, la sympathie et l'alliance thérapeutique. Les étapes de changement décrites par Prochaska et DiClemente sont les suivantes :

- la pré-intention : le sujet fumeur n'a aucune pensée de sevrage tabagique ;
- l'intention : il pense à arrêter de fumer ;
- la préparation : prise de décision : il planifie l'arrêt de fumer ;
- l'action : il est activement engagé dans le changement ;
- le maintien / liberté : il a fait des changements, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant en cas de rechute.

L'entretien motivationnel sert dans toutes les étapes. Il faut rester à l'écoute du patient et proposer de reparler de sa volonté d'arrêter de fumer.

Une intervenante demande si le nombre de récepteurs nicotiniques augmente également chez les fumeurs passifs.

Sylvain BALOIS répond positivement. La nicotine est très volatile dans la cigarette. Par ailleurs, la cigarette « light » est aussi nocive que la cigarette normale.

Un intervenant précise que la nicotine a des effets de prolifération bactérienne et favorise le développement de parodontites buccales. Ainsi, la Vap n'est pas forcément bonne pour le patient.

Sylvain BALOIS en convient. La nicotine est une substance irritante.

Michel-Henri DELCROIX revient sur la mesure du monoxyde de carbone. Le résultat est toujours intéressant sur le plan diagnostique et pour la personne. Une étude montre que chez la femme enceinte, une mesure inférieure à 3 ppm est sans risque. Au-delà, le risque de retard de croissance intra-utérin et de prématurité est multiplié par deux.

Sylvain BALOIS explique que ce processus de culpabilisation peut avoir un effet contreproductif en addictologie. La mesure de CO n'est pas une fin en soi. Il s'agit d'une partie de la prise en charge.

Un intervenant demande, en tant que chirurgien-dentiste, comment prendre en charge une personne qui ne souhaite pas arrêter de fumer avant ou après une intervention chirurgicale.

Sylvain BALOIS suggère de coupler le patch et un traitement de substitution nicotinique oral. Il est possible de combiner le patch et la cigarette.

Charlotte MOREELS remercie le Docteur BALOIS pour sa présentation.

Marie Biserte, URPS Chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France & Marie-Ange Testelin, Hauts-de-France Addictions

Marie-Ange TESTELIN est la directrice de l'association Hauts-de-France Addictions. Elle est tabacologue et ambassadrice du Mois sans tabac depuis 7 ans. Hauts-de-France Addictions a collaboré avec l'URPS Chirurgiens-dentistes pour aborder la question du sevrage tabagique.

Comme rappelé par le Docteur BALOIS, la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 ouvre le droit de prescription des traitements de substitution à de nouvelles professions médicales. Le remboursement des substituts, la campagne du Mois sans tabac et la hausse du prix du tabac sont aussi des leviers pour la mise en œuvre de cette politique de réduction du tabagisme.

Hauts-de-France Addictions est une mission d'appui aux côtés de l'ARS pour construire un plan régional de réduction du tabagisme. L'objectif est d'aider les fumeurs à arrêter, protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme et atténuer les inégalités des territoires et des publics vulnérables. Dans la région, les populations les plus précaires, les personnes en situation de handicap, les jeunes avec des

parcours professionnels chaotiques et les femmes enceintes sont les principales cibles. L'association travaille dans une démarche d'universalisme proportionnée.

Hauts-de-France Addictions fédère des acteurs de l'addictologie pour arriver à une culture commune autour du tabagisme et de l'addictologie avec de la veille et de la diffusion d'actualités en addictologie. Une plateforme d'ingénierie de projets régionaux de prévention du tabagisme et des conduites addictives est en place. Différents programmes structurants sont développés. L'association outille et crée des outils, notamment pour les professionnels.

Le dossier « Chirurgie dentaire et sevrage tabagique » comprend une fiche d'aide au sevrage tabagique et les méthodes d'aide. Les nouvelles recommandations du HCSP sur la vape y sont intégrées. Un recul est à noter. La varénicline n'est plus disponible.

Marie BISERTE évoque le projet commun évoqué avec Hauts-de-France Addictions. Il était fondé sur une formation en premier lieu. Un outil a été créé pour les personnes formées. L'idée de dépendance oblige à réfléchir à la manière de présenter les choses aux patients. C'est l'intérêt de cette formation. En 2017, sur 42 000 chirurgiens-dentistes, 871 ont prescrit des TNS. 2 095 chirurgiens-dentistes ont prescrit des TNS en 2018, 3 529 en 2019 et 5 300 en 2020. Sur ces 5 300 prescriptions, un certain nombre de praticiens n'ont certainement pas pris la peine d'accompagner les patients. L'ordonnance et la prescription sont des termes injonctifs qui ne présagent pas de l'utilité. Cela interroge donc la légitimité à prescrire ces TNS. Les chirurgiens-dentistes ont besoin de plus de temps et plus de formation pour savoir faire une prescription. Le colloque de ce jour a permis de rassembler des intervenants de tous les champs pour se poser les bonnes questions.

Les intervenants ont échangé sur les addictions aux drogues dures ce matin. Ce n'est pas la patientèle quotidienne des chirurgiens-dentistes. Toutefois, cela permettait d'aborder la question de l'addictologie qui est une maladie du comportement et de comprendre ce qu'est la polyaddictologie.

Du fait du Covid, la dernière formation a eu lieu en webinaire. Par ailleurs, elle a été dispensée sur des zones pilotes alors qu'elle était destinée au national. Néanmoins, l'outil fonctionne bien.

Marie-Ange TESTELIN confirme que, dans la lignée du contrat annuel d'objectifs et de moyens, cette formation peut être proposée à des chirurgiens-dentistes sur certains territoires uniquement. Or, le repérage et les postures ne sont pas définis par territoire. La formation pourrait être dispensée plus largement à tous les chirurgiens-dentistes volontaires. Cette formation est une sensibilisation.

Marie BISERTE précise que la formation se déroule sur une journée. 3 heures sont consacrées à l'apport théorique. 3 heures sont consacrées à des cas concrets en lien avec les acteurs du territoire. L'idée est d'avoir deux séances de formation pour faire un retour d'expérience ensuite. Le programme est prêt. Il faut trouver les sources de financements.

Un outil a été créé à partir de cette formation et permet de déterminer le moment d'hameçonnage du patient. Il y a 3 situations clés : conserver la teinte des dents, garder la dent saine et bénéficier d'une chirurgie. L'idée est de donner au patient les éléments en fonction de sa propre demande. Le document sur la prescription des substituts nicotiques est remis aux clients pour mieux cibler le dosage. Au-delà des outils, il faut s'occuper de l'accompagnement. Les chirurgiens-dentistes ont un problème de légitimité à parler du tabac avec les patients. Le travail de l'URPS est de replacer le chirurgien-dentiste dans le parcours de vie du patient pour travailler avec le réseau qui entoure le patient dans cette potentielle prise en charge. L'intérêt de l'outil est d'avoir un carnet d'adressage pour orienter les patients. Pour parler d'addictologie, il faut partager les expériences et avoir un langage commun.

Marie-Ange TESTELIN ajoute que l'URPS et Hauts-de-France Addictions ont choisi les leviers de la formation et de l'outillage pour gagner en légitimité et en argumentation.

Un intervenant demande si une valorisation de ce type de consultations pourrait être envisagée.

Marie BISERTE confirme qu'un partage d'honoraires pourrait être envisagé à terme. La question se pose pour tous les professionnels de santé qui s'engagent dans le sevrage tabagique. Pour l'instant, cela reste du pur bénévolat au bénéfice du patient. Il faut rémunérer la coordination des acteurs. La santé publique, c'est de la politique.

Marie-Ange TESTELIN signale qu'une expérimentation est en cours à l'URPS Pharmaciens dans les Hauts-de-France. Cet URPS fait de la prévention des maladies cardiovasculaires (MCV) et inclut des consultations tabac dans ce programme MCV. Pour les chirurgiens-dentistes, une tarification pourrait être envisagée non pas à l'acte, mais sur des projets structurants autour de pathologies dentaires.

Antoine Delzenne, chirurgien-dentiste, Maubeuge

Antoine DELZENNE explique que les risques de cancers sont potentialisés selon le nombre de produits consommés. La conjonction de deux intoxications majore considérablement le risque. 80 % des personnes qui fument boivent également. Il y a de nombreux cancers ORL dans les Hauts-de-France. Les contextes sociologiques sont les facteurs de risque de précarité et pauvreté. Le diagnostic de cancer ORL est très tardif. Pour des stades 3 ou 4, les chirurgies sont très lourdes et très mutilantes. L'espérance de vie des patients est très faible et dans des conditions mauvaises. La détection précoce est importante. Les cabinets dentaires jouent un rôle. Les chirurgiens-dentistes peuvent sauver des vies.

Comme pour la consommation de tabac, le sujet type est un homme entre 55 et 65 ans qui boit, qui fume et qui a une faible qualification. La symptomatologie des cancers ORL est très faible. Il n'y a pas forcément de douleurs. Les indicateurs sont les antécédents de cancer, de radiothérapie, d'addictologie et de consultation pour des lésions. Les basiques sont les antécédents médicaux et chirurgicaux, la consommation d'alcool et de tabac et les habitudes de vie.

Au niveau de la cancérologie ORL, il y a 4 spécificités : la douleur, la dyspnée, la dysphagie et la dysphonie.

L'idée est de pouvoir adresser le patient au plus vite. Pour adresser un patient, il faut avoir un langage commun. Il faut décrire l'emplacement de la lésion. Pour les lésions externes, il faut adresser en cas d'asymétrie, de voussure suspecte et de lésion dermatologique suspecte. Il ne faut pas hésiter à photographier. Une fois que la localisation est donnée, il convient d'indiquer la forme et l'étendue. Il faut également donner la définition correcte de la lésion. Trois termes sont importants : homogène/inhomogène, bourgeonnant et infiltrant. La consistance est dure, ferme ou souple.

Certains indices sont signe de malignité : la lésion inhomogène (mélange de teintes, consistance) ; la lésion présente depuis un certain temps ne guérissant pas ; l'ulcération/bourgeonnement ; la localisation d'une lésion maligne est par ordre décroissant de fréquence : la langue, le plancher buccal, les lèvres, les joues et les sillons vestibulaires, la gencive et le palais ; la lésion « rouge » présente plus de risque de cancer, surtout si elle est associée à des facteurs de risque.

La conduite à tenir est de faire appel à un spécialiste. En cas de biopsie, il faut annoncer un résultat. Face à une lésion suspecte, autant adresser le patient directement à un service ORL ou à une clinique de cancérologie. Le praticien prend rendez-vous avec un spécialiste pour le patient. C'est une garantie

pour avoir un rendez-vous rapidement. Si la charge est laissée au patient, il est probable qu'il disparaisse dans la nature.

Marie BISERTE demande s'il est préférable d'adresser le patient à un stomatologue ou à un ORL.

Antoine DELZENNE répond que la cancérologie concerne l'ORL et que la reconstruction concerne la maxilo. L'idée est d'envoyer le patient vers un correspondant et prioritairement vers un ORL.

Charlotte MOREELS remercie les intervenants pour leurs interventions. L'idée des échanges de cet après-midi était de partir du repérage à la prise en charge en passant par l'accompagnement et la prescription.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Axelle VAN LAETHEM, URPS Chirurgiens-dentistes des Hauts-de-France

Marianne Hochet, RESPADD

Pour conclure cette journée, Marianne HOCHET propose une conclusion à deux voix : l'URPS et le RESPADD qui ont coorganisé ce colloque.

Axelle VAN LAETHEM commence par évoquer les constats. Deux visions s'affrontent : celles des chirurgiens-dentistes et celle des patients. Pour les usagers de drogues, il y a une carence en soins dentaires. Les soins sont peu accessibles physiquement, matériellement et dans les perceptions. Par ailleurs, l'environnement est peu favorable aux soins dentaires du fait de la complexité du parcours et des freins des usagers comme des chirurgiens-dentistes.

Les freins sont tripartites. L'accès à l'information sur la PEC, l'orientation, la légitimité et les représentations est limité pour les professionnels. Du fait de la démographie médicale, il manque des professionnels et notamment des chirurgiens-dentistes. Il y a une question de priorisation tant pour les professionnels que pour les patients. Enfin, les usagers ou bénéficiaires ont peur du jugement, de la stigmatisation. Ils gèrent en priorité les douleurs. Le parcours de soins est difficile d'accès.

Un cercle vicieux peut s'installer. De fait, les consommations sont à l'origine de pathologies et douleurs. Les comportements addictifs font que la consommation augmente pour soulager les douleurs dentaires. L'isolement médical et social peut entretenir les consommations et empêcher la prise en charge. Ces publics rencontrent des difficultés d'insertion sociale. Une précarité est observée.

Pour toutes ces raisons, une prise en charge globale est nécessaire avec une prise en charge conjointe de la consommation de substances et des dommages sur la sphère orale.

Quelle est la place de la réduction des risques et des dommages ? Il convient d'adapter les recommandations aux usagers de drogues, à leurs (poly)consommations et à leur accès aux soins. Il peut y avoir des problématiques multiples chez les usagers. Il existe un besoin/une demande de prise en charge de la santé orale chez les usagers de drogues.

Marianne HOCHET souligne les différents leviers d'action. Il est important d'aller vers les publics les plus éloignés et d'intervenir parfois *in situ* (CAARUD et CSAPA) ou hors les murs. L'accueil doit être inconditionnel. La communication doit être adaptée (vulgarisation). Les intervenants doivent être disponibles et à l'écoute, même si la prise en charge est différée dans le temps. L'accès à l'ensemble des soins fait partie du droit commun.

Le second levier identifié est la posture. Il est important d'être dans l'empathie, dans le respect, dans la bienveillance et dans le non-jugement. Il faut remettre le bénéficiaire au cœur des soins et axer le discours sur les bénéfices du changement. Enfin, il faut s'appuyer sur des « facilitateurs » vers l'accès aux soins (repérer et adresser).

Le langage utilisé doit être commun afin de se comprendre et d'aller dans la même direction, en articulant les dialogues.

La santé orale s'envisage dans un objectif de santé globale. La santé orale est la porte d'entrée vers l'adhésion à un parcours de soins : contribuer à un environnement favorable, favoriser une hygiène de vie globale et créer un réseau et des partenariats pour favoriser un meilleur environnement et le suivi.

Il y a par ailleurs un objectif de promotion de la santé pour engager la personne, en renforçant les compétences psychosociales et le sentiment d'auto-efficacité. Chaque professionnel est le maillon d'une longue chaîne qui doit permettre au bénéficiaire de s'engager de façon durable dans un changement de comportement.

En conclusion, le plus gros risque que peut prendre le praticien, c'est de ne rien faire et de ne pas repérer les comportements addictifs. Parmi les perspectives, il y a la formation initiale et continue, l'outillage, les colloques régionaux et le déploiement de la prescription de TNS.

Le RESPADD a rédigé quelques guides à l'attention des professionnels de santé. Le dernier porte sur le lien entre tabagisme et cancérologie. Il sera publié et disponible à la commande sur le site internet prochainement.

Le public et les intervenants sont invités à remplir un questionnaire de satisfaction.

Marianne HOCHET adresse ses remerciements à l'ARS, à l'URPS, à l'équipe du RESPADD, à l'ensemble des intervenants et au public pour sa participation active.

Marie BISERTE cite le livre du sociologue Patrick PERETTI : « Homo medicus et homo addictus ». Ce livre apporte de nombreux éléments de réflexion sur la manière d'aborder les patients.