

Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

Année 2014

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Par

Sloane ROLLIER

Née le 4 avril 1985 à Tremblay-Lès-Gonesse (93)

Présentée et soutenue publiquement le 15 octobre 2014

DÉPISTAGE DE CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE
DE PATIENTS ALCOOLO-TABAGIQUES EN INDRE-ET-LOIRE

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH

Membres du jury : Monsieur le Professeur Nicolas BALLON

Madame le Docteur Leslie GRAMMATICO-GUILLON

Monsieur le Professeur Thierry LECOMTE

Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Madame le Docteur Isabelle NICOULET

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET Professeur
Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI

A. BENATRE - Ch. BERGER – J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI
 J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.
 LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.
 METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.
 RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D.
 SAUVAGE - M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|-----|------------------------------------|--|
| MM. | ALISON Daniel | Radiologie et Imagerie médicale |
| | ANDRES Christian | Biochimie et Biologie moléculaire |
| | ANGOULVANT Denis | Cardiologie |
| | ARBEILLE Philippe | Biophysique et Médecine nucléaire |
| | AUPART Michel | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| | BABUTY Dominique | Cardiologie |
| Mme | BARILLOT Isabelle | Cancérologie ; Radiothérapie |
| M. | BARON Christophe | Immunologie |
| Mme | BARTHELEMY Catherine | Pédopsychiatrie |
| MM. | BAULIEU Jean-Louis | Biophysique et Médecine nucléaire |
| | BERNARD Louis | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| | BEUTTER Patrice | Oto-Rhino-Laryngologie |
| | BINET Christian | Hématologie ; Transfusion |
| | BODY Gilles | Gynécologie et Obstétrique |
| | BONNARD Christian | Chirurgie infantile |
| | BONNET Pierre | Physiologie |
| Mme | BONNET-BRILHAULT Frédérique | Physiologie |
| MM. | BOUGNOUX Philippe | Cancérologie ; Radiothérapie |
| | BRILHAULT Jean | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| | BRUNEREAU Laurent | Radiologie et Imagerie médicale |
| | BRUYERE Franck | Urologie |
| | BUCHLER Matthias | Néphrologie |
| | CALAIS Gilles | Cancérologie ; Radiothérapie |
| | CAMUS Vincent | Psychiatrie d'adultes |
| | CHANDENIER Jacques | Parasitologie et Mycologie |
| | CHANTEPIE Alain | Pédiatrie |
| | COLOMBAT Philippe | Hématologie ; Transfusion |
| | CONSTANS Thierry..... | Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement |
| | CORCIA Philippe | Neurologie |
| | COSNAY Pierre..... | Cardiologie |
| | COTTIER Jean-Philippe | Radiologie et Imagerie médicale |
| | COUET Charles | Nutrition |
| | DANQUECHIN DORVAL Etienne | Gastroentérologie ; Hépatologie |
| | DE LA LANDE DE CALAN Loïc | Chirurgie digestive |
| | DE TOFFOL Bertrand | Neurologie |
| | DEQUIN Pierre-François | Thérapeutique ; médecine d'urgence |
| | DESTRIEUX Christophe | Anatomie |
| | DIOT Patrice | Pneumologie |
| | DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague ... | Anatomie & Cytologie pathologiques |
| | DUMONT Pascal | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| | EL HAGE Wissam | Psychiatrie adultes |
| | FAUCHIER Laurent | Cardiologie |
| | FAVARD Luc | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| | FOUQUET Bernard | Médecine physique et de Réadaptation |
| | FRANCOIS Patrick..... | Neurochirurgie |
| | FROMONT-HANKARD Gaëlle | Anatomie & Cytologie pathologiques |
| | FUSCIARDI Jacques | Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence |

| | | |
|-----|-------------------------------|--|
| | GAILLARD Philippe | Psychiatrie d'Adultes |
| | GOGA Dominique | Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie |
| | GOUDEAU Alain | Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière |
| | GOUPILLE Philippe | Rhumatologie |
| | GRUEL Yves | Hématologie ; Transfusion |
| | GUERIF Fabrice | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction |
| | GUILMOT Jean-Louis | Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire |
| | GUYETANT Serge | Anatomie et Cytologie pathologiques |
| | HAILLOT Olivier | Urologie |
| | HALIMI Jean-Michel | Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique) |
| | HANKARD Regis | Pédiatrie |
| | HERAULT Olivier | Hématologie ; transfusion |
| | HERBRETEAU Denis | Radiologie et Imagerie médicale |
| Mme | HOMMET Caroline | Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement |
| MM. | HUTEN Noël | Chirurgie générale |
| | LABARTHE François | Pédiatrie |
| | LAFFON Marc | Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence |
| | LARDY Hubert | Chirurgie infantile |
| | LASFARGUES Gérard | Médecine et Santé au Travail |
| | LAURE Boris..... | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| | LEBRANCHU Yvon | Immunologie |
| | LECOMTE Thierry | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| | LESCANNE Emmanuel | Oto-Rhino-Laryngologie |
| | LINASSIER Claude | Cancérologie ; Radiothérapie |
| | LORETTE Gérard..... | Dermato-Vénérologie |
| | MACHET Laurent | Dermato-Vénérologie |
| | MAILLOT François | Médecine Interne |
| | MARCHAND-ADAM Sylvain | Pneumologie |
| | MARRET Henri | Gynécologie et Obstétrique |
| | MARUANI Annabel | Dermatologie |
| | MEREGHETTI Laurent | Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière |
| | MORINIERE Sylvain | O.R.L. |
| | MULLEMAN Denis | Rhumatologie |
| | PAGES Jean-Christophe | Biochimie et biologie moléculaire |
| | PAINTAUD Gilles | Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique |
| | PATAT Frédéric | Biophysique et Médecine nucléaire |
| | PERROTIN Dominique | Réanimation médicale ; médecine d'urgence |
| | PERROTIN Franck | Gynécologie et Obstétrique |
| | PISELLA Pierre-Jean | Ophtalmologie |
| | QUENTIN Roland | Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière |
| | ROBIER Alain | Oto-Rhino-Laryngologie |
| | ROINGEARD Philippe | Biologie cellulaire |
| | ROSSET Philippe | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| | ROYERE Dominique | Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction |
| | RUSCH Emmanuel | Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention |
| | SALAME Ephrem | Chirurgie digestive |
| | SALIBA Elie | Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction |
| Mme | SANTIAGO-RIBEIRO Maria | Biophysique et Médecine Nucléaire |
| MM. | SIRINELLI Dominique | Radiologie et Imagerie médicale |
| | THOMAS-CASTELNAU Pierre | Pédiatrie |
| Mme | TOUTAIN Annick | Génétique |
| MM. | VAILLANT Loïc | Dermato-Vénérologie |
| | VELUT Stéphane | Anatomie |
| | WATIER Hervé | Immunologie |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique Médecine Générale
LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale
MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ANGOULVANT Theodora Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M. BAKHOS David Physiologie
Mme BAULIEU Françoise..... Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène..... Biochimie et biologie moléculaire
MM. BOISSINOT Eric Physiologie
DESOUBEUX Guillaume Parasitologie et mycologie
Mme DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire
M. EHRMANN Stephan Réanimation médicale
Mme FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques
M. GATAULT Philippe Néphrologie
Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine..... Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie Immunologie
MM. GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion
HOARAU Cyrille..... Immunologie
HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique..... Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine Anatomie et Cytologie pathologiques
MM. PIVER Eric Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme SAINT-MARTIN Pauline Médecine légale et Droit de la santé
MM. SAMIMI Mahtab Dermatologie
TERNANT David Pharmacologie – toxicologie
Mme VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie ... Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M. VOURC'H Patrick Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes BOIRON Michèle Sciences du Médicament
ESNARD Annick Biologie cellulaire
M. LEMOINE Maël Philosophie
Mme MONJAUZE Cécile Sciences du langage - Orthophonie
M. PATIENT Romuald Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes HUAS Caroline Médecine Générale
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale
M. ROBERT Jean..... Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

| | | |
|------|-----------------------------|---|
| M. | BOUAKAZ Ayache | Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930 |
| Mmes | BRUNEAU Nicole | Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930 |
| | CHALON Sylvie | Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930 |
| MM. | COURTY Yves | Chargé de Recherche CNRS – U 618 |
| | GAUDRAY Patrick | Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292 |
| | GOUILLEUX Fabrice..... | Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292 |
| Mmes | GOMOT Marie | Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930 |
| | HEUZE-VOURCH Nathalie | Chargée de Recherche INSERM – U 618 |
| MM. | LAUMONNIER Frédéric | Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930 |
| | LE PAPE Alain | Directeur de Recherche CNRS – U 618 |
| Mmes | MARTINEAU Joëlle | Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930 |
| | POULIN Ghislaine | Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930 |

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

| | | |
|------|--------------------------|---|
| Mme | BIRMELE Béatrice | Praticien Hospitalier (<i>éthique médicale</i>) |
| M. | BOULAIN Thierry | Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>) |
| Mme | CRINIERE Lise | Praticien Hospitalier (<i>endocrinologie</i>) |
| M. | GAROT Denis | Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>) |
| Mmes | MAGNAN Julie | Praticien Hospitalier (<i>sémiologie</i>) |
| | MERCIER Emmanuelle | Praticien Hospitalier (<i>CSCT</i>) |

Pour l'Ecole d'Orthophonie

| | | |
|-----|------------------------|-----------------------|
| Mme | DELORE Claire | Orthophoniste |
| MM. | GOUIN Jean-Marie | Praticien Hospitalier |
| | MONDON Karl | Praticien Hospitalier |
| Mme | PERRIER Danièle | Orthophoniste |

Pour l'Ecole d'Orthoptie

| | | |
|-----|-----------------------|-----------------------|
| Mme | LALA Emmanuelle | Praticien Hospitalier |
| M. | MAJZOUB Samuel | Praticien Hospitalier |

Remerciements

Je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce projet.

Je tiens à exprimer mes remerciements au Pr RUSCH Emmanuel qui me fait l'honneur de présider ce jury et pour son soutien aux internes.

Je tiens aussi à remercier Dr GRAMMATICO-GUILLON Leslie, ma directrice de thèse, qui a accepté de m'encadrer pour ce travail.

Je remercie Dr NICOLET Isabelle de faire partie de mon jury de thèse. Vous êtes à l'origine de mon sujet et le travail auprès de vous lors de mon premier stage d'interne m'a conforté dans mon choix de spécialité, à savoir la « Santé Publique et Médecine Sociale ».

Je remercie Pr BALLON Nicolas de faire partie de mon jury de thèse et d'avoir tant contribué à mon appétence pour l'addictologie.

Je remercie Pr LECOMTE Thierry et Pr LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Je remercie tous ceux avec qui j'ai aimé travaillé au cours de mes stages : à l'Agence Régionale de la Santé (ARS) de la région Centre, à l'Institut Inter-Régional pour la Santé (IRSA) de Tours, au Service d'Information Médicale, d'Épidémiologie et d'Économie de la santé (SIMEES) du CHRU de Tours, au Centre de Coordination des Dépistages des Cancers d'Indre-et-Loire (CCDC 37) et à la Direction des Services Départementaux de l'Éducation Nationale d'Indre-et-Loire (DSDEN 37). Je remercie aussi les membres du service d'addictologie du Centre Hospitalier de Dreux de m'avoir accueilli.

Je remercie mes amis de Tours, de Bordeaux et des Antilles ; mes co-internes et mes co-master 2.

Un livre ne suffirait pas pour remercier ma famille. Malgré les kilomètres qui nous séparent (Martinique, Guadeloupe et région parisienne), vous avez toujours été d'un soutien indéfectible pour moi tout au long de ces années. Je suis fière de faire partie de cette famille.

A ma mamie Oliva et ma maman, qui ont toujours été des exemples de courage et de gentillesse malgré les adversités, des « Fanm doubout ».

Une pensée pour papi.

Résumé

Les cancers de la cavité buccale sont dans $\frac{3}{4}$ des cas liés à une consommation de tabac et/ou d'alcool. Le dépistage de ces cancers constitue une priorité de santé publique méconnue. L'objectif du projet (Appel à projet INCa) était de comparer différentes organisations visant à faciliter l'accès à ce dépistage pour la population la plus touchée, à savoir les patients alcoolo-tabagiques, en associant différents professionnels (addictologues, chirurgiens-dentistes et chirurgiens maxillo-faciaux stomatologues). Cette étude prospective consistait à proposer systématiquement une consultation de dépistage aux patients suivis dans l'ensemble des structures sanitaires ou médico-sociales d'addictologie du département d'Indre-et-Loire entre 2010 et 2013. Selon leur prise en charge initiale, les patients pouvaient être dépistés sur leur site de recrutement ou dans un cabinet libéral. L'étude a permis d'inclure 1 424 personnes, (20,7 % de la file active globale). Les taux d'inclusion étaient significativement supérieurs dans les SSR que dans les CSAPA et les équipes de liaison, respectivement 40,6 ; 13,1 et 8,1 % ($p < 0,01$). Toutes les séances de dépistage ont eu lieu sur les sites des SSR et des CSAPA ; aucun patient n'a opté pour le dépistage en cabinet libéral, modalité proposée par les CSAPA et les équipes de liaison. Le coût du dépistage par patient dépisté était inférieur dans les SSR par rapport aux CSAPA (17 € vs 53 €). Quatre cancers et 22 lésions précancéreuses ont été découverts. Les SSR présentent l'organisation la plus adaptée pour une généralisation régionale éventuelle du dépistage.

Mots clés : dépistage, cancer de la cavité buccale, alcool, tabac, addictologues, chirurgiens-dentistes.

**Title: Oral cancer screening of tobacco or/and alcohol addicts
in Indre-et-Loire**

Abstract

Three quarters of oral cancers are linked to tobacco or/and alcohol consumption. Oral cancer screening is an unknown public health priority. This project (call for proposal of INCa) aimed to compare different organisations for screening access going to the most affected population, tobacco or/and alcohol addicts. Addictologists, dentists and stomatologists were associated. This prospective study was to propose a systematic oral cancer screening to patients in addictologists structures of specialized healthcare and medico-social in Indre-et-Loire between 2010 and 2013. They could be screened in their recruitment site or in a liberal cabinet, depending on their initial support. One thousand four hundred and twenty four persons were included (20.7 % of the active list). The inclusion rates were significantly higher in the SSR than in the CSAPA and the liaison teams, 40.6; 13.1 and 8.1 % respectively ($p < 0.01$). All screening sessions were held in the SSR and the CSAPA sites, no patient opted for screening in liberal cabinet, modality proposed by the CSAPA and liaison teams. The screening cost by patient was lower in the SSR than in the CSAPA (€17 vs €53). Four cancers and 22 precancerous lesions have been discovered. The SSR have the most suitable organisation for a possible regional generalisation of oral cancer screening.

Key words: screening, oral cancer, alcohol, tobacco, addictologists, dentists.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

SOMMAIRE

| | | |
|------|--|----|
| I. | INTRODUCTION | 16 |
| II. | OBJECTIFS DE LA THÈSE | 21 |
| III. | MATÉRIEL ET MÉTHODES | 22 |
| A. | Procédure et population de l'étude | 22 |
| B. | Enquête évaluative | 25 |
| C. | Étude coût-efficacité | 26 |
| D. | Analyses statistiques | 28 |
| IV. | RÉSULTATS | 29 |
| A. | Échantillon d'enquête..... | 29 |
| B. | Lésions dépistées..... | 32 |
| C. | Soins bucco-dentaires..... | 34 |
| D. | Enquête de satisfaction auprès des patients..... | 35 |
| E. | Évaluation médico-économique | 36 |
| V. | DISCUSSION | 38 |
| VI. | CONCLUSION | 41 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 42 |
| | ANNEXES | 46 |

Liste des tableaux et figures

| | |
|---|----|
| Tableau I. Manifestations buccales les plus fréquentes chez les patients présentant une dépendance à l'alcool ou au tabac | 18 |
| Tableau II. Répartition prévisionnelle des séances de dépistage sur site | 24 |
| Tableau III. Les indicateurs du projet | 26 |
| Tableau IV. Identification des coûts..... | 27 |
| Tableau V. Consentements et dépistages des patients | 30 |
| Tableau VI. Caractéristiques des patients inclus..... | 31 |
| Tableau VII. Séances de dépistage sur site | 31 |
| Tableau VIII. Consultation de diagnostic suite à un dépistage positif..... | 33 |
| Tableau IX. Lésions cancéreuses découvertes par biopsie et interventions réalisées | 33 |
| Tableau X. Lésions précancéreuses découvertes par biopsie..... | 34 |
| Tableau XI. Principales remarques et suggestions des patients dépistés | 36 |
| Tableau XII. Coût de mise en place du dépistage par patient dépisté..... | 36 |
| | |
| Figure 1. Représentation des voies aéro-digestives supérieures | 16 |
| Figure 2. Exemples de lésions précancéreuses..... | 18 |
| Figure 3. Cartographies des structures spécialisées en addictologie partenaires | 20 |
| Figure 4. Modalités de dépistage..... | 23 |
| Figure 5. Calendrier du projet | 25 |
| Figure 6. Différentes étapes possibles de la prise en charge des patients | 27 |
| Figure 7. Flow-chart des lésions dépistées | 32 |
| Figure 8. Incitation à réaliser un suivi buccodentaire suite au dépistage..... | 34 |
| Figure 9. Niveau global de satisfaction des patients | 35 |
| Figure 10. Plan coût-efficacité | 37 |

Liste des annexes

Annexe 1 : Formulaire de consentement

Annexe 2. Lettre d'information n°1

Annexe 3. Lettre d'information n°2

Annexe 4. Lettre d'information n°3

Annexe 5. Lettre d'information n°4

Annexe 6. Lettre d'information n°5

Liste des Abréviations

| | |
|--------|---|
| CSAPA | Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie |
| CAARUD | Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les usagers de drogues |
| CH | Centre Hospitalier |
| CCF | Chirurgie Cervico-Faciale |
| DGS | Direction Générale de la Santé |
| ELSA | Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie |
| INCa | Institut National du Cancer |
| MILDT | Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies |
| ORL | Oto-Rhino-Laryngologie |
| SSR | Soins de Suite et de Réadaptation |
| UCT | Unité de Coordination en Tabacologie |
| UFSBD | Union Française de la Santé Bucco-Dentaire |
| VADS | Voies Aéro-Digestives Supérieures |

I. INTRODUCTION

Située entre le sphincter labial en avant, l'axe aérodigestif du pharynx en arrière, les maxillaires en haut et la mandibule en bas, la cavité buccale fait partie des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Ces dernières comprennent aussi le pharynx, le larynx et les cavités naso-sinusiennes.

La cavité buccale est constituée des lèvres, du plancher de la bouche, des deux tiers antérieurs de la langue mobile, de la face interne de la joue, des gencives et du palais dur (Figure 1).

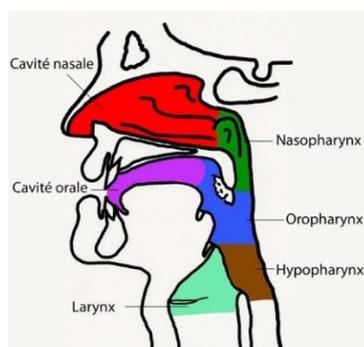


Figure 1. Représentation des voies aéro-digestives supérieures [1]

Bien que méconnue de la population générale, 7 500 nouveaux cas de cancers de la cavité buccale sont découverts chaque année en France, à l'origine de 1 875 décès [2]. Ces cancers sont plus fréquents dans l'Ouest, le Nord et l'Est de l'Hexagone. En région Centre, l'incidence standardisée sur l'âge du cancer de la cavité buccale est stable de 2003 à 2007 avec une incidence de 39 pour 100 000 adultes soit 814 nouveaux patients [3]. L'incidence de ces cancers est élevée comparativement aux autres pays européens [4]. Décelés tardivement dans 70% des cas [5], ce sont des cancers graves puisque plus de 60 % des patients meurent dans les cinq ans. Les traitements chirurgicaux sont mutilants, laissant des séquelles physiques et esthétiques qui altèrent la qualité de vie et l'insertion professionnelle. Les cancers de la cavité buccale sont dans 90 % des cas des carcinomes épidermoïdes [6]. Selon le Collège français d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) et de Chirurgie Cervico-Faciale (CCF), le traitement est le plus souvent radio-chirurgical. Il consiste en une exérèse large de la lésion associée à un curage ganglionnaire et à une irradiation complémentaire. La curiethérapie interstitielle,

technique de radiothérapie où les sources radioactives sont implantées à l'intérieur de la tumeur, peut être proposée pour des tumeurs de petite taille à distance de la gencive [7].

Dans trois quarts des cas, ces cancers de la cavité buccale sont liés à une consommation excessive d'alcool et/ou de tabac, le plus souvent associés [8]. Le risque de cancer augmente avec l'ancienneté et l'importance du tabagisme, le seuil critique semblant se situer à 20 paquets-années [9]. Chez les patients ayant une consommation d'alcool excessive, le risque est fortement augmenté pour les consommations supérieures à 40 g/jour (OR de 4,2 à 12,6 selon la localisation) [10]. De plus, la consommation tabagique associée à la prise quotidienne d'alcool a un effet multiplicatif sur le risque de développer un cancer des voies aéro-digestives supérieures [11].

L'organisation d'un dépistage de ce type de cancer chez les personnes alcoolo-tabagiques a montré son efficacité. En effet, dans une étude comparative indienne réalisée sur une période de 9 ans, une réduction de 32 % du taux de mortalité a été observée parmi les personnes alcoolo-tabagiques ayant passé un examen visuel de la cavité buccale [12]. Il n'existe pas à ce jour de programme de dépistage des cancers de la cavité buccale chez les patients-alcoolo-tabagiques. Le plan cancer 2009-2013 incitait à la réalisation d'expérimentations d'actions de détection précoce des cancers de la cavité buccale ciblant les populations à risque [13].

Le dépistage est un examen visuel, facile et rapide qui s'attache à la détection de toute lésion lors d'un examen bucco-dentaire (Figure 2). Il ne nécessite qu'un cadre lumineux, des gants, des miroirs et des compresses [14]. Plusieurs types de lésions précancéreuses constituent des signes et symptômes de cancer buccal (érythroplasie, leucoplasie, érythroleucoplasie, ulcère qui ne guérit pas après 2 semaines, masse rouge ou blanche indurée, etc). Différentes études ont montré que des techniques adjuvantes à cet examen tels que l'utilisation de colorations vitales ou de fluorescence n'améliorait pas la sensibilité ou la spécificité du dépistage [15, 16, 17]

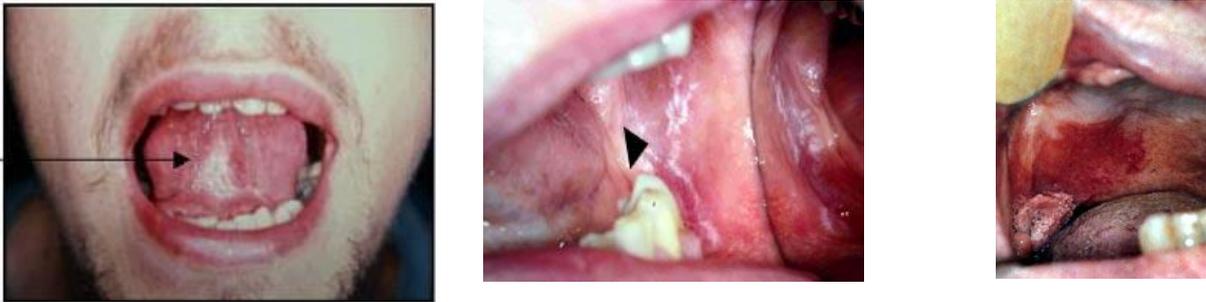


Figure 2. Exemples de lésions précancéreuses
(de gauche à droite : leucoplasie, lichen, érythroplasie) [18]

L'examen physique de la cavité buccale dans le cadre du dépistage d'un cancer dans la population générale aurait une sensibilité de 59 à 100 % et une spécificité de 95,9 à 99,7 %. Sa valeur prédictive positive serait de 15 à 91 % et sa valeur prédictive négative serait de 99 ou 100 % [19]. La valeur prédictive positive pourrait être améliorée sur une population constituée des personnes les plus à risque, à savoir les alcoolo-tabagiques.

Les patients alcoolo-tabagiques sont souvent peu enclins à réaliser un suivi bucco-dentaire [20]. Le dépistage peut aussi permettre de les conseiller quant aux autres manifestations buccales auxquelles ils peuvent être confronté du fait de leur dépendance [21] (Tableau I).

Tableau I. Manifestations buccales les plus fréquentes chez les patients présentant une dépendance à l'alcool ou au tabac

| Alcool | Tabac |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Caries multiples • Maladies parodontales • Abrasion dentaires • Glossite, chéilite angulaire • Aphtes récurrents • Odeur d'alcool • Leucoplasie • Cancer buccal • Traumatismes maxillo-faciaux • Xérostomie • Mycoses buccales aiguës et chroniques | <ul style="list-style-type: none"> • Mélanose du fumeur • Perte de dents • Perte d'attache • Risque d'échec implantaire • Caries dentaires • Kératinisation des muqueuses • Cancer buccal • Colorations dentaires • Xérostomie • Mycoses buccales aiguës et chroniques • élévation considérable du seuil gustatif salé • Halitose |

Il semble ainsi essentiel de sensibiliser les équipes spécialisées en addictologie à la nécessité de repérage de ces cancers. Avec plus de 500 000 bouches examinées quotidiennement, les chirurgiens-dentistes français semblent être des acteurs clés pour ce type de dépistage [22]. La Mission Interministérielle de Lutte contre les drogues et les Toxicomanies (MILT) et la Direction Générale de la Santé (DGS) ont d'ailleurs récemment mis en ligne un site internet visant à les informer au sujet des diagnostics chez les patients présentant des addictions et leur donner des clés pour les conseiller [23].

Selon la circulaire n°2007-203 du 16 mai 2007 [24], le dispositif de prise en charge et de soins spécifiques en addictologie comprend :

- un volet médico-social correspondant à une offre de proximité (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie CSAPA, Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les usagers de drogues CAARUD et des communautés thérapeutiques)
- un volet sanitaire permettant de couvrir l'intégralité des parcours des personnes ayant une conduite addictive (consultations hospitalières d'addictologie, Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie ELSA, structures ou unités d'addictologie, centres de Soins de Suite et de Réadaptation addictologiques SSR et le centre d'addictologie universitaire).

En Indre-et-Loire, l'offre de soin en addictologie est principalement portée dans le secteur sanitaire par plusieurs équipes hospitalières : une ELSA rattachée au CHRU de Tours qui intervient dans les différents établissements publics du département, une Unité de Coordination en Tabacologie (UCT) et des SSR spécialisés en addictologie. Ces dernières sont les centres Louis Sevestre, Malvau et ANAS Le Courbat. Ces équipes hospitalières proposent des consultations d'addictologie en cours d'hospitalisation et en ambulatoire, et des cures résidentielles. Le secteur médico-social est représenté par le CSAPA. Sur Tours, il est constitué de 2 antennes (CSAPA Port Bretagne et CSAPA La Rotonde spécialisé en alcoologie) (Figure 3). En périphérie, il existe une antenne généraliste à Loches et une permanence à Amboise.

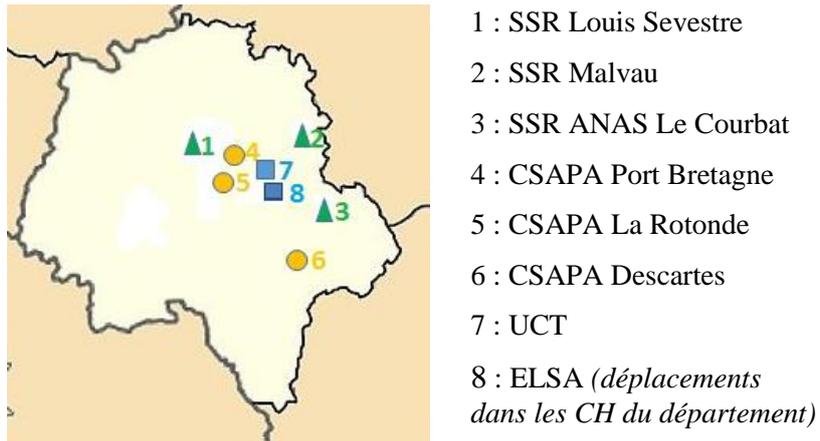


Figure 3. Cartographies des structures spécialisées en addictologie partenaires

Cette thèse se base sur un projet intitulé « Dépistage des cancers de la cavité buccale de patients alcoolo-tabagiques suivis par les structures sanitaires et médico-sociales en Indre-et-Loire ». Il a été accepté dans le cadre d'un appel à projet de l'Institut National du Cancer INCa datant de 2011 intitulé accompagnement des politiques de prévention et de dépistage des cancers.

II. OBJECTIFS DE LA THÈSE

L'objectif principal était de comparer différentes modalités de dépistage systématique de lésions bucco-dentaires chez des patients alcoolo-tabagiques, dans différents types de structures spécialisées en addictologie selon :

- la faisabilité,
- l'adhésion des patients,
- l'efficacité
- et l'efficience du dépistage (étude coût-efficacité).

III. MATÉRIEL ET MÉTHODES

A. Procédure et population de l'étude

Cette étude prospective évaluative s'est déclinée en différentes étapes.

Formation des chirurgiens-dentistes

Dans un premier temps, les 305 chirurgiens-dentistes du département inscrits au Conseil de l'Ordre ont été informés de la création de ce programme de dépistage et invités à une formation au dépistage des lésions de la cavité buccale. La Société odontostomatologique de Touraine a formé 51 chirurgiens-dentistes (16,7 % des professionnels du département) au dépistage grâce à l'outil pédagogique de l'INCa. Ces chirurgiens-dentistes faisaient partie de l'Union Française pour la Santé Bucco-dentaire (UFSBD), association loi 1901 qui poursuit des missions de santé publique d'amélioration de la santé bucco-dentaire de tous les français. Ils s'engageaient à participer au protocole de dépistage.

Calcul du nombre de sujets à dépister

Dans un second temps, la participation au protocole a été proposée à tous les patients majeurs présentant une addiction pour l'alcool et/ou le tabac au sein des structures spécialisées en addictologie du département. Le nombre de patients a été estimé en fonction des files actives prévisionnelles de l'ensemble des structures (6 350 patients), tronquées d'1/5 des patients (personnes suivies par plusieurs structures selon les experts). En l'absence d'études publiées similaires à la nôtre, cette estimation correspondait à la situation la plus favorable, c'est-à-dire une inclusion de 100 % des patients vus au moins une fois par les structures d'addictologie d'Indre-et-Loire.

Protocole de dépistage

Une consultation systématique de chirurgie-dentaire était proposée aux patients alcoolo-tabagiques pris en charge dans les structures spécialisées en addictologie du département sur une période de 24 mois. Les modalités de ce dépistage dépendaient de l'organisation des 3 types de structure : SSR, CSAPA et équipes de liaison (Figure 4).

Tous les patients des centres de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) devaient être informés des risques de développer des lésions de la cavité buccale et de l'importance d'effectuer un dépistage, au cours de séances collectives et d'entretiens individuels.

Les patients des Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et des équipes de liaisons à savoir l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) et l'Unité de Coordination en Tabacologie (UCT) étaient informés lors d'entretiens individuels.

Cette information, orale et écrite, pouvait aboutir à l'inclusion du patient attestée par la signature du consentement (Annexe 1). A l'inclusion, les patients remplissaient le test de Fagerström [25] qui renseigne sur le degré de dépendance physique à la nicotine et l'AUDIT (Alcohol Use Disorders Test) [26] qui évalue la consommation d'alcool sur les 12 derniers mois.

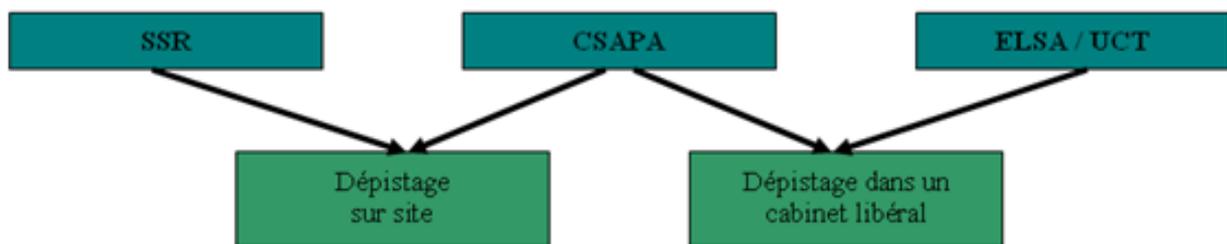


Figure 4. Modalités de dépistage

Les dépistages dans l'enceinte des SSR et des CSAPA étaient réalisés par des chirurgiens-dentistes volontaires par demi-journée. Afin d'asseoir les conditions d'une éventuelle pérennisation, le planning des chirurgiens-dentistes a été adapté à l'organisation propre des différents centres qui proposaient un dépistage sur site, selon une fréquence adaptée aux disponibilités en matière de locaux des structures (Tableau II).

Tableau II. Répartition prévisionnelle des séances de dépistage sur site

| Site | Fréquence |
|---------------------|-----------------------------------|
| SSR Louis Sevestre | 2 demi-journées tous les 15 jours |
| SSR ANAS Le Courbat | 2 demi-journées par mois |
| SSR Malvau | 2 demi-journées par mois |
| CSAPA Port Bretagne | 2 demi-journées par mois |
| CSAPA La Rotonde | 1 demi-journée par mois |
| CSAPA Descartes | 1 demi-journée par mois |

Les séances de dépistage dans un cabinet libéral étaient aussi réalisées par des chirurgiens-dentistes volontaires, inscrits sur la liste du protocole. Ces derniers devaient ensuite transmettre les fiches de dépistage sous enveloppe cachetée à l'UFSBD qui les faisait parvenir à la technicienne de recherche recrutée pour le projet.

Protocole de suivi

En cas de lésion suspecte dépistée, les patients étaient adressés au service de chirurgie maxillo-faciale du CHRU de Tours ou du département de résidence.

Les SSR, où les patients peuvent être hospitalisés plusieurs mois, organisaient les déplacements vers le service de chirurgie maxillo-faciale.

Les patients des CSAPA, étant uniquement vus en consultation externe, devaient organiser seuls leur trajet. Ensuite, la prise en charge des patients suivait la filière classique : réalisation éventuelle de biopsie +/- traitement des lésions découvertes.

Tous les patients avec lésion suspecte dépistée ont été contactés à 1, 3 et 6 mois afin de recueillir les informations de suivi ou d'inciter les patients n'ayant pas effectué leur suivi à réaliser les soins préconisés.

Parmi les patients pour lesquels aucune lésion n'était retrouvée mais à qui des soins bucco-dentaires étaient conseillés, $\frac{1}{4}$ a été aléatoirement sélectionné et contacté à 1, 3 et 6 mois selon les mêmes modalités.

Évaluation médico-économique

L'évaluation médico-économique visait à mettre en relation le coût de mise en place et l'efficacité pour comparer les différentes structures. Une analyse coût-efficacité a été réalisée. Le critère de résultat était le coût par patient dépisté sur un horizon temporel de 24 mois. Le point de vue retenu pour cette évaluation était celui du payeur public. Cette perspective a permis de tenir compte des coûts engendrés par l'incitation au dépistage par les centres, par le dépistage au sein des centres ou au sein des cabinets libéraux ainsi que par le diagnostic au CHRU.

La méthodologie du projet est résumée dans le calendrier prévisionnel (Figure 5).

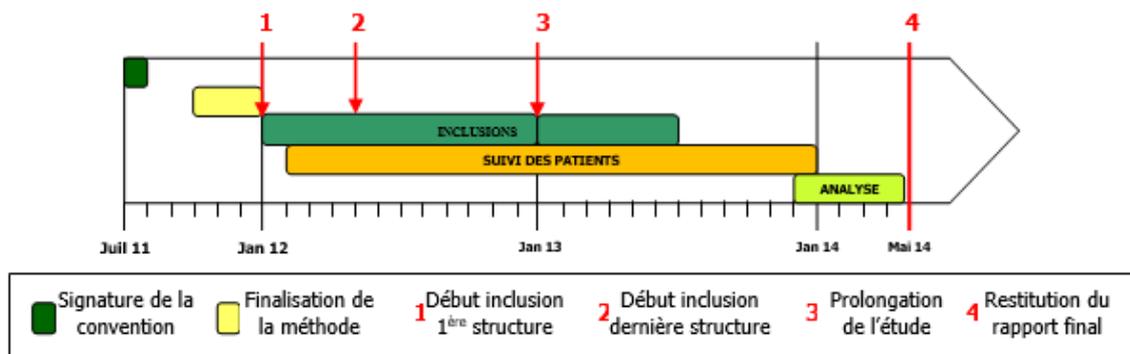


Figure 5. Calendrier du projet

Les différents partenaires de ce projet (addictologues, laboratoire de santé publique du CHRU de Tours, UFSBD ou représentant du service de chirurgie maxillo-faciale) se sont rencontrés tous les trimestres lors de réunions de suivi de projet. Une lettre d'information trimestrielle a aussi été mise en place durant les inclusions par l'équipe en charge de la coordination (Annexes 2, 3, 4, 5 et 6).

B. Enquête évaluative

Les indicateurs évalués concernaient la procédure et les résultats dans les différents groupes (Tableau III).

Tableau III. Les indicateurs du projet

| Critère | Indicateur |
|-------------------------|---|
| La faisabilité | <ul style="list-style-type: none"> • Respect du calendrier • Suivi des étapes • Nombre de perdus de vue lors de l'orientation vers le dépistage et à 6 mois. |
| L'adhésion des patients | <ul style="list-style-type: none"> • Le taux de participation • La satisfaction des patients |
| L'efficacité | <ul style="list-style-type: none"> • Délai de prise en charge pour la consultation de dépistage et la biopsie • Nombre et type de lésions précancéreuses trouvées • Nombre et type de lésions précancéreuses traitées à 6 mois • Nombre de cancers dépistés et description des stades • Résultats anatomopathologiques de ces lésions • Nombre de patient ayant eu un traitement dentaire suite à la consultation (objectif secondaire) |

C. Étude coût-efficacité

Pour évaluer les coûts du dépistage, les coûts médicaux directs seuls ont été pris en compte. L'identification des coûts a permis d'en déterminer 3 catégories : coût d'incitation, coût de dépistage et coût de diagnostic ; elles ont ensuite été analysées pour chaque centre (Tableau IV).

Tableau IV. Identification des coûts

| | Coûts d'incitation | Coûts de dépistage | Coûts de diagnostic |
|------------------------|--|---|--|
| Coûts fixes | -Information collective des patients -Planification du rendez-vous de dépistage | -Organisation de la salle de dépistage (SSR / CSAPA). -Déplacement du chirurgien-dentiste et consultation de dépistage (SSR / CSAPA) | -Pas de coût fixe |
| Coûts variables | -Information individuelle des patients -Présentation du protocole -Signature du formulaire de consentement | -Matériel de dépistage (SSR / CSAPA) -Consultation de dépistage dans un cabinet libéral (CSAPA / équipes de liaison) | -Transport vers la consultation de diagnostic (SSR) -Consultation de diagnostic |

Les coûts d'incitation et de dépistage ont été regroupés pour l'analyse du coût de mise en place du dépistage. La somme des coûts d'incitation, de dépistage et de diagnostic sont sous l'appellation coût de prise en charge (Figure 6).

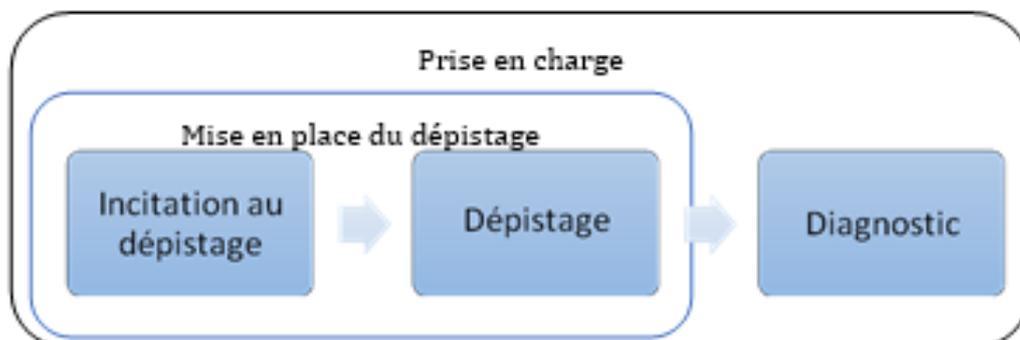


Figure 6. Différentes étapes possibles de la prise en charge des patients

Les coûts ont été mesurés de la façon suivante :

- coûts de personnels pour la mise en place du dépistage : en temps de personnels à dire d'expert, et en temps des chirurgiens-dentistes en nombre de séances de dépistage. Le temps de personnel a été valorisé par le coût salarial moyen de chaque catégorie de personnel sur la grille salariale de la fonction publique hospitalière.
- matériel de dépistage : nombre de consommables utilisés pour chaque dépistage. Le matériel de dépistage a été valorisé par le prix des consommables payés par chaque structure selon ses propres fournisseurs.
- coûts du diagnostic : nombre de patients ayant eu une consultation avec ou sans biopsie à l'hôpital pour le diagnostic. Les consultations pour diagnostic ont été valorisées par la base du remboursement d'une consultation en stomatologie en accès direct spécifique. L'acte de biopsie a été valorisé par son tarif CCAM correspondant au libellé « biopsie de la cavité orale et / ou de l'oropharynx, avec guidage par des colorations vitales ».
- coûts de transport mesurés sur la base d'une distance moyenne entre le lieu de dépistage et le lieu de diagnostic. Les coûts de transport ont été valorisés par les tarifs conventionnels applicables aux transports sanitaires par véhicule sanitaire léger.

D. Analyses statistiques

Les analyses ont été réalisées au moyen du logiciel SAS[®], version 9.1.3. Les graphiques ont été réalisés au moyen du logiciel Microsoft Excel[®]. Les différents groupes ont été comparés entre eux à l'aide du test de chi 2 pour les variables nominales et à l'aide d'une ANOVA (comparaison de moyennes) pour les variables continues.

IV. RÉSULTATS

A. Échantillon d'enquête

Entre le 1^{er} janvier 2012 et le 1^{er} juin 2013, 1 424 personnes ont été incluses soit 28,5 % des 5 000 patients susceptibles de bénéficier de ce travail de recherche.

Les taux de patients inclus ont été calculés en fonction des files actives des structures durant leur période d'inclusion (Tableau V). Le taux d'inclusion était significativement plus élevé dans les SSR que dans les CSAPA et les unités de liaison, respectivement 40,6 ; 13,1 et 8,1 % ($p < 0,01$).

Parmi les sujets inclus, la proportion de personnes ayant eu accès au dépistage était significativement plus importante dans les SSR que dans les CSAPA respectivement 93,5 % et 61,7 % ($p < 0,01$). A notre connaissance, la modalité de dépistage par une consultation dans un cabinet de chirurgien-dentiste libéral n'a permis aucun dépistage, ni par le CSAPA ni pas les équipes de liaison.

Les patients inclus étaient majoritairement des hommes : SSR (sex-ratio H/F : 5,0), CSAPA (sex-ratio H/F : 3,1), ELSA/UCT (sex-ratio H/F : 3,0). La proportion d'hommes était significativement plus élevée dans les SSR que dans les autres types de site (Tableau VI).

Au sein des CSAPA, la population était plus jeune que dans les autres types d'établissements.

Dans les équipes de liaison, la quantification des consommations tabagiques et alcooliques a été réalisée seulement par l'ELSA. La consommation tabagique et les résultats au test de Fagerström ne différaient pas entre les groupes.

La proportion de patients présentant une consommation excessive d'alcool était inférieure dans les CSAPA. Les résultats de l'AUDIT étaient très variés avec une consommation plus importante dans les SSR que dans l'ELSA, consommation à l'ELSA supérieure à celles des CSAPA.

La proportion de patients présentant une co-addiction à l'alcool et au tabac n'était pas différente entre les groupes.

Tableau V. Consentements et dépistages des patients

| | File active pendant l'étude* | Patients ayant signé le formulaire de consentement | | Patients consentant ayant réalisé un dépistage sur site | | Patients consentant ayant réalisé un dépistage en libéral | |
|---------------------|------------------------------|--|-------------|---|-------------|---|------------|
| | | N | % | N | % | N | % |
| SSR | 2 335 | 949 | 40,6 | 887 | 93,5 | NA | NA |
| SSR Louis Sevestre | 1 480 | 517 | 34,9 | 472 | 91,3 | NA | NA |
| SSR ANAS Le Courbat | 551 | 254 | 46,1 | 249 | 98,0 | NA | NA |
| SSR Malvau | 304 | 178 | 58,6 | 166 | 93,3 | NA | NA |
| CSAPA | 2 155 | 282 | 13,1 | 174 | 61,7 | 0 | 0,0 |
| CSAPA Port Bretagne | 1 163 | 123 | 10,6 | 57 | 46,3 | 0 | 0,0 |
| CSAPA La Rotonde | 762 | 108 | 14,2 | 78 | 72,2 | 0 | 0,0 |
| CSAPA Descartes | 230 | 51 | 22,2 | 39 | 76,5 | 0 | 0,0 |
| ELSA/UCT | 2 397 | 193 | 8,1 | NA | NA | 0 | 0,0 |
| ELSA | 974 | 178 | 18,2 | NA | NA | 0 | 0,0 |
| UCT | 1 423 | 15 | 1,1 | NA | NA | 0 | 0,0 |
| Total | | 1 424 | 20,7 | 1 061 | 74,5 | 0 | 0,0 |

* : ont été retranchés des files actives les patients ne présentant pas les critères d'inclusion : addictions sans drogue, mineurs, population carcérale...
NA : Modalité de dépistage non proposée

Tableau VI. Caractéristiques des patients inclus

| | SSR | CSAPA | ELSA/UCT | p |
|---|------------------|------------------|------------------|---|
| Effectif N dont hommes (%) | 949 83,4 | 282 75,5 | 193 75,0 | <0,01 SSR vs CSAPA < 0,01 SSR vs ELSA/UCT < 0,01 CSAPA vs ELSA/UCT : NS |
| Age moyenne [min-max] | 45,7 [18,0–76,0] | 43,3 [19,0–70,0] | 46,3 [18,0–74,0] | <0,05 SSR vs CSAPA < 0,01 SSR vs ELSA/UCT : NS CSAPA vs ELSA/UCT <0,05 |
| Tabac | | | | |
| Consommation (%) | 90,0 | 87,3 | 87,8* | NS |
| Fagerström (médiane) | 5,0 | 6,0 | 6,0* | NS |
| Alcool | | | | |
| Consommation excessive (%) | 99,3 | 96,9 | 100,0* | <0,01 SSR vs CSAPA < 0,01 SSR vs ELSA/UCT : NS CSAPA vs ELSA/UCT <0,05 |
| AUDIT (médiane) | 29,0 | 16,0 | 22,0* | <0,01 SSR vs CSAPA < 0,01 SSR vs ELSA/UCT < 0,01 CSAPA vs ELSA/UCT <0,01 |
| Tabac et alcool | | | | |
| Consommation conjointe (%) | 89,2 | 83,9 | 87,8* | NS |
| * : seules les informations concernant l'ELSA sont indiquées NS : non significatif | | | | |

La majorité des séances prévues a pu être réalisée (Tableau VII) : 60,0 % dans les SSR contre 66,1 % dans les CSAPA ($p > 0,05$). Les chirurgiens-dentistes ont examiné plus de patients par séance dans les SSR ($p < 0,001$).

Tableau VII. Séances de dépistage sur site

| | Séances prévues N | Nombre de séances réalisées | | Nombre moyen de dépistés par séance |
|---------------------|----------------------|-----------------------------|-------------|-------------------------------------|
| | | N | % | |
| SSR | 140 | 84 | 60,0 | 11,3 |
| SSR Louis Sevestre | 72 | 46 | 63,9 | 10,3 |
| SSR ANAS Le Courbat | 36 | 26 | 72,2 | 9,6 |
| SSR Malvau | 32 | 12 | 37,5 | 13,8 |
| CSAPA | 56 | 37 | 66,1 | 5,0 |
| CSAPA Port Bretagne | 28 | 20 | 71,4 | 2,9 |
| CSAPA La Rotonde | 14 | 9 | 64,3 | 8,7 |
| CSAPA Descartes | 14 | 8 | 57,1 | 4,9 |

B. Lésions dépistées

A l'issue de ces séances de dépistage, 54 lésions ont été découvertes : 48 (89 %) dépistées dans un SSR et 6 (11 %) dans un CSAPA. Un rendez-vous avec un chirurgien maxillo-facial du CHRU de Tours a été organisé pour 49 patients ; 5 avaient une prise en charge prévue hors du département. Ces derniers ont été contactés lors du suivi, 4 ont déclaré avoir consulté un professionnel au cours des 6 mois, un a été perdu de vue après un premier contact téléphonique à un mois (Figure 7).

Huit patients sur les 49 pour qui un rendez-vous avait été planifié au CHRU ne l'ont pas honoré : 5 perdus de vue (restés injoignables durant tout le suivi téléphonique) ; 2 ne se sont pas rendus non plus au second rendez-vous organisé par la technicienne de recherche; le dernier souhaitait contacter lui-même le service mais ne l'avait pas fait au terme du suivi.

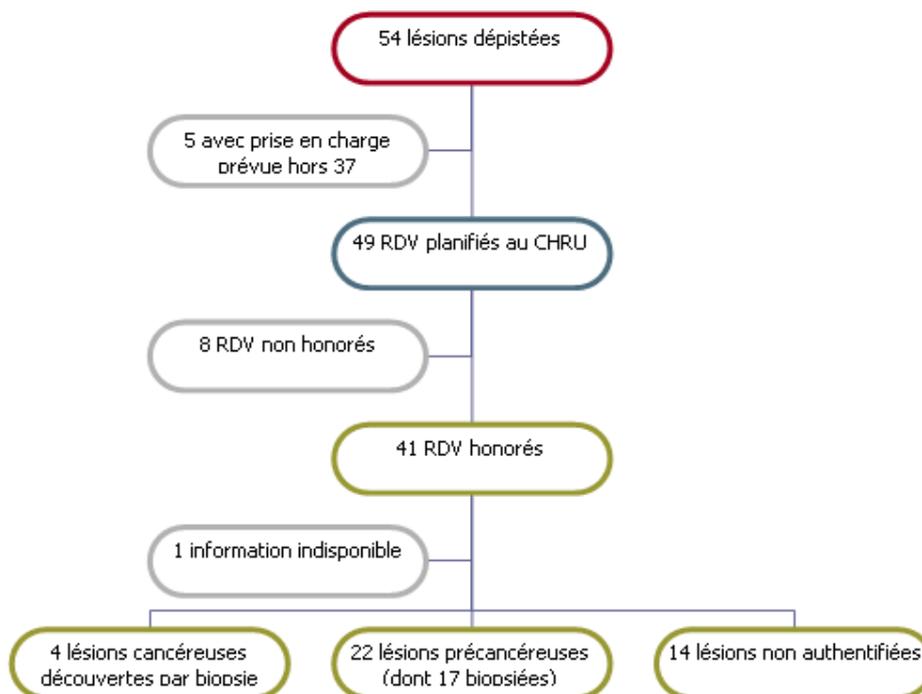


Figure 7. Flow-chart des lésions dépistées

Les patients inclus dans les CSAPA ont moins honoré leur rendez-vous que ceux des SSR ($p < 0,05$). Les délais minimum et maximum séparant la séance de dépistage de la consultation de diagnostic au CHRU étaient de 6 et 192 jours. Ils étaient plus importants pour les patients des CSAPA que pour ceux des SSR ($p < 0,01$).

Parmi les 41 patients pris en charge dans le service de chirurgie maxillo-faciale, 21 ont bénéficié d'une biopsie retrouvant 4 lésions cancéreuses et 17 lésions précancéreuses (Tableaux VIII, IX, X).

Les 4 cancers et 16 lésions précancéreuses ont été dépistés dans les SSR. Une lésion précancéreuse a été dépistée dans un CSAPA. Les lésions ont été prises en charge et traitées. Quatorze patients ne présentaient plus de lésion au moment de la consultation et 5 étaient simplement surveillés. Nous n'avons pas pu obtenir le compte-rendu de consultation pour un patient.

Tableau VIII. Consultation de diagnostic suite à un dépistage positif

| | Nombre de consultations planifiées | Délai médian RDV planifiés Jours [min-max] | Consultations honorées | | Délai médian RDV honorés Jours [min-max] |
|-----------------|------------------------------------|---|------------------------|------|---|
| | | | N | % | |
| SSR | 43 | 23,0 [6,0 – 103,0] | 38 | 88,4 | 20,0 [6,0 – 103,0] |
| CSAPA | 6 | 106,5 [38,0 – 192,0] | 3 | 50,0 | 48,0 [38,0 – 192,0] |
| ELSA/UCT | - | - | - | - | - |
| Total | 49 | 23,0 [6,0 – 192,0] | 41 | 83,7 | 23,0 [6,0 – 192,0] |

Tableau IX. Lésions cancéreuses découvertes par biopsie et interventions réalisées

| Lésions « cancéreuses » | Interventions |
|---|--|
| Carcinome épidermoïde in situ de la commissure inter-maxillaire gauche, authentifié secondairement comme carcinome épidermoïde infiltrant moyennement différencié | Tumorectomie + radiothérapie |
| Carcinome épidermoïde moyennement différencié non kératinisant du plancher buccal droit | Pelvectomie antérieure avec curage cervical bilatéral |
| Carcinome épidermoïde infiltrant différencié lingual droit | Intervention chirurgicale + radiothérapie à Orléans |
| Carcinome épidermoïde infiltrant du trigone rétro-molaire gauche | Oropharyngectomie par voie orale et sous-mandibulaire avec un évidement ganglionnaire prophylactique sur un cou N0 |

Tableau X. Lésions précancéreuses découvertes par biopsie

| Lésions « précancéreuses » | Effectifs |
|------------------------------------|-----------|
| Parakératose | 9 |
| Leucokératose ou leucoplasie | 5 |
| Macule pigmentaire postlésionnelle | 1 |
| Cheilite chronique | 1 |
| Papilite aigue érosive | 1 |

C. Soins bucco-dentaires

Lors des séances de dépistage, les chirurgiens-dentistes devaient diffuser des messages de prévention d'hygiène bucco-dentaire aux patients, dont la réalisation d'un suivi régulier. Les 943 patients ayant répondu au questionnaire de satisfaction (88,9 % des dépistés) ont signalé que cet examen les avaient incités pour 83,1 % à commencer, reprendre ou poursuivre un suivi bucco-dentaire (Figure 8).

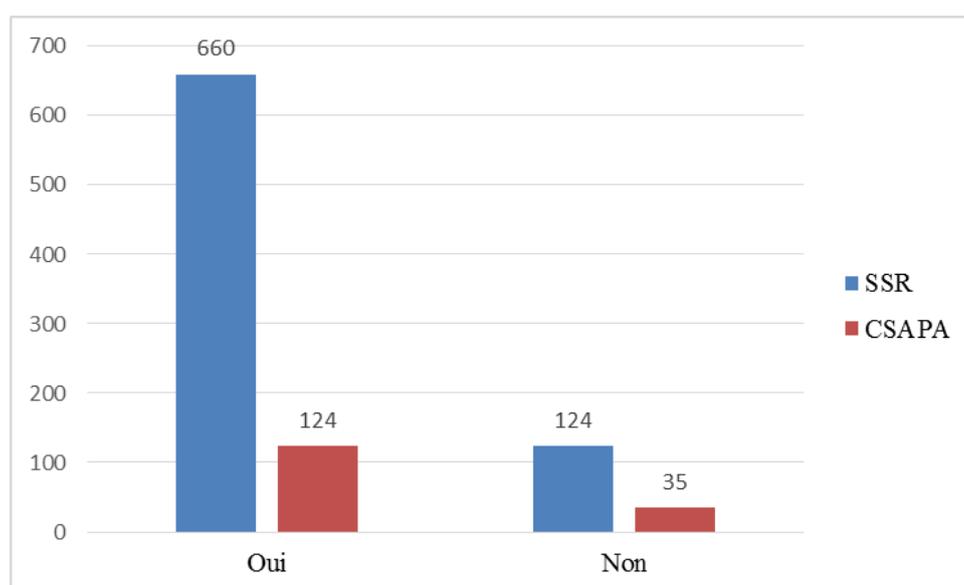


Figure 8. Incitation à réaliser un suivi buccodentaire suite au dépistage

Les chirurgiens-dentistes ont insisté sur la nécessité de réaliser des soins dentaires pour 716 personnes (67,5 % des dépistés). Parmi ces dernières, 173 ont été contactés à 3 et 6 mois et 59,5 % déclaraient avoir effectué ces soins.

D. Enquête de satisfaction auprès des patients

L'enquête de satisfaction a été réalisée auprès des patients ayant réalisé le dépistage. Aucun patient du groupe ELSA/UCT n'ayant été dépisté, leur avis n'a pas pu être recueilli. De plus, aucun patient de CSAPA n'ayant choisi la modalité « dépistage en cabinet libéral », seul le dépistage sur site a été évalué.

La qualité globale de cette expérimentation a été jugée « satisfaisante » ou « très satisfaisante » par 99,0 % des patients. Ils ont été « satisfaits » à « très satisfaits » de l'information donnée sur ces cancers à 98,1 % pour les SSR et 96,3 % pour les CSAPA (Figure 9).

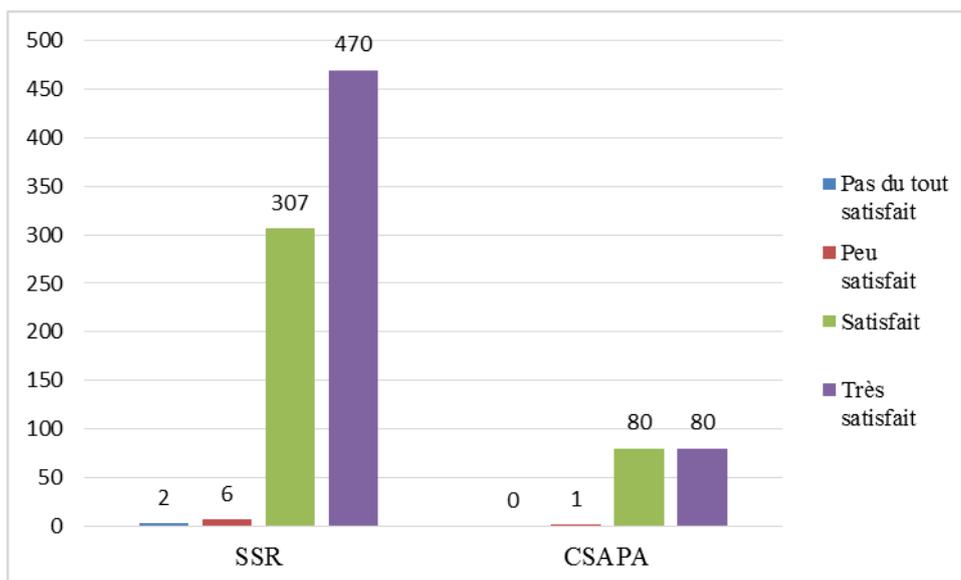


Figure 9. Niveau global de satisfaction des patients

Les patients dépistés ont été invités à faire des remarques ou des suggestions à propos du projet. Cent quatre-vingt-dix-sept personnes y ont répondu et 7 thèmes principaux présentés dans le tableau XI ont été identifiés (au moins 10 patients ont fait une réponse similaire).

Tableau XI. Principales remarques et suggestions des patients dépistés

| Remarques et suggestions | Effectifs |
|---|-----------|
| Patient satisfait de la qualité du chirurgien-dentiste ayant réalisé le dépistage | 47 |
| Patient satisfaits de la mise en place du projet | 40 |
| Patient satisfaits de la qualité du projet | 34 |
| Patient ayant l'intention de réaliser des soins dentaires suite au dépistage | 23 |
| Patient souhaitant que ce dépistage soit renouvelé | 19 |
| Patient souhaitant un examen dentaire beaucoup plus complet | 12 |

E. Évaluation médico-économique

Le coût de mise en place du dépistage au sein des centres par patient dépisté est inférieur dans les SSR (17,04 €) par rapport aux CSAPA (53,43 €). Le coût par patient dépisté n'a pas pu être calculé pour l'ELSA/UCT car aucun dépistage n'y a été réalisé (Tableau XII).

Tableau XII. Coût de mise en place du dépistage par patient dépisté

| | SSR | | | CSAPA | | | ELSA/UCT | |
|---|--------------------|---------------------|------------|---------------------|------------------|-----------------|----------|-----|
| | SSR Louis Sevestre | SSR ANAS Le Courbat | SSR Malvau | CSAPA Port Bretagne | CSAPA La Rotonde | CSAPA Descartes | ELSA | UCT |
| Coût selon le centre | 17,31 € | 18,62 € | 13,89 € | 78,86 € | 48,66 € | 25,82 € | NA | NA |
| Coût selon le type de structure | 17,04 € | | | 53,43 € | | | NA | |
| NA : coûts non mesurables du fait de l'absence de dépistage réalisé | | | | | | | | |

Le coût de la prise en charge des patients par lésion diagnostiquée était de 501,40 € pour les SSR et de 3 125,81 € pour les CSAPA. Le coût de la prise en charge par lésion cancéreuse diagnostiquée était de 4 637,97 € dans les SSR (seul site en ayant découvert).

Le plan coût-efficacité met en exergue la relation entre le coût de la mise en place du projet par patient invité et son efficacité. Le coût de la mise en place au sein des SSR excède de 2 € en moyenne celle au sein des CSAPA mais apporte une amélioration du taux de dépistage de 30 % (Figure 10).

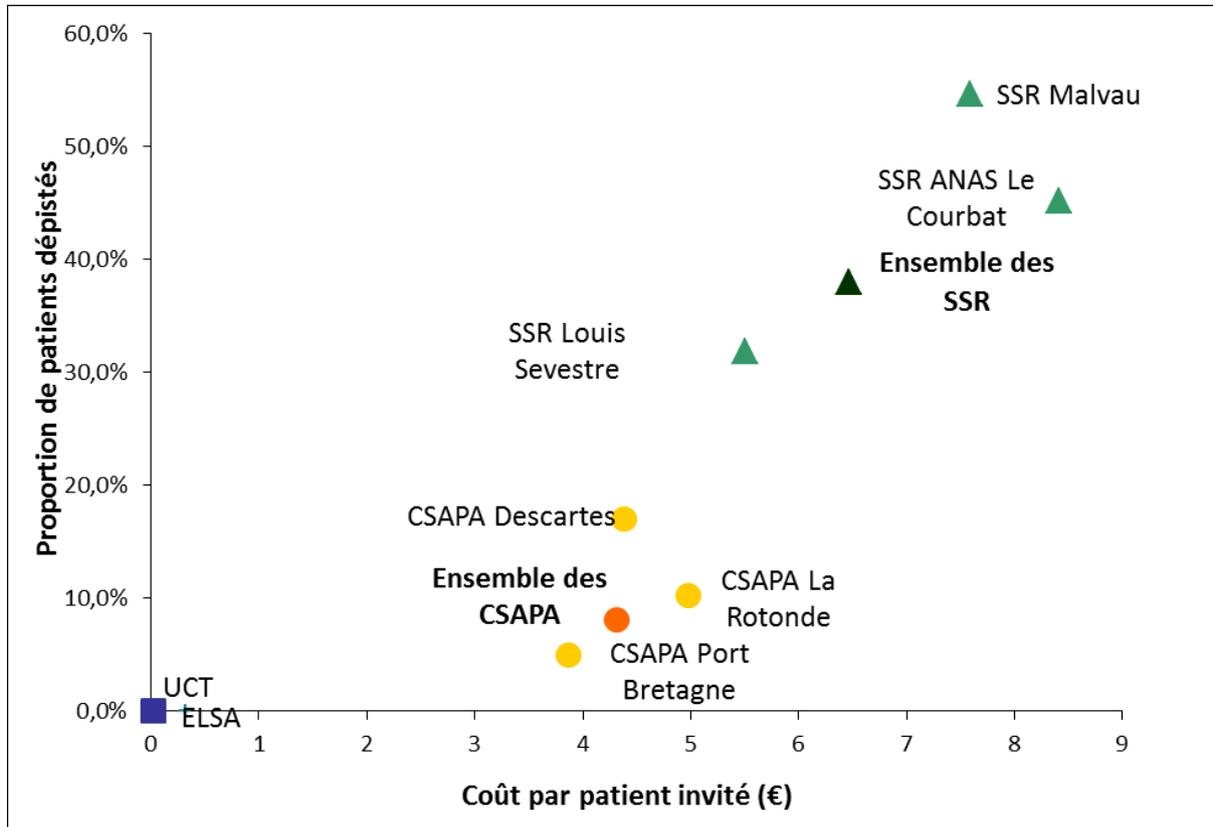


Figure 10. Plan coût-efficacité

V. DISCUSSION

Ce travail a permis de découvrir 4 cancers et de prendre en charge 26 lésions précancéreuses ou cancéreuses diagnostiquées par des chirurgiens maxillo-faciaux (2,5 % des dépistés ont été pris en charge), résultats superposables aux données de la littérature. Parmi les 1 061 personnes dépistées, un nombre de zéro à six cancers de la cavité buccale était attendu : incidence d'environ 39 pour 100 000 habitants en région Centre [3] et risque relatif de l'alcool-tabagisme estimé à 15 [27]. Lors d'un programme de dépistage dans des centres spécialisés au traitement de la dépendance à l'alcool, O'Sullivan *et al* retrouvait 2 patients avec des lésions cancéreuses ou précancéreuses sur 210 dépistés (1,0 %) [28]. Selon l'INCa, un patient sur dix serait susceptible de développer une lésion précancéreuse au cours de sa vie [29].

Ce travail correspondait à une enquête de faisabilité. Les SSR présentent des indicateurs plus favorables pour la mise en place d'un tel dispositif de dépistage, avec une participation plus importante (40,6 %) et un accès au dépistage plus facile. Selon la circulaire DHOS/02/2008/299 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie, les missions de ces structures consiste à «consolider l'abstinence, à prévenir la rechute et les risques liés à la consommation». Les sujets fréquentant ce type d'établissement ont amorcé une démarche active de soin en addictologie, ils sont au moins au stade contemplatif du cycle de Prochaska et Di Clemente (conscience du caractère néfaste de leur consommation d'alcool) [30]. Ils sont certainement plus ouverts à des messages de prévention supplémentaires car il s'agit d'une période propice à la réflexion personnelle [31]. Les patients de SSR étaient quasiment tous informés du protocole grâce à des annonces collectives (possibles dans ce contexte d'hospitalisation) associées à une répétition de l'information en entretien individuel. Ils avaient accès au dépistage gratuitement sur leur lieu d'hospitalisation. La mise en place au sein des SSR avait ainsi une meilleure efficacité par rapport aux autres structures.

Les patients des CSAPA ont également pu bénéficier de séances de dépistage gratuites au sein de la structure. L'adhésion à cette modalité s'est avérée moins importante que dans les SSR. En effet, les CSAPA ayant des missions multiples à savoir le diagnostic, la prise en charge thérapeutique, la prévention ou la réduction des risques des addictions [31], les patients fréquentant ces centres peuvent se trouver à différents stades

dans leur réflexion sur leur comportement addictif. Des messages de prévention supplémentaires peuvent être moins bien accueillis que dans les SSR. Les locaux de certains sites ne permettaient pas la mise à disposition fréquente de salle pour la réalisation des séances de dépistage. Nous n'avons pas retrouvé de dépistage en cabinet libéral au cours de cette enquête. Cela peut être dû à cette modalité payante pour les patients (coût d'une consultation 23 €). Un non-retour des fiches de dépistage ne peut cependant pas être exclu, la liste des chirurgiens-dentistes libéraux participant au projet ne pouvant pas être distribuée aux participants par les centres, la procédure libérale en était alourdie. En effet, la remise d'un tel document aurait pu être considérée comme une publicité conformément à l'article R.4127-215 du code de santé publique. Les patients de l'ELSA et de l'UCT n'ayant comme modalité que le dépistage dans un cabinet libéral, ils n'ont pas bénéficié de dépistage. Une des modalités du protocole initial a dû être supprimée (consultation de dépistage au sein du service de chirurgie maxillo-faciale du CHRU de Tours proposée par les équipes de liaison) en raison d'une saturation de la file active.

Une dépendance à l'alcool augmente les risques de dommages sociaux [32], et à terme peut aboutir à une désinsertion sociale. La suppression des infections et douleurs dentaires, ainsi que la réhabilitation prothétique, à visée esthétique et nutritive, peuvent être considérées comme faisant partie du traitement de cette addiction en engageant le processus de réinsertion sociale de ces personnes [33] Les patients dépistés notamment ceux des SSR ont été globalement satisfaits de ce projet. Malgré ses limites, le dispositif leur a, semble-t-il, insufflé une préoccupation d'être suivi sur le plan bucco-dentaire.

Ce travail présente des limites. Il existe un écart important entre le nombre prévisionnel de personnes incluses dans le projet (5 000 patients) et les 1 424 inclusions. Lors de la rédaction du protocole, aucune étude superposable n'avait été retrouvée dans la bibliographie, il était donc difficile d'ajuster les prévisions. Au début de l'étude, certains patients n'ont pas été informés de sa mise en œuvre : en l'absence de séances collectives, les praticiens, désireux de leur prodiguer la meilleure prise en charge, proposaient le projet jusqu'à ce que la séance suivante soit complète, ou le dépistage était proposé préférentiellement aux patients les plus susceptibles d'y adhérer selon les professionnels, constituant un biais de sélection (biais de recrutement). De plus, le nombre de perdus de vue durant le suivi n'a pu être contrôlé, les patients rentrant à domicile, parfois dans une

autre région et ne répondant pas toujours aux appels téléphoniques de relance. Cependant, à notre connaissance, il s'agit de l'une des premières études de faisabilité du dépistage des cancers de la cavité buccale dans cette population cible des structures spécialisées en addictologie, avec celle d'O'Sullivan *et al* [28]. Cette approche préliminaire pourra être utile pour de futures enquêtes sur ce sujet et pourrait donner des clés pour le choix du déploiement du dépistage pour les décideurs. Le recrutement des chirurgiens-dentistes s'est avéré plus problématique que prévu. Ceci pourrait en partie être expliqué par le nombre important de structures impliquées dans le projet mais aussi la difficulté de mobiliser des chirurgiens-dentistes volontaires. L'hypothèse de l'embauche d'un chirurgien-dentiste pour des actions de prévention et une éventuelle pérennisation du projet a été émise. Le recrutement de médecins généralistes dans un dispositif de ce type pourrait aussi être envisageable.

De plus, des recherches postérieures à la mise en place du projet sont actuellement réalisées sur des techniques adjuvantes à l'inspection de la bouche afin d'améliorer la sensibilité du dépistage comme la spectrométrie à réflectance optique [34]. Cette technique consiste à étudier l'interaction de la lumière avec les tissus pour analyser leur structure et leur composition chimique [35]. La chimiluminescence est aussi évoquée correspondant à une émission de lumière suite à une réaction chimique [36]. Ainsi, avec ces nouvelles techniques, le nombre de dépistages positifs pourrait augmenter.

VI. CONCLUSION

Le dépistage des cancers de la cavité buccale est un des objectifs de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de la région Centre qui souhaite promouvoir des organisations efficaces. Les résultats de ce projet, malgré ses limites en termes de méthodes, amènent une première réponse encourageante dans le dépistage des cancers ORL pour les SSR, représentant des sites adaptés à la mise en place du dépistage des cancers de la cavité buccale. Une organisation de ce dépistage optimale pourrait être proposée à l'ARS qui pourrait la généraliser sur les différents départements.

BIBLIOGRAPHIE

1. Département d'enseignement et de communication audiovisuels santé. Exploration des voies aéro-digestives supérieures. Available from <http://nantesorl.free.fr/ExploVADS/anatomie.html>.
2. Données Institut de Veille Sanitaire-HCL-Francim-INCa, février 2008.
3. Unité Régionale d'Epidémiologie Hospitalière. Epidémiologie et prise en charge clinique des cancers, PMSI 2002-2007. Tumeur des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx.1-2. Available from http://oncocentre.org/wp-content/uploads/buccale2002_2007.pdf
4. Agence Régionale de Santé Centre. Dépistage du cancer bucco-dentaire. Available from <http://www.ars.centre.sante.fr/Depistage-du-cancer-bucco-dent.98071.0.html>.
5. Marandas P, Marandas N. La surveillance des patients traités pour un cancer cervico-facial. Bull cancer, supplément FMC, n° 5 décembre 2000 : 49-53.
6. Barthélémy I, Sannajut JP, Revol P, Mondié JM. Cancer de la cavité buccale : préambule, épidémiologie, étude clinique. EMC-Stomatologie 1 2005 : 277-294.
7. Collège français d'ORL. Item 45 : Tumeurs de la cavité buccale et des voies aéro-digestives supérieures. Available from http://www.orlfrance.org/college/DCEMItems/DCEMECNItems145.html#_Toc195811472 .
8. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Le tabac favorise les pathologies buccales. Lettre mensuelle d'informations sur les effets du tabagisme et le sevrage tabagique, 2008 ; 84 :3.
9. Marandas P. Cancers des voies aéro-digestives supérieures. Données actuelles. Paris, Masson, Collection ORL, 2004. 226p.
10. Zeka A, Gore R, Kriebel D. Effects of alcohol and tobacco on aerodigestive cancer risks: a meta-regression analysis, Cancer Causes & Control: CCC 14, n°9, 2003: 897-906.
11. Rothman K, Keller A. The effect of joint exposure to alcohol and tobacco on risk of cancer of the mouth and the pharynx. J Chronic Dis 1972; 25: 711-6.
12. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B, and other. Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India : a cluster-randomised controlled trial. Lancet 2005; 365(9475):1927–33.
13. Institut National du Cancer. Plan cancer 2009/2013. Available from http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013.pdf.
14. Institut National du Cancer. Détection précoce des cancers de la cavité buccale : formation à destination des chirurgiens-dentistes. Available from <http://www.e->

cancer.fr/depistage/cancers-cavite-buccale/espace-professionnels-de-sante/module-de-formation-multimedia.

15. Speight PM, Palmer S, Moles DR, Downer MC, Smith DH, Henriksson M, et al. The cost-effectiveness of screening for oral cancer in primary care. *Health Technol Assess* 2006, 10:1–144.
16. Fedele, S. Diagnostic aids in the screening of oral cancer. *Head Neck Oncol*, 2009; 1 :5.
17. Lingen MW, Kalmar JR., Karrison T, Speight PM. Critical evaluation of diagnostic aids for the detection of oral cancer. *Oral Oncol*. 2008; 44: 10–22.
18. CHRU de Tours. Pathologies de la muqueuse buccale. Available from http://www.chu-tours.fr/pathologies-de-la-muqueuse-buccale.html#lesions_blanches.
19. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique Guide canadien de médecine clinique préventive. Santé Canada. Chapitre 69. Carl Rosati. Prévention du cancer de la cavité buccale. 946–957.
20. Reiller B. Drogues illicites : conséquences sur la santé des usagers, Actes du Colloque national de santé publique, UFSBD. *Addictologie Santé Buccodentaire* 2007;10:37.
21. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, ordre national des chirurgiens-dentistes Manifestations buccales les plus fréquemment rencontrées selon le type d'addiction. Available from http://infosdentistesaddictions.org/manifestations_buccales.html
22. Ordre national des chirurgiens-dentistes. L'Ordre et l'INCa contre les cancers buccaux. La lettre, n°77, mai 2009 : 20-31.
23. Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, ordre national des chirurgiens-dentistes. Tabac, alcool, autres drogues : comment aider votre patient. Available from <http://infosdentistesaddictions.org/index.html>
24. Ministère de la santé et des solidarités. Circulaire relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie. *Journal officiel*, n°203 du 16 mai 2007.
25. Chabrol H, Niezborala M, Chastan E, de Leon J. Comparison of the Heavy Smoking Index and of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a sample of 749 cigarette smokers. *Addict Behav*. 2005;30(7):1474-7.
26. Gache P, Michaud P, Landry U, Accietto C, Arfaoui S, Wenger, O, Daepfen JB. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care : reliability and validity of a French version. *Alcohol Clin Exp Res*, Vol 29, N°11, 2005 : 2001-2007
27. Döbrossy L. Epidemiology of head and neck cancer: magnitude of the problem. *Cancer Metastasis Rev*. 2005 Jan;24(1):9-17.
28. O'Sullivan EM. Prevalence of oral mucosal abnormalities in addiction treatment centre residents in Southern Ireland. *Oral Oncol*. 2011 May;47(5):395-9.

29. Institut national du cancer. Dossier de presse : détection précoce des cancers de la peau et de la cavité buccale, deux outils de formation pour les professionnels de santé. Available from <http://www-prod.plan-cancer.gouv.fr/les-livrables/axe-3-mesures-10-a-17.html>.
30. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992, 47 : 1102-14. Available from http://www.cadre.com.au/CEDD/courses/c2/assets/pdf/doc_2.3_Prochaska_et_al.pdf.
31. Reynaud M. Traité d'addictologie. Paris, Médecine Sciences Publications, Traités, 2006, 800 p.
32. 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, 28-915-M-10, 2010, Odontologie, 23-760-A-40, 2011.
33. Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and primary health care : clinical guidelines on identification and brief interventions. Barcelona : Health department of the government of Catalonia;2005.
34. Messadi DV, Younai FS, Liu HH, Guo G, Wang CY. The clinical effectiveness of reflectance optical spectroscopy for the in vivo diagnosis of oral lesions. *Int J Oral Sci*. 2014 Jul 25.
35. Bensalah K, Fleureau J, Rolland D, Rioux-Leclercq N, Senhadji L, Lavastre O, Guillé F. La spectroscopie optique : une nouvelle approche pour l'étude des tumeurs urologiques. *Progrès en urologie* 2010, 20 : 477-482.
36. Ashisht N, Ravikiran A, Samatha Y, Rao PC, Naik R, Vashisht D. Chemiluminescence and Toluidine Blue as Diagnostic Tools for Detecting Early Stages of Oral Cancer: An invivo Study. *J Clin Diagn Res*. 2014 Apr;8(4):ZC35-8.

ANNEXES

Annexe 1: Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Dépistage de cancers de la cavité buccale de patients suivis par les structures sanitaires et médico-sociales d'addictologie en Indre-et-Loire.

Investigateur principal : Dr Ballon Nicolas

Coordonnées : Direction du Pôle de Psychiatrie, CHRU Bretonneau, tel : 02.47.47.97.52.

Madame, Monsieur,

Avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez lire les renseignements qui suivent. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Je, soussigné
(Nom et Prénom)

Téléphone : Adresse :

Médecin traitant :
.....
(Nom, Prénom, Adresse et Téléphone)

consens librement à participer au projet et à être contacté au cours des 6 mois suivants cette consultation.

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et je comprends le but, la nature, les avantages et les risques du projet.

J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions concernant ma participation à cette étude. Je peux garder le formulaire d'information et je reçois une copie de ma déclaration écrite de consentement.

Ma participation est entièrement volontaire et je peux décider à tout moment de me retirer de l'étude, cela n'aura pas de conséquence sur mes soins actuels ou futurs.

Les informations recueillies sont à l'usage exclusif des investigateurs qui sont soumis aux règles de confidentialité. L'analyse de ces informations se fera dans le strict anonymat.

Date :

Signature :

Nom et Signature de l'investigateur :

Annexe 2: Lettre d'information n°1

Dépistage de cancer de la cavité buccale de patients alcoolo-tabagiques suivis par les structures sanitaires et médico-sociales d'addictologie en Indre-et-Loire

Lettre d'information n°1 - Mars 2012

L'équipe de coordination du projet vous propose tous les deux mois une lettre d'information afin de vous tenir au courant de ses avancées.

Lancement de l'étude

Depuis le 12 Janvier 2012, le projet INCa prend vie dans les 8 sites participants. Les séances de dépistage ont eu lieu au centre ANAS le Courbat, puis au Centre Hospitalier Louis Sevestre, au sein des 3 CSAPA puis au centre Malvau. Parallèlement, les inclusions de patients ont aussi été proposées par les équipes de l'UCT et de l'ELSA.

Ce lancement a été facilité par l'investissement des équipes de chaque site, mettant en place leur propre logistique, ainsi que celui de l'équipe de l'UFSBD.

Les patients étaient au rendez-vous et pour la plupart d'entre eux satisfaits de participer à une telle démarche.

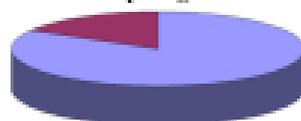
Avancement des inclusions

A la date du 8 mars 2012, 152 patients ont été inclus, mais l'un d'entre eux a été exclu de l'étude au moment du traitement des données. En effet, ce dernier qui ne consommait ni alcool ni tabac a malgré tout bénéficié d'un dépistage.

Le traitement des données suit son cours, la base de données comptant actuellement 11 personnes présentant des lésions suspectes.

Si tous les patients dépistés ont été informés des risques liés aux lésions de la cavité buccale, 77 ont été invités à réaliser des soins.

Motivation à un suivi bucco-dentaire après le dépistage

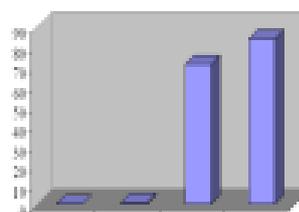


■ Motivation au suivi
■ Pas de motivation au suivi

Le projet en bref

Comme il est écrit dans l'appel à projet, « le dépistage des cancers de la cavité buccale est un des objectifs de l'Agence Régionale de Santé de la Région Centre ». Ce projet vise à mettre en avant les contraintes et difficultés des structures liées à ce dépistage : « Ce projet, qui teste trois types d'organisation de dépistage, nous permettra de lui (ARS) proposer une organisation optimale à généraliser sur les différents départements. »

Satisfaction des patients dépistés



Pas du tout satisfait
Peu satisfait
Satisfait
Très satisfait

Beaucoup de patients ont apprécié la pédagogie des chirurgiens-dentistes et ont trouvé ce dépistage rassurant.

Remerciements

L'équipe coordinatrice remercie tous les participants et partenaires de leur implication dans ce projet. Nous restons à votre écoute pour toute remarque ou suggestion.

Dr Ballon

Zoom sur...



Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, l'INCa exerce deux métiers de base : le développement d'expertise dans le domaine des cancers et la programmation scientifique, l'évaluation et le financement de projets.

L'INCa est pilote de 63 des 118 actions du plan cancer 2009-2013.

Suivi

Le rappel des patients un mois après leur dépistage a commencé. La plupart d'entre eux répondent à l'appel et expriment de nouveau leur contentement.

Rédaction :
Mlle Sloane
ROLLIER et
Mlle Alicia
BONNIN



Annexe 3: Lettre d'information n°2

Dépistage de cancers de la cavité buccale de patients alcoolo-tabagiques suivis par les structures sanitaires et médico-sociales d'addictologie en Indre-et-Loire

Lettre d'information n°2 – Mai/Juin 2012

Zoom sur... 

Depuis sa création, en 1966, l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire, association de loi 1901, poursuit ses missions de santé publique d'amélioration de la santé bucco-dentaire de tous les Français.

Organisation d'action et de terrain, elle tire sa force de son maillage départemental et régional (101 UFSBD Départementales et 21 régions), qui lui assure une couverture territoriale inégalée et lui permet de s'intégrer dans les différents échelons stratégiques de la nouvelle politique régionale de santé. Ses missions : susciter, animer, coordonner et développer tous les efforts entrepris en faveur de la santé bucco-dentaire notamment en matière de Santé publique.

L'équipe de coordination du projet vous propose pour les mois de Mai/Juin sa seconde « Lettre d'information ».

Avancement des inclusions

Nous sommes aujourd'hui (29 Mai 2012) à près de 300 personnes incluses dans l'étude. En dessous des chiffres

qui étaient prévus, nous avons encore 7 mois pour qu'un maximum de patient puisse bénéficier de ce dépistage.

Les listes de rendez-vous des deux derniers mois étaient bien remplies. Néanmoins, certaines séances ont dû être annulées du fait d'une difficulté de recrutement des chirurgiens-dentistes.

Avancée du projet

La réunion du 9 Mai 2012 nous a permis de finaliser la « fiche économique », outil essentiel à l'évaluation du projet. Elle fût l'occasion de revenir sur l'organisation des séances dans les sites, et de réfléchir ensemble à un moyen de solliciter les chirurgiens-dentistes formés dans le cadre du projet. (cf. Compte-rendu)

Suivi

A la date du 29 mai 2012, 303 personnes ont été dépistées dont 79,54% d'hommes et 20,46% de femmes. Occasionnant une demande d'avis en chirurgie maxillo-faciale, les lésions suspectes dépistées sont au nombre de 17.

Les rappels téléphoniques à 1, 3 et 6 mois permettent de s'assurer de la prise en charge des lésions suspectes en cas de dépistage positif qu'elle soit départementale ou extra-départementale. Le taux de réponse à un mois est de 50,49%.

Étant maintenant passé à la seconde étape du rappel patient, soit 3 mois après la date du dépistage, nous avons constaté une légère diminution du taux de réponse. Cependant, c'est toujours de façon chaleureuse et enjouée que cet appel est accueilli.

Rédaction :
Mlle Alicia BONNEN et
Mlle Sloane ROLLIER

Le projet en bref...

L'Agence Régionale de la Santé de la région Centre soutient vivement ce projet, le dépistage des cancers étant l'une de ses priorités.

A la demande de l'équipe de coordination, un courrier signé par le Directeur Général de l'ARS du Centre, a été envoyé aux 25 chirurgiens-dentistes formés par l'UFSBD au dépistage des lésions précancéreuses dans le cadre du projet. Nous espérons que ce courrier permettra d'encourager les praticiens à se rendre sur les sites plus fréquemment et ainsi d'augmenter le nombre de personnes pouvant bénéficier de ce dépistage.



Annexe 4: Lettre d'information n°3

Dépistage de cancers de la cavité buccale de patients alcoolo-tabagiques suivis par les structures sanitaires et médico-sociales d'addictologie en Indre-et-Loire

Lettre d'information n°3 – OCT/NOV 2012



Afin de vous tenir informé des derniers résultats du projet, l'équipe de recherche propose une 3^{ème} « Lettre d'information ».

Avancement des inclusions

Ainsi qu'on peut le voir en comparant les deux tableaux ci-dessous, le nombre de patients informés de chaque dispositif augmente comme cela avait été prévu suite aux propositions de solutions.

| Résultats JUILLET 2012 | Données dossier | | | |
|---------------------------|-------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|
| | Nbre visites 2012 | Nbre de patients informés | Nbre de patients consentants | Nbre de patients dépistés |
| Équipes de Bésoin | 950 | 96A | 1 | 96A |
| Équipes de CSAPA ET | 1020 | 96A | 15 | 96A |
| Équipes de CSAPA ET | 1000 | 96A | 30 | 30 |
| Équipes de CSAPA ET | 701 | 96A | 30 | 30 |
| Équipes de CSAPA ET | 231 | 96A | 20 | 20 |
| Équipes de CSAPA ET | 840 | 96A | 208 | 208 |
| Équipes de CSAPA ET | 440 | 96A | 104 | 104 |
| Équipes de CSAPA ET | 210 | 96A | 50 | 50 |
| TOTAL | 4891 | 96A | 489 | 470 |

Il reste cependant à pérenniser cette augmentation sur les mois à venir, la file active dont le nombre inscrit dans la première colonne étant l'objectif final à atteindre.

| Résultats OCTOBRE 2012 | Données dossier | | | |
|---------------------------|-------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|
| | Nbre visites 2012 | Nbre de patients informés | Nbre de patients consentants | Nbre de patients dépistés |
| Équipes de Bésoin | 950 | 13 | 0 | 0A |
| Équipes de CSAPA ET | 1020 | 288 | 79 | 0 |
| Équipes de CSAPA ET | 1000 | 215 | 75 | 45 |
| Équipes de CSAPA ET | 701 | 54 | 10 | 45 |
| Équipes de CSAPA ET | 231 | 31 | 11 | 11 |
| Équipes de CSAPA ET | 840 | 806 | 341 | 287 |
| Équipes de CSAPA ET | 440 | 314 | 110 | 110 |
| Équipes de CSAPA ET | 210 | 91 | 14 | 14 |
| TOTAL | 4891 | 1399 | 531 | 443 |

A dix mois d'avancement du projet, 34 personnes ont été orientées vers le service de chirurgie maxillo-faciale, dont 22 consultations ne mettant pas en évidence la nécessité d'une biopsie ; 12 biopsies effectivement réalisées et 2 personnes aux lésions cancéreuses détectées.

| Profil patients dépistés OCT 2012 | Données dossier dépistage | | | | | | | | | | Données DPP | | |
|--------------------------------------|---------------------------|------------|-----------|--------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------|---------------------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------|--|
| | Hommes | Femmes | Age moyen | Antécédents Cancer | Antécédents cancers familiaux | Personnes orientées maxillo-faciale | Biopsies réalisées | Biopsies maxillo-faciale sans biopsie | Biopsies en attente | Dents sous traitement | Lésion(s) cancéreuse(s) détectée(s) | Patients dépistés | |
| Équipes de Bésoin | 0 | 0 | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | 0A | |
| Équipes de CSAPA ET | 84 | 10 | 51 | NA | NA | NA | NA | NA | NA | 0 | 0 | NA | |
| Équipes de CSAPA ET | 94 | 10 | 51 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | 0 | 45 | |
| Équipes de CSAPA ET | 94 | 10 | 51 | 0 | 0 | 0 | NA | NA | NA | NA | NA | 40 | |
| Équipes de CSAPA ET | 21 | 10 | 42 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | 0 | 11 | |
| Équipes de CSAPA ET | 180 | 22 | 45 | 4 | 4 | 14 | 0 | 13 | 4 | 26 | 3 | 240 | |
| Équipes de CSAPA ET | 120 | 17 | 47 | 0 | 0 | 7 | 3 | 3 | 2 | 26 | 0 | 102 | |
| Équipes de CSAPA ET | 71 | 0 | 57 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 70 | |
| TOTAL | 541 | 101 | 48 | 10 | 10 | 34 | 11 | 15 | 6 | 25 | 3 | 560 | |



Rédaction :
L'équipe de recherche

Annexe 5: Lettre d'information n°4

Dépistage de cancers de la cavité buccale de patients alcoolo-tabagiques suivis par les structures sanitaires et médico-sociales d'addictologie en Indre-et-Loire

Lettre d'information n°4 – JANV-FEV 2013



Après de vous tenir informé des derniers résultats du projet, l'équipe de recherche vous propose une 4^{ème} « Lettre d'information ».

Avancement des inclusions

Lors des quatre derniers mois, le pourcentage de patients informés et consentants a augmenté pour tous les sites inscrits dans le projet grâce aux efforts fournis par tous. C'est donc avec satisfaction que nous avons dépassé la barre des 1 000 informés !

Nous pouvons nous réjouir d'avoir fait décoller les inclusions, cependant, l'effort à fournir pour remplir nos objectifs ne doit pas se relâcher. En effet, le tableau ci-dessous permet de voir l'objectif qui avait été annoncé lors de la candidature au projet INCa.

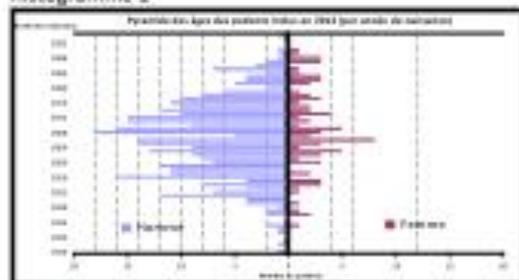
| Carnet au mois de DECEMBRE 2012 | File active 2011 | Patients informés (% de la file active) | | Patients consentants (% de la file active) | | Patients diagnostiqués (% de la file active) | |
|------------------------------------|---------------------|--|------------|---|------------|---|------------|
| | | N | % | N | % | N | % |
| Evénement | 200 | 4 | 2 | 2 | 2 | NA | 0 |
| SAISON | 1389 | 89 | 6 | 110 | 8 | 110 | 8 |
| Non-Équipé en février | 1389 | 24 | 1.7 | 3 | 0.2 | 3 | 0.2 |
| Équipés en février | 303 | 22 | 7.3 | 65 | 21.4 | 4 | 1.3 |
| Équipés en janvier | 291 | 20 | 6.9 | 25 | 8.6 | 11 | 3.8 |
| Équipés en novembre | 546 | 42 | 7.7 | 65 | 11.9 | 33 | 6.0 |
| Équipés en octobre | 459 | 39 | 8.5 | 53 | 11.6 | 43 | 9.4 |
| Équipés en septembre | 291 | 30 | 10.3 | 35 | 12.0 | 25 | 8.6 |
| TOTAL | 4638 | 32 | 0.7 | 111 | 2.4 | 111 | 2.4 |

Malgré tout, nous abordons avec confiance ce début d'année, car l'objectif de 80% de ce total (soit 3 900 informés) est atteignable. Nous approcherons la barre des 2 000 informés pour le mois de Février.

Si notre demande de prolongation est acceptée, il est tout à fait envisageable (en gardant le rythme pris depuis Novembre) d'atteindre notre objectif tout en continuant à faire bénéficier les patients de séances de dépistage sur site ou en cabinet libéral.

De plus, les informations récoltées consciencieusement lors de l'information des patients, du remplissage des auto-questionnaires ou des dossiers de dépistage nous permettent d'établir les premiers profils et une cartographie départementale (histogramme 1 et carte 1).

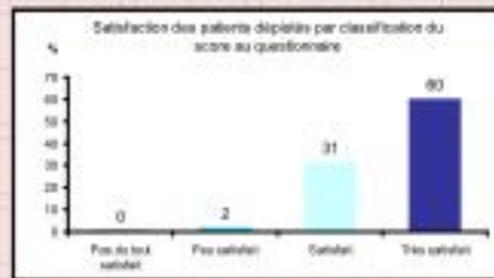
Histogramme 1



Zoom sur... L'avis des patients

Un questionnaire de satisfaction anonyme à la disposition des patients bénéficiant d'une séance de dépistage, leur avis est recueilli sur :

1. L'information (orale et écrite) reçue jusqu'à présent sur les cancers de la cavité buccale.
2. L'information sur le projet de recherche plus précisément.
3. L'accès à l'examen bucco-dentaire (ou séance de dépistage).
4. Le suivi bucco-dentaire ultérieur prévu suite au dépistage.
5. Le niveau global de satisfaction.



Ci-dessous, ce que l'on a pu lire à la fin des questionnaires...
 « type d'examen à généraliser y compris dans les administrations et la médecine du travail »
 « le docteur a été très agréable, il explique tout ce qu'il fait, consultation très satisfaisante »
 « expérience qui devrait être plus connue et soutenue »
 « n'hésitez pas à informer vos confrères sur tout les départements de votre projet (presse professionnelle, dépliants dans salle d'attente...) »

Carte 1

Part de patients informées en 2012 sur la file active 2011



Rédaction :
L'équipe de recherche

Annexe 6 : Lettre d'information n°5

Dépistage de cancers de la cavité buccale de patients alcoolo-tabagiques suivis par les structures sanitaires et médico-sociales d'addictologie en Indre-et-Loire

Lettre d'information n°5 – MARS-AVRIL 2013



Afin de vous tenir informé des derniers résultats du projet, l'équipe de recherche vous propose une 5^{ème} « Lettre d'information ».

Avancement des inclusions

A ce jour, on peut observer les chiffres suivants :

| Cumul au mois de | File active 2013 | Patients informés (% de la file active) | Nbr. lieux de patients informés | Patients consentants (% de la file active) | Nbr. lieux de patients consentants | Patients dépistés (% de la file active) | Nbr. lieux patient dépisté |
|------------------|------------------|---|---------------------------------|--|------------------------------------|---|----------------------------|
| MARS 2013 | | | | | | | |
| Equipes de SST | | | | | | | |
| Espace | 150/17 | | 81 | | 31 | | 104 |
| Port | | | 288 | | 143 | | 104 |
| CSAPA ST | | | | | | | |
| Bretagne | | | 400 | | 117 | | 34 |
| La Rotonde | | | 524 | | 99 | | 81 |
| Descartes | | | 133 | | 34 | | 38 |
| O1 local | | | | | | | |
| Savoie | | | 883 | | 171 | | 107 |
| SSA | | | | | | | |
| WSD La Courbe | | | 354 | | 80 | | 150 |
| Océane | | | | | | | |
| Métro | | | 206 | | 141 | | 133 |
| TOTAL | | | 1671 | | 1134 | | 368 |

Nous rappelons qu'il est important que nous disposions des files actives (mensuelles) 2012 et 2013 de chaque site afin d'avoir les chiffres les plus réalistes et exhaustifs possibles.

Atteignant plus de 80 % de la file active informée, il a été décidé l'arrêt des inclusions dans le CSAPA de La Rotonde. Le CSAPA Descartes arrête lui aussi les inclusions à près de 60 % de la file active informée.

Les SSR pourront continuer les inclusions jusqu'au mois de juin, le budget du projet le permettant, et ainsi faire bénéficier leurs résidents de séances de dépistages gratuites.

Les équipes de liaisons et le CSAPA Port-Bretagne continuent les inclusions jusqu'en juin, les chirurgiens-dentistes formés dans le cadre du projet étant toujours en mesure de recevoir les patients intéressés dans leurs cabinets en libéral.

Nous ne disposons à ce stade d'aucune information sur d'éventuels dépistages autres qu'en séance sur site. Les retours devaient être faits à l'UF5BD ou être obtenue lors des rappels téléphoniques. Les patients semblent préférer les dépistages sur site mais un défaut de retour d'information des cabinets n'est pas exclu, tout comme une information erronée de dépistage en cabinet prévu ou en cours transmise par les patients lors du rappel. Les CSAPA le confirment, les patients à qui l'on proposait les deux modalités de dépistage

Zoom sur...les lésions dépistées

Résultats à 14 Mois

| | Lésions pré-cancéreuses | % sur nbr de personnes dépistés | Lésions cancéreuses | % sur nbr de personnes dépistés |
|--------------------|-------------------------|---------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| SSR | 41 | 5,7 % | 4 | 0,6 % |
| CSAPA | 6 | 3,8 % | 0 | 0 |
| Equipes de liaison | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 47 | 5,3 % | 4 | 0,6 % |

Résultats des biopsies positives :

- 3 carcinomes épidermoïdes dont 1 in situ :

- Carcinome épidermoïde infiltrant différencié lingual droit
- Carcinome épidermoïde in situ de la commissure inter-maxillaire gauche
- Carcinome épidermoïde moyennement différencié non kératinisant

- 1 cancer dépisté dans le cadre de l'étude, mais biopsié en région Midi-Pyrénées :

-> personne rappelée lors du suivi téléphonique pour orientation vers la biopsie

Les résultats recueillis pour les personnes biopsiées dans le département montrent différents stades de développement des cancers. Ces stades, toujours précoces dans les étapes possibles de développement de la maladie, sont un point positif supplémentaire allant en faveur de l'étude.

Pour rappel, dans le protocole, les prévisions étaient de 2 à 30 patients avec une lésion cancéreuse sur l'ensemble des patients de l'étude.

choisissaient dans la grande majorité des cas de s'inscrire aux séances sur sites.

Le rappel téléphonique des patients ayant accepté de participer à l'étude continue. Les derniers, s'ils n'ont pas été dépistés, seront orientés vers les cabinets des chirurgiens-dentistes libéraux.

L'objectif des quelques semaines d'enquête restantes est de passer la barre des 3 000 personnes informées afin de clôturer le projet comme il se doit!



Rédaction :
L'équipe de recherche